

ANALISIS PENDING KLAIM PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PANTI WILASA CITARUM BULAN SEPTEMBER 2024

Michael Wibowo Santoso^{1*}, Dody Indra Sumantiawan²

Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Sains & Teknologi, Universitas Nasional Karangturi
Semarang^{1,2}

*Corresponding Author : mikewibowo1703@gmail.com

ABSTRAK

Terdapat 3 (tiga) aspek dalam pending klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang yakni administrasi, coding, dan medis. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui faktor penyebab pending klaim, penyelesaian dan meningkatkan konsistensi dalam pengolahan biaya Kesehatan Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang dengan menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan dan menggambarkan pengalaman subjek yang diteliti dan hasil yang diperoleh terkait pending klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap dengan mengamati, mencatat, menghitung persentase serta melakukan wawancara terhadap 8 (delapan) informan bagian *casemix* rawat inap. Hasil penelitian dengan 376 sampel laporan pending klaim yang diperoleh faktor penyebab pending klaim akibat administrasi 82 (21,8%), coding 88 (23,4%), dan medis 206 (54,8%). Untuk meminimalisir angka pending, sebaiknya rumah sakit mengadakan pertemuan rutin antara pihak Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang dengan pihak BPJS Kesehatan untuk membahas kesepakatan administrasi, kelengkapan penunjang medis dan coding, melakukan pengecekan ulang untuk kelengkapan berkas laporan penunjang, berkas administrasi dan coding diagnosis, melakukan sosialisasi ke Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) terkait ketentuan BPJS Kesehatan, serta mengoptimalkan pengisian resume medis sesuai regulasi BPJS Kesehatan sehingga isi resume lebih lengkap dan dapat menggambarkan kondisi pasien.

Kata kunci : faktor pending klaim BPJS, rawat inap, Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum

ABSTRACT

There are 3 (three) aspects in the pending BPJS Health claims for inpatient patients at Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang, namely administration, coding, and medical. The purpose of this study is to identify the factors causing the pending claims, their resolution, and to improve the consistency in processing healthcare costs at Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang by using a quantitative research method with a descriptive approach, aimed at describing and illustrating the experiences of the subjects being studied and the results obtained related to the pending BPJS Health claims for inpatient patients by observing, recording, calculating percentages, and conducting interviews with 8 (eight) informants from the inpatient casemix department. The research results, based on 376 pending claims report samples, show that the factors causing the pending claims due to administration were 82 (21.8%), coding 88 (23.4%), and medical 206 (54.8%). To minimize the number of pending claims, the hospital should hold regular meetings between Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang and BPJS Health to discuss administrative agreements, the completeness of medical supporting documents and coding, perform re-checks for the completeness of supporting report documents, administrative files, and diagnostic coding, conduct socialization with the Patient Responsible Doctor (DPJP) regarding BPJS Health regulations, and optimize the completion of medical resumes according to BPJS Health regulations so that the resume content is more complete and can reflect the patient's condition.

Keywords : factors of pending BPJS Claims, inpatient, Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum

PENDAHULUAN

Memperoleh pelayanan Kesehatan merupakan hak dasar setiap orang, khususnya bagi semua warga dan jaminan kesehatan bagi Masyarakat adalah tanggung jawab pemerintah pusat

dan daerah. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan mengatakan bahwa Pelayanan Kesehatan adalah serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan kepada perorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitative, dan paliatif. Dalam pelayanan rekam medis rumah sakit menggunakan bentuk pelayanan umum dan jaminan asuransi seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program jaminan sosial di Indonesia yang dibuat atau diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS). Pada pelaksanaan JKN di Indonesia, BPJS Kesehatan sebagai pengelola yang menanggung pembayaran pelayanan kesehatan pasien kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) dan hasil pembayaran sesuai dengan Tarik yang ada di *INA CBG's* yang berasal dari hasil rata-rata besarnya biaya yang dikeluarkan oleh sekumpulan diagnosis penyakit (Ariyanti & Gifari, 2019).

