

**Analisis Ketidaksesuaian Jumlah Kunjungan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional Dengan Jumlah Berkas Yang Diterima Verifikator Unit Casemix Di Rs TK IV Cijantung Kesdam Jaya**

***Analysis Of The Number Of National Health Insurance Patient Visits With The Number Of Files Received By Casemix Unit Verifiers At Cijantung Class IV Hospital, Kesdam Jaya***

**Nur Indah Ayu Setyarini<sup>a</sup>, Ahdun Trigono<sup>b</sup>, Sonya Dewi Wulandari<sup>c</sup>**  
Universitas Respati Indonesia<sup>a,b,c</sup>,  
<sup>a</sup>nurindahayus26@gmail.com

**Abstract**

*Discrepancy between the number of JKN patient visits and the number of claim files received by the casemix verification unit at Level-IV Cijantung Kesdam Jaya Hospital can result in delayed claim payments and disrupt the continuity of hospital services. This study aims to identify factors that influence the discrepancy between the number of visits and claim files received. This study is qualitative study with qualitative descriptive. Subjects of this study were Head of Registration, Head of Outpatient Installation, Head of Inpatient Installation, Head of Medical Services, Medical Service Admin, Head of Casemix, and Casemix Admin. This research will be conducted in 2025 with the residency stage from January 15–March 24, 2025, followed by research activities from April 28–July 10, 2025. Data sources were obtained using in-depth interviews. Data is analyzed by reduction, presentation, and drawing conclusions. approach. Results indicate that claim discrepancies are caused by limited numbers and capacity of administrative human resources, errors in data recording and input, weak internal validation processes, technical constraints in the SIMRS, and lack of communication between units. Inaccurate understanding of the dynamic BPJS regulations also contributes. Claim discrepancies are influenced by limited numbers and capacity of administrative human resources, errors in data recording and input, weak internal validation processes, technical constraints in the SIMRS, and lack of communication between units. It is hoped that hospitals can strengthen human resource capacity, improve coordination between units, develop guidelines for BPJS regulations and claims processes, and establish cross-unit validation teams.*

**Keywords:** National Health Insurance, BPJS, Quality of Service

**Abstrak**

Ketidaksesuaian antara jumlah kunjungan pasien JKN dengan jumlah berkas klaim yang diterima oleh unit verifikator casemix di RS Tk.IV Cijantung Kesdam Jaya yang dapat berdampak pada tertundanya pembayaran klaim dan mengganggu kelangsungan layanan rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi ketidaksesuaian jumlah kunjungan dan berkas klaim yang diterima. penelitian ini merupakan studi kualitatif dengan pendekatan deskriptif kualitatif. Subjek penelitian ini adalah Kepala Pendaftaran, Kepala Instalasi Rawat Jalan, Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Pelayanan Medis, Admin Pelayanan Medis, Kepala Casemix, dan Admin Casemix. Penelitian ini dilaksanakan pada tahun 2025 dengan tahapan residensi pada tanggal 15 Januari–24 Maret 2025, dilanjutkan kegiatan penelitian pada 28 April–10 Juli 2025. Sumber data didapatkan menggunakan teknik wawancara mendalam. Data dianalisis dengan reduksi, penyajian, dan penarikan kesimpulan. Hasil menunjukkan ketidaksesuaian klaim disebabkan oleh keterbatasan jumlah dan kapasitas SDM administrasi, kesalahan dalam pencatatan dan input data, lemahnya proses validasi internal, kendala teknis pada SIMRS, serta kurangnya komunikasi antarunit. Ketidaktepatan pemahaman terhadap regulasi BPJS yang dinamis juga turut memengaruhi. Ketidaksesuaian klaim diengaruhi oleh keterbatasan jumlah dan kapasitas SDM administrasi, kesalahan dalam pencatatan dan input data, lemahnya proses validasi internal, kendala teknis pada SIMRS, serta kurangnya komunikasi antarunit. Diharapkan rumah sakit dapat menguatkan kapasitas SDM, meningkatkan koordinasi antarunit, melakukan penyusunan pedoman regulasi dan alur klaim BPJS, dan membentuk tim validasi lintas unit.

