

**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENDING
KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT JALAN
DI RSUD TEMANGGUNG**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Guna Memperoleh Gelar Ahli
Madya Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (A.Md.RMIK)



**Oleh :
FADHILA AL AINA
NIM : 1202301056**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III
REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
AKADEMI KESEHATAN MUHAMMADIYAH
TEMANGGUNG**

2026

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENDING KLAIM
BPJS KESEHATAN RAWAT JALAN DI
RSUD TEMANGGUNG**

Oleh :

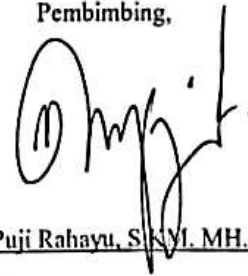
FADHILA AL AINA

NIM. 1202301056

Telah disetujui untuk dilaksanakan ujian pada tanggal 22 Mei 2026 dan dinyatakan telah memenuhi syarat.

Temanggung, 9 Mei 2026

Pembimbing,



Nanik Puji Rahayu, S.Kyl. MH.Kes

NIDN : -

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT JALAN DI RSUD TEMANGGUNG

Oleh :

FADHILA AL AINA

NIM. 1202301056

Telah dilakukan Seminar Hasil dan diperbaiki sesuai saran penguji.

Susunan Dewan Penguji

Nanik Puji Rahayu, S.KM., MH. Kes

()

Min Adadiyah, S.KM., M.PH

()

Yuni Indrawati, S.SiT., S.KM., M.A.N

()

Temanggung, 30. Mei 2026

Ketua Prodi RMIK



Ayu Fadhila, S.KM., M.K.M
NIDN : -

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini, :

Nama : Fadhila Al Aina
NIM : 1202301056
Program Studi : DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Faktor Yang Mempengaruhi Pending Klaim
BPJS Kesehatan Rawat Jalan Di RSUD
Temanggung

Dengan ini menyatakan hasil karya saya sendiri, tidak mengandung plagiat dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan mengikuti tata cara dan etika penulisan karya ilmiah yang benar. Segala sesuatu yang berkaitan dengan pelanggaran seperti yang dinyatakan di atas, sepenuhnya menjadi tanggung jawab penulis.

Temanggung, 9 Mei 2026

Penulis,



Fadhila Al Aina

NIM : 1202301056

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat, hidayah, dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Faktor Yang Mempengaruhi Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung” yang menjadi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan di Akademi Kesehatan Muhammadiyah Temanggung.

Penulis menyadari bahwa berbagai kesulitan dan rintangan dalam proses perkuliahan hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan dapat terlewati tanpa adanya doa, motivasi, serta bantuan tulus dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Allah SWT atas segala nikmat kesehatan serta petunjuk dan kemudahan yang diberikan, sehingga penulis diberikan kemampuan untuk menuntaskan karya tulis ilmiah ini sesuai waktu yang ditentukan.
2. dr. Galih Herlambang, Sp.A, selaku Direktur Akademi Kesehatan Muhammadiyah Temanggung.
3. Nanik Puji Rahayu, S.KM. MH.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah mencurahkan waktu, dedikasi, dan kepercayaan dalam membimbing penulis. Terima kasih atas segala arahan, evaluasi, serta saran konstruktif yang telah diberikan hingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.

