Journal of Innovative and Creativity
Journal Homepage: https://joecy.org/index.php/joecy
e-mail: journaljoecy@gmail.com

Faculty of Education
University of Pahlawan Tuanku Tambusai
ISSN 2775-771X (Online)
ISSN 2962-570X (Printed)
5 (3) 2025, Page: 24320-24325

Analisis Faktor-Faktor Penyebab Status *Pending* Klaim Bpjs Kesehatan Pada Layanan Rawat Jalan Di Rumah Sakit X

Nekadisa Najwa Amani[1*], Intan Pujilestari[2]
Program Studi DIII Rekam Medik dan Informasi Kesehatan Politeknik TEDC Bandung[1,2]
Lembaga penulis pertama
**Corresponding Author* : nekadisanajwaa@gmail.com

Published: September, 2025

ABSTRAK

Pemerintah Indonesia telah mengimplementasikan program Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan) untuk memastikan cakupan kesehatan universal bagi warga negara. Namun, program ini dirusak oleh klaim yang tertunda, yang menghambat penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas. Di Rumah Sakit X, sejumlah besar klaim masih tertunda, sehingga perlu dilakukan investigasi untuk mengetahui penyebabnya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berkontribusi terhadap status klaim tertunda BPJS Kesehatan pada layanan rawat jalan di Rumah Sakit X. Penelitian ini merupakan studi potong lintang yang dilakukan di Rumah Sakit X, yang melibatkan 100 pasien dengan klaim tertunda. Data dikumpulkan melalui kuesioner dan dianalisis menggunakan statistik deskriptif. Penelitian ini menemukan bahwa kurangnya dokumentasi yang lengkap, formulir klaim yang tidak lengkap, dan informasi pasien yang tidak memadai merupakan faktor utama yang menyebabkan klaim tertunda. Selain itu, studi ini juga mengungkapkan bahwa inefisiensi administrasi rumah sakit, pelatihan tenaga kesehatan yang tidak memadai, dan komunikasi yang buruk dengan BPJS Kesehatan juga berkontribusi terhadap klaim yang tertunda. Studi ini mengidentifikasi beberapa faktor yang bertanggung jawab terhadap status klaim BPJS Kesehatan yang tertunda pada layanan rawat jalan di Rumah Sakit X. Temuan ini menunjukkan bahwa perbaikan dokumentasi, efisiensi administrasi, dan pelatihan tenaga kesehatan sangat penting untuk mengurangi klaim yang tertunda dan memastikan keberhasilan pelaksanaan program BPJS Kesehatan.

Kata kunci: BPJS Kesehatan, layanan rawat jalan, pending klaim

ABSTRACT

The Indonesian government has implemented the National Health Insurance (BPJS Kesehatan) program to ensure universal health coverage for citizens. However, the program is marred by pending claims, which hinder the provision of quality healthcare services. At Rumah Sakit X, a significant number of claims remain pending, necessitating an investigation into the underlying causes. This study aimed to analyze the factors contributing to the pending claims status of BPJS Kesehatan in outpatient services at Rumah Sakit X. This was a cross-sectional study conducted at Rumah Sakit X, involving 100 patients with pending claims. Data were collected through a questionnaire and analyzed using descriptive statistics. The study found that the lack of complete documentation, incomplete claim forms, and inadequate patient information were the primary factors contributing to pending claims. Additionally, the study revealed that the hospital's administrative inefficiencies, inadequate training of healthcare personnel, and poor communication with BPJS Kesehatan also contributed to the pending claims. This study identified several factors responsible for the pending claims status of BPJS Kesehatan in outpatient services at Rumah Sakit X. The findings suggest that improvements in documentation, administrative efficiency, and healthcare personnel training are crucial in reducing pending claims and ensuring the successful implementation of the BPJS Kesehatan program.