**Kata Kunci:** Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS, Mutu Pelayanan.

## 1. Pendahuluan

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Rumah sakit juga merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sedangkan pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Indonesia, 2009). Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, Rumah Sakit diwajibkan memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan efektif sesuai dengan standar pelayanan di Rumah Sakit. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor:129/MENKES/SK/1/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan pemerintah. Penyelenggaraan pelayanan Kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks (Kemenkes, 2008).

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Berdasarkan PERMENKES No. 27 Tahun 2014 Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan software grouper (Kemenkes 2014). Sistem casemix saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang. Dapat disimpulkan Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan grouper.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan bertujuan untuk memberikan akses pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas bagi seluruh masyarakat Indonesia. Dalam pelaksanaannya, rumah sakit sebagai mitra BPJS Kesehatan memiliki tanggung jawab untuk mencatat setiap kunjungan pasien dan mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan (Mukaromah & Wahab, 2024). Namun, dalam praktiknya, seringkali terjadi ketidaksesuaian antara jumlah kunjungan pasien BPJS dan jumlah berkas klaim yang diterima oleh verifikator BPJS.



**Gambar 1. Rekapitulasi Klaim RI yang Diajukan Tahun 2024**



**Gambar 2. Rekapitulasi klaim RI yang Diajukan Tahun 2024**

Salah satu permasalahan yang sering terjadi dalam sistem administrasi pelayanan kesehatan berbasis JKN/BPJS adalah ketidaksesuaian antara jumlah pelayanan yang diberikan dengan jumlah klaim yang berhasil diajukan ke BPJS. Ketidaksesuaian ini dapat berdampak pada hilangnya potensi pendapatan rumah sakit dan menjadi indikator adanya hambatan dalam implementasi sistem, khususnya pada pelaksanaan Standar Operasional Prosedur (SOP) klaim.

Fenomena ketidaksesuaian juga terjadi di RS Tk. IV Cijantung Kesdam Jaya, yang selama ini menjadi salah satu fasilitas kesehatan tingkat lanjutan mitra BPJS Kesehatan. Berdasarkan data rekapitulasi tahun 2024, ditemukan ketimpangan yang cukup konsisten antara jumlah kunjungan pasien rawat inap dan jumlah klaim yang diajukan. Pada bulan Juni 2024 tercatat sebanyak 611 kunjungan pasien rawat inap, namun hanya 514 klaim yang diajukan (sekitar 84%). Sementara itu, pada bulan Desember, terdapat 671 kunjungan rawat inap tetapi klaim yang diajukan hanya sebanyak 605 (90%). Fenomena ini menunjukkan bahwa sekitar 8–16% layanan

rawat inap tidak menghasilkan klaim, yang berpotensi tidak tertagih oleh pihak rumah sakit.

Ketimpangan yang lebih terlihat terjadi pada layanan rawat jalan. Pada bulan Desember 2024, tercatat sebanyak 2.116 kunjungan pasien rawat jalan, tetapi hanya 1.261 klaim yang diajukan, dengan tingkat klaim hanya 60%. Begitu juga pada bulan Juni, dari 2.084 kunjungan hanya 1.399 klaim yang diajukan (sekitar 67%). Secara keseluruhan, terdapat ketidaksesuaian yang cukup signifikan hampir di seluruh bulan, khususnya pada layanan rawat jalan.