4. Yuni Indrawati, S.SiT., S.KM., M.A.N. dan Min Adadiyah, S.KM., M.PH selaku Wakil Direktur I dan Wakil Direktur II sekaligus tim penguji, yang telah memberikan arahan, masukan, dan bimbingan berharga selama proses Seminar Proposal hingga Seminar Hasil.
5. Ayu Fadhila, S.K.M., M.K.M, selaku Ketua Program Studi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Akademi Kesehatan Muhammadiyah Temanggung.
6. Instalasi Rekam Medis khususnya Unit Casemix RSUD Temanggung dan karyawan yang senantiasa membantu penulis dan bersedia membantu penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah dan memberikan ilmu, masukan, arahan serta bimbingan selama melakukan penelitian di RSUD Temanggung.
7. Kepada seluruh Dosen, Staf dan seluruh pihak yang telah membantu serta memberikan ilmu dan pembelajaran kepada penulis selama masa perkuliahan. Semoga ilmu yang diberikan bisa bermanfaat bagi penulis di masa yang akan datang.
8. Keluarga besar dan suami tercinta, terima kasih atas doa tulus yang tidak pernah putus, kasih sayang, serta dukungan tanpa syarat baik secara moral maupun material. Terima kasih atas kesabaran luar biasa dan motivasi yang senantiasa engkau berikan, yang telah menjadi energi serta pendorong utama bagi penulis dalam menyelesaikan perjalanan akademik hingga penyusunan karya tulis ilmiah ini.

9. Rekan-rekan Mahasiswa, yang senantiasa memberikan do'a, motivasi, serta semangat yang tiada henti kepada penulis.
10. *Special gratitude is extended to myself for the tenacity to endure until the completion of this work. Thank you for the sacrifices and the dedication of time. Surmounting these challenges is an achievement I hold in the highest regard.*

Temanggung, 8 Mei 2026

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Persetujuan Karya Tulis Ilmiah.....	ii
Halaman Pengesahan Karya Tulis Ilmiah	iii
Surat Pernyataan Keaslian Karya Tulis Ilmiah.....	iv
Kata Pengantar.	v
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar	xi
Daftar Lampiran.....	xii
Abstrak	viii
BAB I Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Keaslian Penelitian.....	7
BAB II Tinjauan Pustaka	10
2.1 Landasan Teori	10
2.2 Kerangka Teori	22
2.3 Pertanyaan Penelitian.....	26
BAB III Metode Penelitian.....	27
3.1 Jenis Penelitian.....	27
3.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian	28
3.2.1 Lokasi Penelitian.....	28
3.2.2 Waktu Penelitian.....	28
3.3 Subjek Dan Populasi Penelitian.....	29
3.3.1 Subyek Penelitian	29
3.3.2 Populasi Penelitian.....	29
3.4 Metode Pengumpulan Data	30

3.5 Instrumen Penelitian.....	31
3.6 Metode Pengolahan Dan Analisis Data.....	32
BAB IV Hasil Dan Pembahasan.....	34
4.1 Profil dan Gambaran Umum RSUD Kabupaten Temanggung	34
4.1.1 Struktur Organisasi RSUD Kabupaten Temanggung	35
4.2 Informan Penelitian	37
4.3 Hasil Penelitian	38
4.3.1 Input	41
4.3.2 Proses	58
4.3.3 Output	66
4.4 Pembahasan	74
BAB V Penutup	95
5.1 Kesimpulan	95
5.2 Saran	96
Daftar Pustaka	97
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	7
Tabel 4.1 Karakteristik Informan di RSUD Temanggung	37
Tabel 4.2 Rekapitan Klaim Pending Rawat Jalan pada Laporan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) Periode Januari-Juni Tahun 2025	39

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	26
Gambar 4.1 Struktur Organisasi RSUD Kabupaten Temanggung	35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.1 Surat Izin Studi Pendahuluan dari RSUD Temanggung

Lampiran 1.2 Surat Izin Penelitian dari RSUD Temanggung

Lampiran 1.3 Surat Keterangan Layak Etik dari RSUD Temanggung

Lampiran 1.4 Surat Pernyataan Peneliti

Lampiran 1.5 Lembar Informan Penelitian

Lampiran 1.6 Uji Turitin

Lampiran 1.7 Lembar Pedoman Wawancara

Lampiran 1.8 Reduksi Informan

Lampiran 1.9 Lembar Checklist Observasi

Lampiran 1.10 Observasi Proses Verifikasi Klaim

Lampiran 2.1 SPO Penanganan Berkas Klaim

Lampiran 2.2 Lembar Bimbingan Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 2.3 Dokumentasi