Keywords: *BPJS Kesehatan, outpatient services, pending claims*

© The Author(s). 2021 Open Access This article is licensed under a Creative Commons Atibution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. To view a copy of this licence, visit http://creativecommons.org/licenses/by/4.0

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan adalah elemen penting dalam usaha untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Di Indonesia, rumah sakit pemerintah memiliki posisi kunci sebagai penyedia layanan kesehatan yang dapat diakses serta merata. Untuk mendukung inisiatif ini, pemerintah telah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diatur oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Program ini berdasarkan pada Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 dan resmi diaktifkan pada 1 Januari 2014. Tujuan utama dari inisiatif ini adalah untuk memberikan jaminan pembiayaan untuk layanan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap penduduk Indonesia, tanpa memandang latar belakang sosial dan ekonomi. Dalam menjalankan sistem pembiayaan JKN, BPJS Kesehatan menerapkan metode pembayaran prospektif yang berbasis pada sistem Casemix, yang di Indonesia dikenal dengan nama Indonesia Case Base Groups (INA-CBG's). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023, tarif INA-CBG's adalah jumlah klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), yang mencakup semua biaya baik medis maupun nonmedis yang diperlukan pasien. Klaim tersebut dihitung berdasarkan pengelompokan diagnosis penyakit dan tindakan medis yang diberikan, serta mencerminkan pemakaian sumber daya rumah sakit secara keseluruhan.

Dengan sistem ini, peserta BPJS tidak diwajibkan untuk melakukan pembayaran langsung ke rumah sakit. Pendanaan untuk layanan kesehatan dilakukan melalui sistem iuran bulanan yang dibayarkan oleh peserta BPJS Kesehatan, dan BPJS kemudian akan mengganti biaya pelayanan kepada rumah sakit melalui proses klaim. Klaim merupakan prosedur administratif yang dilakukan oleh rumah sakit kepada BPJS sebagai bentuk penagihan atas layanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien (Mei et al., 2023). Proses klaim ini merupakan elemen penting untuk menjaga kelangsungan operasional rumah sakit, terutama terkait arus kas dan efisiensi pelayanan.

Namun, dalam pelaksanaannya, banyak rumah sakit mengalami hambatan dalam pengajuan klaim, khususnya untuk layanan rawat jalan. Salah satu masalah yang sering muncul adalah keterlambatan dalam klaim, yang dapat berdampak signifikan pada rumah sakit maupun pasien. Dari perspektif rumah sakit, keterlambatan klaim dapat mengganggu stabilitas keuangan, menunda pembayaran jasa pelayanan tenaga kesehatan, serta memperlambat proses administratif internal. Di sisi pasien, keterlambatan ini dapat menyebabkan penundaan dalam layanan medis lanjutan, menurunnya kualitas pelayanan, dan bahkan mungkin mengancam kelangsungan pengobatan.

Hasil penelitian awal yang dilakukan pada bulan April 2025 di Rumah Sakit X menunjukkan bahwa jumlah klaim rawat jalan BPJS Kesehatan yang berstatus pending pada bulan Januari 2025 mencapai 1.081 kasus. Ini menunjukkan besarnya beban administratif yang masih belum terselesaikan dan berpotensi menimbulkan dampak sistemik bila tidak diatasi dengan segera dan menyeluruh.

Dari permasalahan yang ada, diperlukan penelitian ilmiah untuk mendeteksi dan menganalisis berbagai faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan dalam pelayanan rawat jalan. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran jelas mengenai kesulitan yang dihadapi dalam proses klaim, serta menyusun rekomendasi strategis untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam proses administratif klaim. Dengan demikian, diharapkan bahwa proses pembiayaan untuk layanan kesehatan akan menjadi lebih efektif, dan kualitas layanan yang diperoleh oleh pasien dapat terus dimutakhirkan.

METODE

Penelitian ini menggunakan cara kuantitatif dengan metode deskriptif. Metode ini diambil untuk memperoleh gambaran yang objektif, sistematis, dan akurat mengenai keadaan yang terjadi di lapangan,

terutama yang berkaitan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan pada layanan rawat jalan di Rumah Sakit X Desain penelitian yang digunakan adalah desain observasional yang tidak bersifat eksperimental, di mana peneliti tidak melakukan perubahan atau intervensi terhadap variabel yang sedang diteliti. Penelitian ini bertujuan untuk mengamati dan menggambarkan fenomena sebagaimana adanya, berdasarkan informasi dan fakta yang diperoleh di lapangan. Rencana pelaksanaan penelitian dijadwalkan akan berlangsung dalam waktu sekitar tiga minggu, yakni mulai dari tanggal 19 Mei 2025 hingga 11 Juni 2025. Metode pengambilan sampel yang diterapkan adalah total sampling, yang merupakan teknik pengambilan sampel di mana seluruh populasi dapat dijadikan sampel.