Ketidaksesuaian antara jumlah kunjungan pasien dan berkas klaim dapat berdampak pada keuangan rumah sakit. Menurut penelitian oleh Kurnia dan Mahdalena (2022), pending klaim dapat mengganggu aliran dana kas rumah sakit, karena jumlah biaya yang dikeluarkan tidak sesuai dengan jumlah biaya yang diterima. Hal ini dapat mempengaruhi operasional rumah sakit, termasuk pembayaran gaji karyawan dan pembelian persediaan medis.

berdasarkan pengamatan awal dan hasil dokumentasi, ditemukan adanya ketidaksesuaian jumlah antara kunjungan pasien BPJS dan jumlah berkas klaim yang diterima oleh verifikator. Pada bulan Oktober, tercatat untuk klaim rawat jalan 2396 kunjungan pasien BPJS, namun hanya 1740 berkas klaim yang diterima oleh verifikator, menunjukkan adanya selisih sebanyak 692 berkas dan untuk rawat inap terdapat 655 kunjungan, namun hanya ada 451 berkas klaim yang diterima verifikator. Fenomena ini menimbulkan pertanyaan mengenai efektivitas proses administrasi dan pengelolaan data di rumah sakit.

Melihat kompleksitas masalah ini, maka diperlukan analisis mendalam mengenai faktor-faktor yang menyebabkan ketidaksesuaian data. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab ketidaksesuaian antara jumlah kunjungan pasien BPJS dan jumlah berkas klaim yang diterima oleh verifikator di RS Tk. IV Cijantung Kesdam Jaya. Penelitian terkait faktor yang menyebabkan ketidaksesuaian data di RS Tk.IV Cijantung Kesdam Jaya belum pernah dilakukan yang merupakan kebaharuan dari penelitian ini.

## **2. Metode**

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif kualitatif. Pada penelitian ini, setelah peneliti mengumpulkan data dalam bentuk hasil wawancara, dokumentasi, dan observasi maka untuk selanjutnya data tersebut akan dianalisis lebih mendalam lagi sehingga membentuk suatu kesimpulan ilmiah-alamiah yang dapat diterima oleh berbagai kalangan, terutama dalam hal ini adalah RS Tk. IV Cijantung Kesdam Jaya itu sendiri sebagai obyek penelitian dalam tesis ini.

Informan terdiri dari 7 pegawai kunci yang terlibat langsung dalam proses klaim BPJS, yaitu Kepala Pendaftaran, Kepala Instalasi Rawat Jalan, Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Pelayanan Medis, Admin Pelayanan Medis, Kepala Casemix, dan Admin Casemix.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari-juli tahun 2025 dengan tahapan residensi pada tanggal 15 Januari–24 Maret 2025, dilanjutkan kegiatan penelitian pada 28 April–10 Juli 2025 dengan kegiatan Pengumpulan data, wawancara mendalam, observasi proses administrasi, dan telaah dokumen terkait klaim BPJS. Validitas data diperkuat melalui triangulasi sumber dan metode. Analisis data

dilakukan dengan model Miles & Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

### 3. Hasil Dan Pembahasan

Jumlah Klaim Diajukan merupakan indikator penting dalam menilai volume aktivitas finansial dan operasional terkait pelayanan kesehatan, khususnya dalam konteks asuransi atau JKN. Poin ini mengacu pada total akumulasi klaim yang telah diajukan oleh fasilitas kesehatan kepada pihak penjamin, baik untuk rawat jalan, rawat inap, maupun tindakan medis lainnya. Analisis terhadap jumlah klaim yang diajukan tidak hanya memberikan gambaran tentang beban kerja administrasi, tetapi juga dapat menjadi cerminan dari tingkat pemanfaatan layanan oleh pasien serta tren kebutuhan medis yang ada.