Sebagai lembaga pelayanan kesehatan swasta yang berdiri di kota Semarang, Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, sehingga Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum dapat melakukan pengajuan klaim berkas pasien yang telah melakukan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum. Dari Pengajuan klaim berkas pasien dapat dibayarkan jika telah dinyatakan layak oleh BPJS Kesehatan, jika belum maka klaim berkas pasien akan mengalami pending. Adanya berkas klaim pending atau tertunda menyebabkan aliran dana kas rumah sakit menjadi terganggu (Dewi & Zahwa, 2023). Penyebab pending klaim berdasarkan 3 (tiga) aspek yakni, aspek administrasi, aspek koding, dan aspek medis. Diperoleh terdiri dari 682 (enam ratus delapan puluh dua) dokumen klaim pending pada periode bulan April-Oktober 2023 dengan rincian 12 (13,79%) dokumen klaim pending dari aspek administrasi, 69 (79,31%) dokumen klaim pending dari aspek medis, dan 6 (6,90%) dokumen klaim pending dari aspek koding (Nugroho et al., 2024).

Dalam mengidentifikasi solusi untuk meningkatkan efisiensi dan keberlanjutan program JKN. Didapatkan penyebab pending klaim dikarenakan 3 (tiga) aspek yakni, dikarenakan aspek administrasi, aspek koding, dan aspek medis. Dan kasus paling banyak adalah dikarenakan permasalahan aspek koding (Fahreza, S.A. and Sukawan, A., 2024). Berdasarkan panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG edisi 2 tentang Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBG tahun 2018, terdapat 3 (tiga) aspek terhadap penyebab pending *klaim* yakni, administrasi, koding, dan medis. Diperoleh terdiri dari 281 (dua ratus delapan puluh satu) kasus dengan rincian 208 (dua ratus delapan) kasus permasalahan koding, 63 (enam puluh tiga) kasus permasalahan medis/klinis, dan 10 (sepuluh) kasus permasalahan administrasi pengajuan klaim.

Observasi terhadap berkas pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan bulan pelayanan September 2024 yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Maret tahun 2025 di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum (RSPWC) menunjukkan dari pengajuan klaim rawat inap sebanyak 1.058 berkas, ada 376 berkas yang mengalami pending. Berdasarkan wawancara dengan Manajer Penunjang Medis Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum menyatakan bahwa pending klaim dapat berdampak terhadap laporan keuangan Rumah Sakit menjadi tidak baik dan menambah beban kerja petugas *case mix* dan koder untuk melakukan revisi tiap bulannya dan beresiko terjadinya gagal *klaim*. Sedangkan beban kerja koder harian (klaim reguler) tetap, tetapi harus melakukan verifikasi ulang dan koding ulang untuk pending yang meningkat.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui faktor penyebab pending klaim, penyelesaian dan meningkatkan konsistensi dalam pengolahan biaya Kesehatan Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang

METODE

Metode yang digunakan pada penelitian ini yakni metode penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Tujuan untuk mendeskripsikan dan menggambarkan pengalaman subjek

yang diteliti dan hasil yang diperoleh terkait pending klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap dengan mengamati, mencatat, dan menghitung persentase. Melakukan wawancara dengan 8 (delapan) informan diantaranya manajer Penunjang Medis, koder rawat inap, bagian piutang, verifikator internal di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum yang berlokasi di Jalan Citarum No.98, kota Semarang, Jawa Tengah. Waktu yang digunakan dalam penelitian ini kurang lebih selama 4 bulan yakni dari bulan November 2024 - Januari 2025 dan bulan Maret 2025. Dalam penelitian ini mengambil sampel dengan teknik *sampling* jenuh atau total *sampling* sebanyak 376 laporan kasus pending pada bulan September 2024 dan dilakukan analisis data menggunakan program komputer *Statistical Productand Service Solution* (SPSS) 30.0 *for windows*. Dalam penelitian ini terdapat Keterangan Layak Etik *Description Of Ethical Approval* “*Ethical Approval*” nomer 138/KEP/EC/UNW/2025.