ABSTRAK

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT JALAN DI RSUD TEMANGGUNG

Fadhila Al Aina

*Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan AKMT
Jl. Gerilya No. 83 Dompon Kowangan Temanggung*

Abstrak

Asuransi kesehatan berperan penting dalam menjamin kepastian pendanaan pelayanan medis bagi masyarakat, sehingga pembiayaan kesehatan di rumah sakit diperoleh dari pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Berkas klaim yang tidak lengkap menyebabkan pending claim yang berdampak pada keterlambatan pembayaran. Studi pendahuluan di RSUD Temanggung ditemukan permasalahan pending klaim sejumlah 424 berkas. Tujuan penelitian dilakukan untuk menganalisis faktor penyebab pending klaim pasien rawat jalan BPJS Kesehatan di RSUD Temanggung berdasarkan aspek 4M serta mengetahui upaya penyelesaiannya. Metode yang digunakan adalah kualitatif deskriptif, dan pengumpulan data melalui wawancara, observasi, serta telaah dokumen terhadap populasi seluruh klaim rawat jalan yang mengalami pending pada periode Januari–Juni 2025 dengan teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan faktor penyebab *pending claim* meliputi faktor *man* terkait rasio beban kerja tidak seimbang karena volume klaim tinggi sehingga petugas mengalami *overload* dan memerlukan pengerjaan ulang (*re-work*). Faktor *material* berupa ketidaklengkapan atau belum terintegrasinya dokumen pendukung digital. Faktor *machine* berasal dari ketidakstabilan jaringan internet serta pemeliharaan sistem secara mendadak yang memengaruhi proses klaim. Sedangkan faktor *method* dan *output* terkait pelaksanaan SPO sudah baik, namun masih terdapat berkas klaim pending yang menjadikan piutang rumah sakit pada pihak penjamin.

Kata kunci : BPJS, Pending Klaim, Rawat Jalan

ABSTRACT

FACTORS INFLUENCING PENDING BPJS OUTPATIENT HEALTH CLAIM IN TEMANGGUNG HOSPITAL

Fadhila Al Aina

*Department of Medical Records and Health Information AKMT
Jl. Gerilya No. 83 Dompon Kowangan Temanggung*

Abstract

Health insurance has an important role in ensuring certainty of funding for medical services for the community, so that health financing in hospitals is obtained from claim payments by BPJS Health. Incomplete claim files cause pending claims which impact payment delays. A preliminary study at Temanggung Regional Hospital found problems with pending claims totaling 424 files. The aim of this study was to analyze the factors causing pending claims from BPJS Health outpatients at Temanggung Regional Hospital based on the 4M aspects and determine efforts to resolve them. The method used is descriptive qualitative, and data collection through interviews, observation and document review of the population of all pending outpatient claims in the period January–June 2025 using a purposive sampling technique. The research results show that the factors causing pending claims include human factors related to unbalanced workload ratios due to high claim volumes so that officers experience overload and require re-work. Material factors include incomplete or not yet integrated digital supporting documents. Machine factors come from internet network instability and sudden system maintenance which affects the claims process. While the method and output factors related to SPO implementation are good, however, claim suspensions persisted, turning into the hospital's accounts receivable from the payer.

Keywords: *BPJS, Pending Claims, Outpatient*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah salah satu institusi layanan kesehatan yang berfungsi sebagai penyedia perawatan medis tingkat lanjut dan berperan penting dalam mendukung pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional yang dikelola oleh BPJS. Tanggung jawab BPJS mencakup pemberian manfaat dan pembiayaan layanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam program Jaminan Sosial.

Rumah sakit adalah salah satu institusi layanan kesehatan yang berfungsi sebagai penyedia perawatan medis tingkat lanjut dan berperan penting dalam mendukung pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional yang dikelola oleh BPJS. Tanggung jawab BPJS mencakup pemberian manfaat dan pembiayaan layanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam program Jaminan Sosial.