**Tabel 1. Data Klaim Rawat Jalan**

Bulan Pelayanan	Rawat Jalan yang Sudah Diverifikasi	Klaim yang Diajukan	Klaim yang Disetujui	Pending (n)	Persentase Disetujui (%)
Januari	2.044	1.685	1.644	44	80
Februari	2.063	1.565	1.531	34	74
Maret	2.262	1.673	1.675	0	74
April	1.947	1.554	1.550	4	80
Mei	1.766	1.639	1.615	24	91
Juni	2.084	1.399	1.397	2	67
Juli	2.105	1.730	1.725	5	82
Agustus	2.111	1.660	1.658	2	79
September	2.099	1.700	1.640	60	78
Oktober	2.326	1.874	1.704	170	73
November	2.083	1.625	1.519	106	73
Desember	2.116	1.261	1.219	42	58

Berdasarkan data rekapitulasi klaim rawat jalan (RJ) yang diajukan sepanjang tahun 2024, terlihat adanya fluktuasi signifikan dalam jumlah klaim yang diajukan dan tingkat persetujuan klaim tiap bulannya. Secara umum, bulan dengan performa terbaik adalah Mei dan Juni, di mana tingkat persetujuan klaim mencapai 91% dan 92%. Ini menunjukkan bahwa proses pengajuan klaim pada periode tersebut dilakukan dengan lebih akurat dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Sebaliknya, Desember menjadi bulan dengan performa terendah, di mana hanya 58% dari klaim yang diajukan berhasil disetujui, disertai dengan jumlah klaim pending tertinggi sebanyak 42 kasus, yang menandakan kemungkinan adanya hambatan administratif atau kekurangan dalam kelengkapan dokumen klaim.

Jumlah klaim yang diajukan dan disetujui cenderung mengikuti pola jumlah pasien rawat jalan yang telah diverifikasi. Juli mencatat jumlah klaim disetujui tertinggi yaitu 1.725 klaim, seiring dengan tingginya jumlah pasien rawat jalan yang mencapai 2.105 kasus. Di sisi lain, meskipun Desember mencatat jumlah verifikasi rawat jalan yang cukup tinggi (2.116 kasus), namun hanya 1.219 klaim yang disetujui, menunjukkan efisiensi klaim yang rendah. Secara umum, jumlah klaim pending cenderung rendah setiap bulan, berkisar antara 1 hingga 44 klaim, namun tetap menjadi indikator penting untuk memantau efektivitas proses klaim.

**Tabel 2. Data Klaim Rawat Inap**

Bulan Pelayanan	Rawat Inap yang Sudah Diverifikasi	Klaim yang Diajukan	Klaim yang Disetujui	Pending (n)	Persentase Disetujui (%)
Januari	533	471	437	34	82
Februari	618	570	517	53	84

Maret	785	751	701	50	89
April	653	625	582	43	89
Mei	614	669	609	60	99
Juni	611	511	474	37	78
Juli	524	532	496	36	95
Agustus	527	519	496	50	94
September	513	484	397	87	77
Oktober	646	600	451	149	70
November	560	513	407	106	73
Desember	671	605	542	63	81

Berdasarkan data rekapitulasi klaim rawat inap (RI) yang diajukan sepanjang tahun 2024 di RS Tk. IV Cijantung, terlihat bahwa tingkat keberhasilan klaim yang disetujui relatif tinggi di hampir semua bulan. Persentase klaim yang disetujui berada dalam rentang 70% hingga 95%, menunjukkan efektivitas proses klaim yang umumnya cukup baik. Bulan dengan persentase tertinggi terjadi pada Juli dan Agustus, masing-masing mencapai 95%, yang menunjukkan bahwa sebagian besar klaim yang diajukan pada bulan tersebut telah memenuhi ketentuan dan berhasil disetujui. Sebaliknya, Oktober mencatat persentase persetujuan terendah yaitu sebesar 70%, dengan jumlah klaim pending tertinggi mencapai 149 kasus, mengindikasikan adanya kendala administratif atau verifikasi yang tertunda.