HASIL

Karakteristik Responden

Tabel 1. Hasil Karakteristik Responden

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	4	50
Perempuan	4	50
Umur		
25-35 th	8	100
36-45 th	-	-
>46 th	-	-
Pendidikan		
SMA	-	-
D3	2	25
D4	-	-
S1	6	75
S2	-	-
Jumlah	8	100%

Hasil penelitian menyatakan bahwa narasumber yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan (50%), seluruh narasumber berumur 25-35 tahun (100%), dan sebagian besar memiliki riwayat pendidikan S1 (66,7%).

Prosedur Dalam Proses Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum

Berdasarkan wawancara dengan para informan, ditemukan bahwa seluruh informan mengetahui dengan jelas alur dan prosedur dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap yang berjalan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. Proses pengajuan klaim BPJS dimulai dengan verifikasi lengkapnya berkas pasien yang meliputi ringkasan medis, prosedur pemeriksaan, serta proses administratif yang detail. Pihak rumah sakit mengikuti langkah-langkah yang sangat rinci, seperti pengiriman berkas ke berbagai bagian untuk verifikasi (administrasi, piutang, dan *casemix*), pemeriksaan dan pengkodean sesuai dengan aturan yang berlaku (ICD 10 dan ICD 9 CM), serta pengiriman klaim ke BPJS Kesehatan melalui aplikasi Virtual Klaim dan Telegram. Proses ini menunjukkan tingkat kehati-hatian dan keteraturan dalam mengelola klaim, yang sangat penting untuk memastikan pengajuan klaim dapat diterima oleh BPJS Kesehatan dengan lancar.

Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Tertunda

Tabel 2. Hasil Rekapitulasi Persentase Pending Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum bulan September 2024

Aspek	Jumlah	Persentase
Administrasi	82	21,8
Koding	88	23,4
Medis	206	54,8
Jumlah	376	100

Berdasarkan data yang diperoleh, terdapat 376 klaim yang pending pada bulan September 2024, dengan rincian Administrasi sebanyak 82 klaim (21,8%), Koding sebanyak 88 klaim (23,4%) dan Medis sebanyak 206 klaim (54,8%). Dari data ini, dapat disimpulkan bahwa faktor medis adalah penyebab utama dari pending klaim, dengan persentase 54,8%. Hal ini menunjukkan bahwa permasalahan dalam aspek medis, seperti ketidaksesuaian atau ketidaklengkapan informasi medis, menjadi faktor dominan dalam keterlambatan proses klaim BPJS Kesehatan. Pada aspek Administrasi terdapat 82 klaim (21,8%) yang tertunda karena masalah administrasi, seperti ketidaklengkapan dokumen atau kesalahan dalam pengisian informasi pasien. Hal ini dapat memperlambat pengajuan klaim dan menambah beban bagi petugas administratif di rumah sakit. Pada aspek Koding 88 klaim (23,4%) mengalami pending karena kesalahan dalam pengkodean diagnosis atau prosedur medis. Ini mencakup perbedaan persepsi antara pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan terkait dengan kode diagnosis atau tindakan medis yang dilakukan. Koding yang tidak tepat dapat menyebabkan klaim tidak dapat diproses atau harus direvisi, yang tentunya memerlukan waktu tambahan untuk menyelesaikannya.