Program jaminan kesehatan ini sejalan dengan prinsip dasar dalam ajaran Islam, yaitu tolong-menolong dalam kebaikan (ta'awun), sebagaimana firman Allah SWT dalam Al-Qur'an : *"Dan tolong-menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebajikan dan takwa, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan pelanggaran. Dan bertakwalah kamu kepada Allah, sesungguhnya Allah amat berat siksa-Nya."* (QS. Al-Ma'idah [5]: 2)

Oleh karena itu, rumah sakit yang telah memberikan layanan kesehatan kepada pasien akan mendapatkan kompensasi finansial berupa klaim atau tagihan dari BPJS Kesehatan.

Klaim BPJS merupakan proses pengajuan biaya perawatan yang telah diberikan kepada pasien peserta BPJS oleh rumah sakit, yang dilakukan secara teratur setiap bulan. Dalam sistem pembayaran klaim, BPJS Kesehatan menggunakan tarif paket berdasarkan pada Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs). Untuk mengajukan klaim, rumah sakit harus menyertakan resume medis yang mencantumkan diagnosis sesuai dengan ICD 10 atau tindakan dengan ICD 9 CM, yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), serta Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan dokumen pendukung lainnya untuk kasus tertentu (Kemenkes RI, 2021).

Kelengkapan dokumen klaim BPJS di rumah sakit mencakup berbagai berkas penting, seperti rekapitulasi pelayanan serta dokumen pendukung pasien. Dokumen tersebut meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, keterangan diagnosis dari dokter yang merawat, dan bukti pelayanan lainnya. Setelah pengajuan, BPJS akan memproses klaim untuk dokumen yang memenuhi syarat. Namun, jika ada berkas yang tidak memenuhi kriteria atau masih dalam status pending, dokumen tersebut akan dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali. Hal ini bertujuan agar berkas yang tidak lengkap dapat dilengkapi dan diajukan kembali untuk proses klaim.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Temanggung merupakan salah satu instansi pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh pemerintah daerah. Rumah

Sakit Umum Daerah (RSUD) Temanggung sebagai rumah sakit di Kabupaten Temanggung terakreditasi paripurna dan merupakan rumah sakit tipe B dan juga termasuk rumah sakit yang besar di wilayah Kabupaten Temanggung, sehingga perkiraan memiliki banyak variasi kasus yang terkait dengan judul yang peneliti ajukan.

Pokok permasalahan yang akan disajikan adalah adanya pending klaim yang terjadi di rumah sakit. Kejadian pending klaim dapat terjadi karena berbagai faktor diantaranya, pengelolaan klaim secara keseluruhan dipengaruhi oleh sinergi antara kesiapan sumber daya manusia, kelengkapan dokumen, dan keandalan sistem teknologi. Meskipun tenaga pelaksana telah memiliki kompetensi yang sesuai, tantangan utama tetap muncul dari beban kerja yang tinggi serta integrasi data antar-unit yang belum sepenuhnya optimal. Kendala teknis pada jaringan dan pemeliharaan sistem digital juga turut menjadi faktor penghambat dalam proses verifikasi. Oleh karena itu, diperlukan koordinasi yang kuat dan evaluasi berkelanjutan untuk memastikan kelancaran operasional dan ketepatan waktu pengiriman klaim.

Selain itu, keterbatasan integrasi pada sistem informasi dapat memperlambat proses administrasi, sehingga mengakibatkan penundaan pembayaran yang seharusnya diterima oleh rumah sakit. Ketidaksinkronan data ini mengakibatkan adanya kerja ulang (*re-work*) oleh petugas di tengah tanggung jawab mengelola klaim yang sedang berjalan, yang secara tidak langsung meningkatkan beban kerja dan risiko ketidaktepatan dalam sinkronisasi diagnosis.