Jumlah klaim yang diajukan cenderung sejalan dengan jumlah rawat inap yang telah diverifikasi. Bulan Maret memiliki jumlah verifikasi rawat inap tertinggi sebanyak 785 kasus, diikuti dengan jumlah klaim yang diajukan sebesar 751, dan persentase persetujuan mencapai 89%. Sementara itu, Juni mencatat jumlah rawat inap yang relatif rendah (511 kasus), dan klaim yang diajukan sebanyak 474 dengan persetujuan sebesar 437 klaim (persentase 78%). Ini menunjukkan bahwa meskipun volume pasien bervariasi tiap bulan, efektivitas pengajuan klaim tetap dijaga dengan baik di sebagian besar periode.

Secara keseluruhan, baik klaim RJ maupun RI menunjukkan bahwa sistem pengelolaan klaim sudah cukup berjalan baik, namun masih perlu dilakukan evaluasi berkala dan peningkatan kualitas administrasi, khususnya pada bulan-bulan dengan tingkat pending atau penolakan klaim yang tinggi. Upaya peningkatan kualitas verifikasi, pelatihan staf, serta penyesuaian terhadap regulasi yang berlaku menjadi hal penting untuk menjaga efektivitas dan efisiensi proses klaim di masa mendatang.

#### a. Input

Analisis menunjukkan volume kunjungan pasien JKN di RS Tk. IV Cijantung Kesdam Jaya sangat tinggi ( $\pm 2.000$  rawat jalan dan  $\pm 600$  rawat inap per bulan), namun tidak semua kasus memiliki SEP valid atau dokumen pendukung lengkap, seperti surat kontrol dan hasil penunjang. Hal ini menimbulkan ketidaksesuaian antara data kunjungan dan berkas klaim, diperburuk oleh masalah resume medis tidak jelas, SEP tidak terbaca, dan surat rujukan hilang. Dari sisi SDM, hanya satu staf di Casemix memiliki sertifikasi coding, sehingga beban kerja tinggi dan berisiko menghambat klaim. Selain itu, kendala teknis SIMRS dan bridging ke V-Claim (internet lambat, server tidak stabil) menghambat input data.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurdiah dan Imam (2016) yang menyatakan bahwa ketidaksesuaian ditemukan karena ketidaklengkapan dokumen penunjang, kesalahan coding, dan kurangnya pengawasan internal.

Dokumen seperti surat kontrol dan penunjang medis yang tidak lengkap menyebabkan ketidaksesuaian.

b. Output

Hasil wawancara menunjukkan bahwa mayoritas input data kunjungan pasien BPJS dilakukan oleh petugas pendaftaran dalam waktu maksimal 1×24 jam. Namun, gangguan teknis seperti ketidakstabilan sistem bridging ke BPJS dan koneksi internet yang lambat mengakibatkan keterlambatan atau ketidaktepatan input. Kesalahan pada tahap awal ini memicu efek domino terhadap akurasi klaim dan proses verifikasi, yang pada akhirnya dapat menyebabkan pending claim atau penolakan administrasi. Revisi dokumen menjadi rutinitas harian akibat kurangnya tanda tangan dokter, lampiran penunjang yang tidak lengkap, atau kesalahan coding. Proses perbaikan biasanya melalui jalur hierarkis mulai dari kepala unit hingga Casemix, sehingga menambah durasi penyelesaian klaim. Koordinasi antarunit sudah difasilitasi melalui grup WhatsApp, rapat bulanan, dan komunikasi langsung. Namun, miskomunikasi dua arah masih kerap terjadi, sehingga prosedur baru tidak selalu diimplementasikan secara efektif. Audit internal menjadi instrumen penting untuk mendeteksi dini ketidaksesuaian dokumen dan kelemahan prosedur, sedangkan audit eksternal oleh BPJS berfungsi memberikan penilaian objektif terhadap kepatuhan rumah sakit. Pelaksanaan audit internal secara rutin dan terintegrasi dengan hasil audit eksternal akan membantu meminimalkan risiko penolakan klaim serta mempercepat alur penggantian biaya.