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian, karakteristik responden dapat dilihat dari jenis kelamin, umur, dan pendidikan antara lain dari 8 informan yang diwawancarai, terbagi rata antara jenis kelamin laki-laki dan jenis kelamin perempuan, masing-masing dengan frekuensi 4 orang (50%). Hal ini menunjukkan bahwa baik pria maupun wanita memiliki peran yang sama dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum. Seluruh informan berusia antara 25 hingga 35 tahun, dengan persentase 100%. Hal ini menunjukkan bahwa tenaga medis dan administrasi yang terlibat dalam proses klaim BPJS Kesehatan memiliki rentang usia yang relatif muda, yang mungkin mencerminkan tingkat keterampilan teknologi dan pemahaman yang lebih baik dalam menggunakan sistem digital dan prosedur klaim BPJS. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan S1, yaitu 6 orang (75%), sedangkan 2 orang (25%) memiliki pendidikan D3. Tidak ada informan yang memiliki pendidikan SMA, D4, atau S2. Hal ini menunjukkan bahwa proses klaim BPJS Kesehatan melibatkan individu yang memiliki latar belakang pendidikan tinggi, yang diharapkan dapat mempercepat dan mempermudah pemahaman serta pelaksanaan prosedur klaim.

Prosedur Dalam Proses Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum

Berdasarkan hasil penelitian dengan wawancara kepada para informan didapatkan bahwa para informan mengerti alur dan prosedur dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang yang berjalan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang.

Seluruh informan memahami secara menyeluruh alur prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan yang dimulai dengan verifikasi awal oleh petugas verifikator untuk memastikan ringkasan medis pasien telah terisi lengkap dan sesuai dengan prosedur pelayanan yang dilakukan. Setelah pasien menyelesaikan perawatan dan dinyatakan pulang dari rawat inap, seluruh berkas pasien disetorkan ke bagian Administrasi Penderita (AP) Central untuk diverifikasi dan diinput berdasarkan tanggal kepulangan pasien. Selanjutnya, berkas dikirimkan ke bagian piutang untuk dicocokkan dengan data dalam aplikasi SIMRS Piutang. Setelah proses verifikasi selesai, berkas diteruskan ke bagian casemix untuk dilakukan input billing. Kemudian, koder akan memeriksa apakah berkas klaim sudah diverifikasi; jika sudah, maka proses pengkodean dilakukan berdasarkan resume medis pasien menggunakan sistem pengkodean ICD-10 untuk diagnosa dan ICD-9 CM untuk tindakan medis.

Berkas selanjutnya dikembalikan ke bagian piutang untuk proses pemindaian (scan) dan diurutkan berdasarkan tanggal pulang serta nomor urut SEP (Surat Eligibilitas Peserta), kemudian disimpan dalam hard disk bersama dokumen pendukung seperti Surat Pengajuan, Surat Checklist Perkelas, Surat Laporan Kematian, Surat Pengantar, dan Surat Anti-Fraud. Setelah itu, dilakukan pencocokan jumlah berkas antara bagian casemix dan piutang. Jika sudah sesuai, berkas dikirim ke BPJS Kesehatan dalam bentuk file TXT Encrypted melalui V-Klaim, TXT Un-Encrypted, dan rekap klaim dalam format Excel yang dikirim melalui Telegram ke BPJS Kesehatan. Pengajuan klaim dilakukan setiap tanggal 6 melalui fitur DIVA (Digital Validation) yang secara otomatis memverifikasi berkas. Kemudian, pada tanggal 8 dibuat Surat Berita Acara Serah Terima sebagai tanda bahwa BPJS Kesehatan telah menerima berkas. BPJS Kesehatan berkewajiban mengeluarkan Berita Acara Kelengkapan Berkas (BAKB) paling lambat 10 hari kalender setelah menerima klaim dari rumah sakit.

Apabila BAKB tidak dikeluarkan dalam waktu tersebut, maka klaim dianggap lengkap dan BPJS Kesehatan membayar 50% dari jumlah klaim. Selanjutnya, pada tanggal 21 dibuat Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) yang memuat hasil klaim yang layak dan yang masih pending. Jika klaim dinyatakan layak, maka BPJS Kesehatan wajib membayarkan klaim paling lambat 15 hari kalender sejak diterbitkannya BAKB, dengan ketentuan bahwa jika tanggal pembayaran jatuh pada hari libur, pembayaran dilakukan pada hari kerja berikutnya. Namun, jika masih ada hal yang perlu dikonfirmasi, maka berkas klaim akan berstatus pending hingga proses klarifikasi selesai.