Penelitian ini sejalan dengan (Putri et al, 2025) sebelumnya di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung hasil yang diperoleh terkait *machines* yaitu sistem informasi yang tidak terintegrasi dengan baik, dan kendala teknis seperti error pada sistem SIMRS, keterlambatan input data, gangguan saat sistem *v-claim* BPJS dalam pemeliharaan, serta lambatnya respons dari pihak BPJS masih sering terjadi. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun sistem telah beroperasi, masih ada rintangan teknis yang bisa mengganggu kelancaran proses klaim BPJS.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan peneliti di RSUD Temanggung terhadap klaim pending BPJS rawat jalan pada laporan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) klaim periode Januari-Juni 2025 terdapat sejumlah berkas yang terjadi pending klaim. Jika permasalahan pending klaim ini tidak segera diselesaikan, maka dapat mempengaruhi stabilitas keuangan rumah sakit serta efektivitas layanan kesehatan yang disediakan.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Sari & Hidayat, 2023) dalam (Putri & Novratilova, 2025) bahwa pending klaim BPJS adalah kondisi dimana berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan dikembalikan, sehingga seluruh pembayaran pelayanan kesehatan pasien belum dapat dibayarkan. Klaim yang tertunda dapat menjadikan piutang rumah sakit pada pihak penjamin.

Klaim BPJS Kesehatan yang tertunda sering kali disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen pendukung digital, seperti hasil pemeriksaan penunjang atau bacaan radiologi yang belum terinput ke dalam sistem, serta

kendala pada kesinambungan data episode perawatan. Di RSUD Temanggung, masalah ini menyebabkan keterlambatan dalam pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan, yang berdampak pada keuangan rumah sakit. Hal ini juga menjadikan piutang rumah sakit pada pihak penjamin. Guna meningkatkan efektivitas pelayanan dan kesehatan finansial institusi, penting untuk mengurangi jumlah klaim tertunda dengan menganalisis faktor penyebabnya secara mendalam. Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti mempunyai keinginan untuk mengetahui lebih lanjut terkait “Faktor Yang Mempengaruhi Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dikemukakan maka rumusan masalah pada penelitian ini yaitu apa saja faktor yang dapat berpengaruh pada klaim pending BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung?

1.3 Tujuan Penelitian

a. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor penyebab klaim pending BPJS Kesehatan pada rawat jalan di RSUD Temanggung.

b. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan pada rawat jalan di RSUD Temanggung berdasarkan aspek 4M (*Man, Money, Method, Material*)

2. Untuk mengetahui proses penyelesaian klaim pending pada rawat jalan di RSUD Temanggung.

1.4 Manfaat Penelitian

a. Manfaat Bagi Institusi

Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan serta memberikan informasi mengenai faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan di RSUD Temanggung, yang akan bermanfaat bagi mahasiswa D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan dan dapat dijadikan sebagai bahan pustaka untuk kepentingan penelitian selanjutnya.

b. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Diharapkan penelitian ini akan membantu rumah sakit meningkatkan layanan dengan selalu melakukan evaluasi rutin untuk membahas kendala-kendala yang terjadi saat melakukan klaim BPJS di RSUD Temanggung guna menciptakan efektivitas kerja dan kepuasan pasien.

c. Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini dilakukan sebagai syarat untuk memenuhi tugas akhir Karya Tulis Ilmiah (KTI) dan bermanfaat untuk menambah informasi serta wawasan penulis mengenai faktor penyebab pending klaim BPJS di RSUD Temanggung.

1.5 Keaslian Penelitian

Pernyataan mengenai tinjauan penelitian sebelumnya mencakup identifikasi perbedaan antara penelitian yang akan dilakukan dan penelitian terdahulu. Perbedaan ini dapat mencakup penerapan teori dalam konteks tertentu, populasi yang diteliti, desain penelitian, rancangan studi, instrumen penelitian, atau teknik analisis data yang digunakan.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No.	Judul	Persamaan	Perbedaan
1.	Analisis Data Dan Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Guna Menunjang Ke Efektivitasan Pengklaiman Di RSUD Kota Bandung Tahun 2024. Salina dan Syaikhul Wahab (2024)	• Penelitian kualitatif deskriptif. • Meneliti dari unsur <i>method</i>, <i>material</i>, <i>man</i>, <i>machine</i>. • Data primer dan sekunder. Data primer diambil dari hasil wawancara, sementara data sekunder mencakup syarat-syarat klaim, Standar Operasional Prosedur klaim, alur klaim, serta data atau berkas penunjang klaim BPJS Kesehatan.	• Penelitian sebelumnya, meneliti pending klaim BPJS Rawat Inap di RSUD Kota Bandung. Peneliti meneliti pending klaim BPJS Rawat Jalan di RSUD Temanggung. • Penelitian sebelumnya menggunakan teori fishbone diagram menggunakan 4 M dan 1 E yaitu <i>methode</i>, <i>material</i>, <i>man</i>, <i>machine</i> dan <i>environment</i>. Sedangkan penelitian ini menggunakan teori Harrington Emerson menggunakan unsur 5M dan prinsip input, proses, output. • Subjek penelitian • Teknik sampel • Durasi pengambilan