Hal ini sejalan dengan penelitian Purba (2020) dalam studi mengenai klaim BPJS di RSUD IPI Medan menemukan bahwa keterlambatan input data dan verifikasi klaim kerap terjadi karena masalah teknis seperti lambatnya koneksi internet atau gangguan aplikasi saat proses bridging ke BPJS. Hal ini menyebabkan pengiriman klaim tertunda atau tidak akurat.

c. Proses

Hasil wawancara menunjukkan bahwa meskipun proses klaim BPJS telah mengikuti alur prosedural (Pendaftaran – Yanmed – Casemix – input SIMRS – pengiriman file ke BPJS), pada tahap akhir masih ditemukan berkas yang tertunda, ditolak, atau tidak dapat diklaim. Penyebab utamanya meliputi ketidaklengkapan dokumen, ketidaksinkronan antara diagnosis dan tindakan, perbedaan tanggal pelayanan, serta kesalahan coding. Penolakan atau pengembalian klaim umumnya disertai feedback dari BPJS sekitar 10–15 hari setelah pengajuan. Waktu tunggu ini memperlambat proses perbaikan, sehingga penggantian biaya menjadi tertunda. Selain itu, miskomunikasi antarunit terkait prosedur klaim, update regulasi BPJS, dan interpretasi panduan kerja masih sering terjadi, yang berdampak pada tingginya jumlah klaim yang dikembalikan.

Hasil penelitian sejalan dengan penelitian oleh Tuzzahra (2024) di RSUD Majenang yang menyatakan bahwasannya ketidaksesuaian administrasi terutama ketidaklengkapan dokumen dan ketidakakuratan kode diagnosis sering menyebabkan pengembalian berkas klaim oleh BPJS. Selain itu, feedback dari BPJS baru diberikan setelah beberapa hari (sekitar ≥10 hari) pasca pengajuan, yang mempersulit perbaikan cepat dan menyebabkan tertundanya pembayaran klaim.

d. Dampak

Keterlambatan, kekeliruan, dan ketidaksesuaian data dalam pengajuan klaim BPJS dapat memberikan dampak serius terhadap kelangsungan arus kas rumah sakit. Proses revisi berulang dan pengembalian dokumen oleh BPJS. Oleh karena itu, diperlukan langkah mitigatif strategis berupa penguatan sistem manajemen klaim berbasis waktu dan risiko, di mana rumah sakit menetapkan batas waktu maksimal verifikasi internal sebelum dokumen dikirim ke BPJS. Selain itu, rumah sakit sebaiknya membentuk unit respons cepat yang fokus pada tindak lanjut klaim yang dikembalikan, dengan sistem pelaporan progres yang transparan dan berbasis data real-time. Optimalisasi peran unit Casemix dan tim pengendali mutu (quality control) sangat krusial agar setiap pengajuan klaim sudah divalidasi dari segi administratif, klinis, dan teknis. Dengan demikian, jumlah klaim yang tertunda dapat ditekan seminimal mungkin dan arus dana dari BPJS dapat mengalir lebih lancar untuk mendukung keberlangsungan pelayanan rumah sakit secara berkesinambungan. Dari sisi mutu layanan, dampak juga terlihat pada persepsi pasien terhadap kualitas administrasi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Herd dan Moynihan (2021) yang menyatakan beban administratif dan waktu tunggu di layanan kesehatan berdampak negatif pada kepuasan pasien dan meningkatkan persepsi buruk terhadap kualitas layanan. Situasi ini menempatkan petugas administrasi dalam posisi dilematis, meski pelayanan telah disampaikan, mereka masih harus menanggung kesalahan prosedural dan ketidaknyamanan pasien.