Sejalan dengan penelitian (Ulum, 2024), dari setelah pasien pulang berkas rekam medis beserta seluruh persyaratan di TPPRI menuju instalasi *casemix* untuk dilakukan entry data serta proses pengkodean diagnosa dan tindakan medis sesuai aturan ICD 9 CM dan ICD 10 oleh koder dengan menggunakan INA CBG's, setelah itu seluruh persyaratan klaim beserta hasil *grouped* di *scan* menjadi *sofcopy* oleh petugas pemberkasan. Kemudian, berkas diurutkan sesuai dengan SEP nya, selanjutnya adalah proses verifikasi internal oleh evaluator untuk pengajuan klaim, setelah proses verifikasi, evaluator mengirimkan file txt pada verifikator BPJS Kesehatan, proses verifikasi berkas klaim yang dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan jika terdapat data gagal hitung/pending maka evaluator melakukan revisi pada data gagal hitung tersebut dan diajukan ulang, selanjutnya evaluator menyerahkan dokumen hasil final verifikasi ke bagian keuangan untuk dimintakan tanda tangan direktur dan verifikator yang selanjutnya diserahkan ke kantor BPJS Kesehatan cabang Malang.

Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan Pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum, petugas melaksanakan diawal bulan maksimal di tanggal 5 melalui V-Klaim dan Telegram BPJS Kesehatan. Berdasarkan wawancara dengan para informan dapat disimpulkan syarat berkas yang harus dipenuhi di Rumah meliputi: SEP (Surat Eligibilitas Peserta), Individual (Hasil *Grouping*), Resume Medis, Surat Pengantar *Emergency* (jika dirujuk dari IGD) atau Surat Pengantar Opname (jika dirujuk dari Rawat Jalan/Poliklinik), Hasil Penunjang (hasil laborat, laporan operasi, hasil radiologi, hasil EKG/rekam jantung,

lembar ICU, dan sebagainya), Kwitansi dan rincian kwitansi, Jika pasien meninggal harus menyertakan surat kematian, Yang dirujuk dari *Emergency*/IGD harus ada laporan Triage (Kasus kegawatan pasien).

Kelengkapan berkas merupakan hal yang penting, jika pihak rumah sakit dapat memenuhi persyaratan kelengkapan berkas maka akan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan yang telah diberikan dari pihak BPJS Kesehatan. Maka, sebaiknya petugas *assembling* selalu teliti dalam pengecekan berkas klaim yang akan diajukan. Syarat-syarat tersebut didukung penelitian (Kurniawati et al., 2020) yang menunjukkan berkas administrasi klaim BPJS kesehatan yang diverifikasi oleh verifikator BPJS adalah berkas rawat jalan dan berkas rawat inap yang meliputi: SEP (Surat Elegibilitas Peserta), billing pasien rawat jalan/rawat inap, resep, surat rujukan, resume medis, bukti penunjang (laboratorium, radiologi dan laporan operasi bila ada).

Sejalan dengan penelitian (Hastuti & Indriyani, 2024) syarat berkas pengajuan klaim BPJS Kesehatan meliputi: Surat Elegibilitas Peserta (SEP), surat pengantar rawat inap, hasil pemeriksaan penunjang (hasil pemeriksaan laboratorium maupun radiologi, laporan operasi jika ada), resume medis, print out INA CBG's, resep obat, billing pembayaran, apabila pasien meninggal dunia dibutuhkan surat keterangan kematian (nama, tanggal meninggal, dan diagnosis kematian), apabila pasien dirujuk dibutuhkan surat yang berisikan identitas pasien, diagnosis dan tujuan rumah sakit.

Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui keseluruhan dari hasil pending klaim pada bulan September 2024 di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang yang berjumlah 376 pending klaim, yang diakibatkan oleh aspek administrasi sebesar 82 (21,8%), aspek koding sebesar 88 (23,4%), sedangkan aspek medis sebesar 206 (54,8%). Dapat disimpulkan berdasarkan dari ketiga aspek tersebut, aspek medis memiliki jumlah pending terbanyak yakni 206 (54,8%). Hasil persentase perhitungan terdapat 88 (23,4%) berkas klaim yang ditunda pembayaran oleh BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh aspek koding yakni ketidaktepatan kode yang terjadi diakibatkan karena ketidaksamaan pemahaman diagnosa maupun prosedur antara pihak BPJS Kesehatan dengan pihak Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum, sedangkan koder hanya melihat diagnosis yang ditulis oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Pasien) dan tidak berhak mengganti kode diagnosis dengan sembarangan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Tambunan et al., 2022) menunjukkan permasalahan koding terdapat 49 (53%) berkas klaim yang ditolak oleh BPJS Kesehatan yang disebabkan karena perbedaan persepsi antara Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan dokter umum penanggung jawab di unit casemix. Dari perbedaan persepsi tersebut memunculkan ketidaksesuaian diagnosa rumah sakit dengan koding diagnosa dari pihak rumah sakit dengan diagnosa BPJS Kesehatan. Dengan adanya permasalahan tersebut akan memakan waktu dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan, sehingga menimbulkan keterlambatan dalam pengajuan klaim. Hasil persentase terdapat 82 (21,8%) berkas klaim yang ditunda pembayaran oleh BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh aspek administrasi yang disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas, contohnya seperti barcode implan tertinggal, berkas lampiran PA blm ada, dan lain sebagainya. “tidak ada *billing* transfusi darah, kode prosedur transfusi darah tidak sesuai”, “tidak ada lembar cbg”, “tidak ada bukti penunjang brpn, kode brpn tidak tepat”, “lampiran hasil PA?”.

Hal ini didukung penelitian (Widaningtyas et al., 2024), aspek administrasi berhubungan dengan pelayanan administrasi dalam bentuk kelengkapan berkas klaim/konfirmasi kunjungan pasien. Aspek administrasi meliputi: tidak dilampirkannya data administrasi kepersertaan yakni surat keterangan lahir sebagai syarat dalam pencetakan SEP (Surat Elegibilitas Peserta),

tidak dilampirkannya administrasi pelayanan seperti hasil laboratorium, radiologi, dan laporan operasi dan tidak ada komponen obat pada administrasi keuangan pada kwitansi/billing. Hasil persentase terdapat 206 (54,8%) berkas klaim yang ditunda pembayaran oleh BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh aspek medis yang dilakukan sesuai *feedback* yakni BPJS Kesehatan yang mempertanyakan indikasi medis seperti indikasi operasi dengan GA, tatalaksana, dan lain sebagainya, contohnya seperti dari BPJS Kesehatan “indikasi mutlak SC dan penunjang untuk dilakukan tindakan SC, apakah sudah dilakukan VBAC” dan petugas rawat inap konfirmasi “indikasi SC : *plasenta previa*, jalan lahir tertutup *plasenta* tdk mungkin lahir *pervaginam*. Penyulit lain: letak *obliq* dan bekas SC th 2017. penunjang *USG* terlampir”.

Menurut penelitian yang dilakukan (Mulya et al., 2024) terdapat 5 kategori penyebab pending pending klaim yakni penulisan resume medis tidak lengkap 8 (16%), tidak lengkap penulisan alasan pasien rawat inap pada SPRI (Surat Pengantar Rawat Inap) 1 (2%), Penulisan diagnosis tidak sesuai indikasi medis pasien 36 (72%), tidak tertulis penggunaan ventilator invasif atau non-invasif 2 (4%), dan observasi <6 jam 3 (6%). Kategori penyebab pending klaim paling banyak terdapat pada penulisan diagnosis tidak sesuai indikasi medis sebesar 36 laporan pending (72%).