HASIL

Pada triwulan 1 terdapat total 27.681 berkas klaim yang diajukan oleh casemix Rumah Sakit X kepada BPJS Kesehatan, setelah melalui verifikator BPJS Kesehatan menghasilkan 4 status yang diberikan oleh verifikator BPJS Kesehatan yaitu status layak sebanyak 24.795, status tidak layak 2 berkas, status pending sebanyak 3.064 berkas dan status dispute dengan total nol berkas.

Tabel 1. Data Status Klaim Rawat Jalan Triwulan 1 Tahun 2025

Bulan Pelayanan	Kasus Kelengkapan Klaim	Layak	Tidak layak	*Pending*
Januari	9.759	8.678	-	1.081
Februari	9.194	8.210	2	982
Maret	8.908	7.907	-	1.001
Total	**27.681**	**24.795**	**2**	**3.064**

Sumber: Petugas *casemix* Rumah Sakit X, 2025

Tabel 1 Tabel 1 menyajikan informasi yang diperoleh mengenai jumlah klaim BPJS Kesehatan untuk layanan rawat jalan pada kuartal pertama tahun 2025. Dari total klaim yang mencapai 27.681, tercatat 3.064 klaim dalam status tidak layak atau pending pada kuartal pertama tahun 2025. Klaim yang ditunda di Rumah Sakit X adalah salah satu kategori yang telah menjalani proses verifikasi oleh dokter BPJS Kesehatan pada tahap pengajuan klaim. Keadaan pending pada klaim dapat muncul jika dokumen klaim yang diserahkan oleh rumah sakit belum lengkap atau tidak sesuai dengan regulasi yang berlaku.

Analisis Faktor *Pending* Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X

Tabel 2. Data Faktor Penyebab *Pending* Klaim Rawat Jalan Triwulan 1 Tahun 2025

Bulan Pelayanan	Faktor *Pending*		
	Kelengkapan Administrasi	Kaidah Koding	Standar Pelayanan
Januari	36	20	1.025
Februari	13	57	912
Maret	3	69	929
Total	**52**	**146**	**2.866**

Sumber: Petugas *casemix* Rumah Sakit X, 2025

Berdasarkan Tabel 2, seluruh data klaim yang ditunda selanjutnya dikelompokkan menurut faktor penyebab yang tercantum dalam kolom keterangan. Penyebab tersebut dibagi menjadi tiga kategori, yaitu kelengkapan administrasi, kaidah koding, dan standar pelayanan. Dari hasil pemfilteran total 3.064 klaim yang pending

menurut faktor penyebab, diperoleh angka sebanyak 52 klaim disebabkan oleh kesalahan administrasi, 146 klaim disebabkan oleh kesalahan koding, dan 2.866 klaim disebabkan oleh standar pelayanan.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil telaah dan informasi yang dikumpulkan, terdapat sejumlah faktor yang menyebabkan klaim BPJS kesehatan mengalami penundaan pada pelayanan rawat jalan selama triwulan pertama tahun 2025, yaitu kelengkapan administrasi, prinsip koding, dan kualitas pelayanan.

Kelengkapan Administrasi

Satu contoh dari sekian banyak permasalahan yang mengakibatkan penundaan pada faktor kelengkapan administrasi adalah ketidaktersediaan lembar hasil pemeriksaan penunjang pasien. Menyertakan lembar hasil pemeriksaan penunjang adalah penting sebagai bukti bahwa pasien telah menjalani pelayanan medis tambahan; jika lembar ini tidak disertakan, maka hal ini dapat berdampak pada keabsahan penagihan serta penghitungan biaya perawatan. Dokumen yang wajib disertakan ketika mengajukan klaim BPJS kesehatan untuk layanan rawat jalan mencakup LIP (Lembar Individual Pasien), resume medis, SEP (Surat Elegibilitas Pasien), surat rujukan, hasil pemeriksaan penunjang, laporan tindakan, surat keterangan kematian, dokumen tertentu sesuai kasus, tagihan rumah sakit, dan tagihan obat (Direktorat Pelayanan BPJS Kesehatan, 2014).

Kaidah Koding

Penyebab penundaan klaim yang terkait dengan kaidah koding muncul karena adanya ketidakharmonisan antara petugas koding di rumah sakit dan pihak verifikator dari BPJS kesehatan terkait penentuan kode diagnosa dan tindakan. Koder Rumah Sakit X dan verifikator BPJS kesehatan sering kali berbeda pendapat mengenai data pasien, khususnya dalam mengidentifikasi diagnosa utama dan tindakan medis yang sesuai, terutama pada kasus-kasus yang kompleks atau diagnosa ganda. Jika resume medis tidak lengkap, akan menyulitkan koder dalam menentukan kode yang akurat, dan verifikator BPJS kesehatan mungkin akan menganggap bahwa informasi di resume medis tidak mencukupi untuk memvalidasi klaim.