2. Tinjauan Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap Di RSUP Dr. Hasan Sadikin. (Herman et al, 2020)	• Penelitian kualitatif deskriptif. • Unsur 5M ((<i>man</i>, <i>money</i>, <i>material</i>, <i>machine</i>, dan <i>method</i>)	• Penelitian sebelumnya, meneliti pending klaim BPJS Rawat Inap di RSUP Dr. Hasan Sadikin. Peneliti meneliti pending klaim BPJS Rawat Jalan di RSUD Temanggung. • Subjek Penelitian • Teknik sampel • Durasi Pengambilan
3. Analisis Penyebab Keterlambatan Verifikasi Klaim BPJS Pada Pembiayaan Pasien di Rumah Sakit Umum Mitra Paramedika (Yuli et al., 2022)	• Penelitian kualitatif deskriptif. • Meneliti dari unsur <i>method</i>, <i>man</i>, <i>material</i>, <i>machine</i>.	• Penelitian sebelumnya menggunakan teori fishbone diagram menggunakan 5 M dan 1 E yaitu <i>method</i>, <i>material</i>, <i>man</i>, <i>machine</i>, <i>measurement</i>, dan <i>environment</i>. Sedangkan penelitian ini menggunakan teori Harrington Emerson menggunakan unsur 5M dan prinsip input, proses, output. • Subjek penelitian • Teknik sampel • Durasi pengambilan • Lokasi penelitian
4. Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung (Putri et al, 2025)	• Penelitian kualitatif deskriptif.	• Penelitian sebelumnya, meneliti pending klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung

	• Unsur 5M (<i>man, money, material, machine, dan method</i>)	• Peneliti meneliti pending klaim BPJS Rawat Jalan di RSUD Temanggung. • Subjek Penelitian • Teknik sampel • Durasi Pengambilan
5. Analisis Faktor Penghambat Pengajuan Klaim BPJS Rawat Inap di RSUD Majenang Tahun 2023 (Putri, 2025),	• Unsur 5M (<i>man, money, material, machine, dan method</i>)	• Metode penelitian sebelumnya menggunakan desain deskriptif kuantitatif kualitatif. Sementara penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif deskriptif. • Penelitian sebelumnya, meneliti pending klaim BPJS Rawat Inap di RSUD Majenang. Peneliti meneliti pending klaim BPJS Rawat Jalan di RSUD Temanggung. • Subjek Penelitian • Teknik sampel • Durasi Pengambilan

Sumber : Salina dan Syaikhul Wahab, (2024), Herman et al., (2020),
(Yuli et al., 2022), (Putri et al, 2025), (Putri, 2025)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

2.1.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan kesehatan menyeluruh dan paripurna bagi masyarakat, meliputi pelayanan kesehatan perorangan mulai dari rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Rumah Sakit Umum adalah tempat yang memberikan layanan kesehatan secara lengkap untuk semua jenis penyakit. Peran Rumah Sakit Umum sangat penting dalam sistem kesehatan, karena mampu menangani berbagai masalah kesehatan masyarakat, yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. (Permenkes No.3, 2020)

Fungsi utama rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara komprehensif melalui integrasi berbagai aktivitas pelayanan medis yang saling terkait. Untuk menjalankan fungsi tersebut secara efektif, lembaga kesehatan profesional ini mengandalkan sinergi dari para tenaga medis, keperawatan, serta profesional kesehatan lainnya dalam satu kesatuan sistem.