#### **4. Simpulan**

Faktor-faktor yang menyebabkan ketidaksesuaian adalah kelemahan SDM dalam aspek jumlah dan kapasitas teknis, terutama dalam pemahaman prosedur klaim BPJS dan ketentuan terbaru yang sering berubah. Selanjutnya, Kurangnya pengecekan ulang atau validasi internal dan revisi dokumen secara menyeluruh sebelum naik ke verifikator. Selanjutnya, kurangnya sosialisasi lanjutan mengenai ketentuan terbaru dari BPJS yang menyebabkan informasi penting tidak kurang ditindaklanjuti. Selanjutnya, Kendala teknis pada sistem informasi (SIMRS) dan jaringan internet yang memperlambat proses input dan pemrosesan data klaim. Selanjutnya, pelaksanaan SOP belum berjalan secara optimal. Hal ini ditandai dengan masih adanya petugas yang melaksanakan tugas berdasarkan kebiasaan kerja harian tanpa merujuk atau memahami secara menyeluruh isi dari SOP yang berlaku. Kondisi ini berpotensi menimbulkan ketidaksesuaian antara praktik di lapangan dengan prosedur yang telah ditetapkan.

Diharapkan rumah sakit dapat melakukan penguatan sistem koordinasi dan forum evaluasi rutin antarunit, membentuk tim integritas audit yang menyelaraskan temuan audit internal rumah sakit dengan feedback audit eksternal BPJS, serta merumuskan rencana perbaikan berkala. Memberikan pelatihan dan pembekalan SDM administratif terkait regulasi BPJS dan pemanfaatan SIMRS, melakukan penguatan sistem kontrol mutu internal, misalnya membentuk tim pengecekan berkas lintas unit (Yanmed, Casemix, dan Pendaftaran), dan mendorong sosialisasi kebijakan BPJS secara tertulis dan berjenjang kepada semua lini pelayanan. Serta optimalkan fungsi SIMRS dan Jaringan Bridging.

Bagi tim Casemix dan Yanmed diharapkan dapat menetapkan sistem validasi berkas klaim secara berlapis sebelum dikirim ke verifikator BPJS, membuat panduan



tertulis atau ringkasan update regulasi dari BPJS yang dapat ditempel atau disosialisasikan secara visual ke seluruh unit terkait, memberikan pembekalan kepada koder dengan pemahaman mendalam terkait INA-CBGs, sesuai standar BPJS Kesehatan, dan melakukan pelatihan rutin minimal setahun dua kali untuk meningkatkan kompetensi, menyesuaikan dengan update regulasi, serta mengurangi risiko kesalahan coding.

Bagi penelitian selanjutnya agar dapat melakukan penelitian lanjutan dengan pendekatan kuantitatif untuk mengukur sejauh mana masing-masing faktor memengaruhi keberhasilan pengajuan klaim dan melakukan perluasan cakupan studi ke rumah sakit tipe lain atau dengan sistem manajemen berbeda untuk memperoleh gambaran yang lebih komprehensif.

## 5. Daftar Pustaka

- Herd, P., & Moynihan, D. P. (2021). Health care administrative burdens: Centering patient experiences. *Health Services Research*, 56(5), 751–754. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13858>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2008). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/I/2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs). Kementerian Kesehatan RI.
- Kurnia, E. K., & Mahdalena. (2022). Faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit X periode triwulan I tahun 2022. Dalam *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional* (hlm. 173–177). <https://doi.org/10.47701/sikenas.vi.1741>
- Mukaromah, S., & Wahab, S. (2024). Analisis penyebab pending klaim BPJS rawat jalan guna menunjang kelancaran pembayaran pelayanan kesehatan di RSUD Kota Bandung. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 2876–2883. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v8i2.28816>
- Nurdiah, R. S., & Iman, A. T. (2016). Analisis penyebab unclaimed berkas BPJS rawat inap di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4(2).
- Purba, E. (2020). Faktor-faktor penyebab keterlambatan pengklaiman BPJS rawat inap di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 5(2), 166–180. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v5i2>
- Tuzzahra, R., Hakim, A. O., Romodon, D., & Gunawan, G. (2024). Penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap ditinjau dari syarat-syarat pengajuan klaim di RSUD Majenang. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 6(1), 29–39. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v9i2.1651>
- Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38789/uu-no-44-tahun-2009>