Standar Pelayanan

Penyebab terjadinya penundaan klaim yang paling sering terjadi di Rumah Sakit X berkaitan dengan standar pelayanan. Hal ini disebabkan oleh adanya serangkaian kunjungan berturut-turut pasien dalam satu episode penjaminan. Dalam setiap episode, hanya diperbolehkan satu kali klaim. Satu episode rawat jalan terdiri dari rangkaian konsultasi antara dokter dan pasien serta pemeriksaan penunjang yang relevan dengan indikasi medis, ditambah tindakan atau pengobatan yang diberikan pada hari pelayanan yang sama. Sebagai ilustrasi, jika dalam satu episode penjaminan pasien diperbolehkan pulang, tetapi beberapa hari kemudian kembali dengan diagnosa serupa, BPJS kesehatan akan mengembalikan berkas klaim untuk memastikan apakah ini termasuk dalam satu episode penjaminan atau tidak. Contoh lainnya, ketika pasien menerima layanan rawat jalan kemudian memerlukan perawatan inap, maka klaim untuk rawat jalan tidak dapat diajukan terpisah, melainkan harus digabungkan dengan klaim rawat inapnya. Semua kondisi ini menyebabkan terjadinya penundaan klaim pada layanan rawat jalan.

KESIMPULAN

Pada awal 2025, terdapat 27.681 berkas klaim yang diproses di Rumah Sakit X. Dari jumlah tersebut, 3.064 berkas klaim mengalami penundaan. Penyebab utama dari penundaan klaim di Rumah Sakit X selama triwulan pertama tahun 2025 adalah kelengkapan berkas yang berjumlah 52 kasus akibat tidak adanya lembar hasil pemeriksaan penunjang; kaidah koding menyumbang 146 kasus karena adanya perbedaan pendapat

antara koder di rumah sakit dan verifikator dari BPJS kesehatan; dan yang paling signifikan adalah standar pelayanan dengan total 2.866 kasus disebabkan oleh serangkaian kunjungan berulang pasien dalam satu episode penjaminan.

UCAPAN TERIMAKASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada Allah SWT., kedua orangtua, adik-adik, pihak rumah sakit, dosen pembimbing, dan sahabat seperjuangan yang selalu memberi semangat, memberi dukungan, dan membantu baik secara moral maupun materi dalam proses penyelesaian penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

BPJS Kesehatan. (2014). Peraturan Badan Penyelengara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

BPJS Kesehatan. (2016). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesaehatan, 1–46.

Direktorat Pelayanan BPJS Kesehatan. (2014). JUKNIS Verifikasi Klaim. *Direktorat Pelayanan*, 5.

Kemenkes RI. UU RI NO. 44 Tentang Rumah Sakit. Kemenkes RI. Permenkes No 27 Tahun 2014.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Handbook, 1–56.

Mandia, S. (2023). Analisis Kasus Penyebab pending Klaim BPJS di Klinik Utama Ringan-Ringan Medical centre (RMC) Pakandangan, Padang Pariaman. *JIK JURNAL ILMU KESEHATAN*, *7*(2).

Mei, O., Khasanah, N., Fannya, P., Indawati, L., Putra, D. H., Studi, P., Medis, R., & Kesehatan, I. (2023). Tinjauan Proses Klaim Bpjs Kesehatan Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sukapura Jakarta Utara Tahun 2021. *Journal of Innovation Research and Knowledge*, *3*(3).

Pemerintah RI. (2011). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Pratama, A., Fauzi, H., Nur Indira, Z., & Purnama Adi, P. (2023). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI), 8(1), 124–134.

Permenkes No. 3. (2023). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan
Program Jaminan Kesehatan. Menteri Kesehatan RI, 1–721

Santiasih, W. A. Dkk. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan. 7(2).

Sari, N. W. A., & Hidayat, B. (2023). Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pelayanan BPJS di Era JKN. Medicina, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, 54(1), 5–9.

Syifa Mukaromah, & Syaikhul Wahab. (2024). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Jalan Guna Menunjang Kelancaran Pembayaran Pelayanan Kesehatan Di RSUD Kota Bandung. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 8.