2.1.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

2.1.2.1 Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah lembaga hukum nirlaba yang menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia. Berdasarkan Pasal 3, lembaga ini bertujuan memberikan perlindungan dan kesejahteraan bagi seluruh rakyat guna memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Tujuan ini dicapai melalui sistem jaminan sosial nasional yang terintegrasi, berkelanjutan, serta berlandaskan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, akuntabilitas, dan portabilitas (Undang-Undang No. 24 Tahun, 2011).

2.1.2.2 Tugas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Sesuai dengan UU Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 10, BPJS memiliki tugas sebagai berikut :

- a. Melaksanakan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
- b. Memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
- c. Menerima Bantuan Iuran yang diberikan oleh Pemerintah;
- d. Mengelola Dana Jaminan Sosial demi kepentingan Peserta;
- e. Mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
- f. Membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial;

- g. Memberikan informasi tentang penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat

2.1.2.3 Wewenang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Berdasar Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 11, BPJS memiliki wewenang untuk :

- a. Menagih pembayaran Iuran;
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- d. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. Mengenaikan sanksi administratif kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- g. Melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar

Iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan

- h. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

2.1.3 Sistem INA-CBGs

1) Pengertian Sistem INA-CBGs

Indonesia Case Based Groups (INA-CBGs) merupakan mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang berbasis pada pengelompokan kasus atau diagnosis (*casemix*). Melalui sistem ini, BPJS Kesehatan menetapkan tarif pembayaran berdasarkan kelompok kasus tertentu, sebagai alternatif dari sistem akumulasi tindakan medis (*fee-for-service*). Implementasi pola pembayaran ini bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pengelolaan anggaran jaminan kesehatan, serta menjamin keberlanjutan mutu pelayanan yang optimal.

2) Struktur INA-CBGs

Struktur dasar INA-CBGs bersumber pada pengelompokan pasien ke dalam *Case Main Group* (CMG). Kelompok ini kemudian diintegrasikan dengan variabel klinis dan demografis pasien meliputi diagnosis, prosedur, usia, jenis kelamin, dan *severity level* untuk menghasilkan kode spesifik penentu tarif paket pelayanan.

2.1.4 Klaim

2.1.4.1 Pengertian Klaim

Klaim BPJS merupakan proses pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Pengajuan ini dilakukan secara kolektif setiap bulan, paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. (Permenkes No 28, 2014) Agar proses penggantian biaya berjalan lancar, pengajuan klaim wajib menyertakan kelengkapan berkas persyaratan, termasuk bukti pelayanan dan dokumen rekam medis sesuai dengan prosedur verifikasi yang berlaku.

2.1.4.2 Tujuan Klaim

Tujuan utama klaim asuransi adalah memberikan perlindungan finansial kepada pemegang polis dengan menggantikan biaya kerugian, seperti perbaikan atau pengobatan akibat suatu peristiwa. Selain itu, proses klaim ini berfungsi sebagai pemenuhan kewajiban dan hak antara perusahaan asuransi dan nasabah sesuai dengan perjanjian polis yang telah disepakati.

2.1.4.3 Berkas klaim

Berkas klaim rawat jalan di rumah sakit merupakan dokumen administrasi asli atau hasil proses digital yang berisi informasi kepesertaan, investigasi, dan penyelesaian klaim.

Untuk pengajuan jaminan BPJS Kesehatan, dokumen wajib yang harus dipersyaratkan meliputi KTP, Kartu BPJS, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), dan surat rujukan. Selain berkas administrasi, fasilitas kesehatan wajib melampirkan berkas medis lengkap yang mencakup rekam medis rawat jalan, hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, diagnosis, rencana terapi, resep, serta nama dan tanda tangan dokter penanggung jawab. Dokumen pendukung lain seperti rincian biaya dan hasil pemeriksaan penunjang juga harus disertakan guna memastikan kelancaran proses verifikasi.