KESIMPULAN

Kesimpulan yang didapat dari penelitian ini adalah bahwa alur prosedur dalam klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum sudah memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) sehingga dapat terlaksana dengan baik. Tetapi hanya saja tidak memungkinkan walaupun sudah ada Standar Operasional Prosedur (SOP), tidak lepas dari permasalahan pending klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum. Hal yang mendasari klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum periode bulan September 2024 yang mengalami pending atau tertunda adalah aspek administrasi 82 (21,8%), aspek koding 88 (23,4%), dan aspek medis 206 (54,8%).

UCAPAN TERIMA KASIH

Dalam penelitian ini dapat dilaksanakan dengan baik dan lancar berkat bantuan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti ingin mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penelitian ini. Terimakasih kepada rekan-rekan sejawat yang telah memberikan saran, dukungan, dan inspirasi selama proses penelitian. Peneliti juga ingin mengucapkan terimakasih kepada semua yang telah meluangkan waktu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Tak lupa, kami juga mengucapkan terimakasih kepada lembaga atau institusi yang telah memberikan dukungan dan fasilitas dalam menjalankan penelitian ini. Semua kontribusi dan bantuan yang diberikan sangat berarti bagi kelancaran dan kesuksesan penelitian ini. Terimakasih atas segala kerja keras dan kolaborasi yang telah terjalin.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariyanti, F., & Gifari, M. T. (2019). Analisis persetujuan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(04), 156–166.
- BPJS Kesehatan. (2018). *Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Edisi 2*. www.bpjskesehatan.go.id
- Dewi, N. F., & Zahwa, A. (2023). Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien Rawat Jalan Bpjs Kesehatan Rs Hermina Galaxy. *Jurnal Administrasi Bisnis Terapan*, 5(2). <https://doi.org/10.7454/jabt.v5i2.1075>

- Fahreza, S.A. and Sukawan, A., 2024. Tinjauan Trend Penyebab Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap di RSUD Ciamis. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 3(2).
- Hastuti, & Indriyani. (2024). Analisis Angka Kejadian Pending Klaim JKN Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. Soeratno Gemolong. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan*, 7(2), 214–221.
- Indonesia. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
- Kurniawati, M., Satrijawati, T., & Hariyanto, T. (2020). Faktor Yang Mempengaruhi Pengembalian Administrasi Klaim BPJS Kesehatan Ditinjau Dari Syarat-Syarat Kelengkapan Administrasi Klaim. *CHMK Health Journal*, 4(3), 190–196.
- Mulya, S., Sonia, D., Putra, D. H., & Yulia, N. (2024). Analisis Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi Tahun 2023. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(3), 140–152. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v3i3.3021>
- Nugroho, P.A., Widodo, P.P. and Sunindya, B.R., 2024. Faktor-Faktor Yang Menyebabkan Klaim Pending Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Reksa Waluya. *Indonesian Journal of Health Insurance and Medical Records (IJHIMR)*, 1(2), pp.54-60
- Tambunan, S., Putra, D. H., Indawati, L., & Fannya, P. (2022). Tinjauan Faktor Penyebab Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Tertunda di RSUD Tarakan. *COMSERVA Indonesian Jurnal of Community Services and Development*, 1(10), 816–823. <https://doi.org/10.59141/comserva.v1i10.134>
- Ulum. (2024). Kelengkapan Berkas Persyaratan Klaim Bpjs Pada Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Wawa Husada Malang: Persyaratan Klaim BPJS. *JRMIK*, 5(1), 23–32.
- Widaningtyas, E., Putri Novinawati, F., & Asmorowati, A. (2024). Analisis Pending Klaim Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit Qim Batang Tahun 2022. *Avicenna : Journal of Health Research*, 7(1), 42–53. <https://doi.org/10.36419/avicenna.v7i1.1028>