2.1.4.4 Pengajuan Berkas Klaim

Pengajuan klaim merupakan proses permohonan hak tanggungan biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Secara rutin, Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) berkewajiban mengajukan klaim kolektif secara berkala setiap bulan, selambat-lambatnya pada tanggal 10 bulan berikutnya. Namun, berdasarkan Peraturan BPJS No. 7 Tahun 2018, batas waktu maksimal pengajuan klaim menggunakan sistem INA-CBGs adalah paling lambat 6 bulan setelah pelayanan selesai, yang berlaku sebagai masa dispensasi atau kedaluwarsa khusus. Pengajuan ini wajib dilakukan dengan melampirkan berkas elektronik valid, seperti luaran e-Klaim, SEP, resume

medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), serta bukti pendukung lainnya.

Pihak BPJS Kesehatan memiliki waktu maksimal 10 hari untuk menerbitkan bukti penerimaan dokumen kepada rumah sakit sejak berkas dikirimkan. Selanjutnya, BPJS Kesehatan wajib menyelesaikan pembayaran klaim tersebut dalam waktu paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen dinyatakan lengkap dan lolos verifikasi.

2.1.4.5 Prosedur Verifikasi Berkas Klaim Berbasis INA-CBGs

Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 mengatur tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional, fasilitas kesehatan perlu memperhatikan proses verifikasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan atas pelayanan yang telah diberikan. Proses verifikasi ini meliputi beberapa tahap, yaitu :

- 1) Pemeriksaan berkas meliputi kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang diajukan.

Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat jalan meliputi :

- a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

b) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).

c) Pada kasus tertentu yang memerlukan pembayaran klaim di luar INA-CBG, faskes wajib melampirkan tambahan bukti pendukung yang meliputi resep alat kesehatan serta tanda terima alat bantu kesehatan seperti kacamata, alat bantu dengar, atau alat bantu gerak. (Peraturan BPJS Kesehatan No 7, 2018)

2) Tahap verifikasi administrasi klaim meliputi :

a) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA-CBGs.

b) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan meliputi pencocokan kesesuaian, kelengkapan, dan keabsahan berkas klaim dengan dokumen yang dipersyaratkan. Apabila ditemukan ketidaksesuaian, berkas akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi. Selain itu, verifikator juga harus memastikan kesesuaian antara tindakan operasi dengan

spesialisasi dokter operator berdasarkan surat bukti kewenangan medis tertulis dari Direktur Rumah Sakit, serta melakukan konfirmasi lebih lanjut apabila diperlukan.

2.1.4.6 Pending Klaim

A. Pengertian Pending Klaim

Klaim Pending adalah pengembalian klaim yang terjadi ketika belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) terkait kaidah koding dan aspek medis, yang dikenal sebagai dispute klaim. Penyelesaian klaim pending ini harus dilakukan sesuai dengan ketentuan yang dengan menetapkan prosedur dan mekanisme untuk menyelesaikan sengketa klaim agar dapat memastikan pelayanan kesehatan yang tepat dan efisien. (Perdir BPJS No 19, 2023)

Penyebab klaim pending muncul dari berbagai faktor, termasuk berkas tidak lengkap, kesalahan dalam pengkodean diagnosis tindakan atau ketidaktepatan dalam koding, kurangnya pemeriksaan penunjang, atau ketidaksesuaian dalam dokumen medis yang diajukan.

B. Faktor Penyebab Pending Klaim

Faktor penyebab pending klaim BPJS antara lain :

1) Faktor medis

Berdasarkan Permenkes 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, resume medis (*discharge summary*) adalah laporan klinis yang disusun oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) pada akhir perawatan pasien mencakup ringkasan keseluruhan proses perawatan (Kemenkes RI, 2022).

Ringkasan pulang ini setidaknya harus mencakup :

- a. Identitas pasien
- b. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang
- c. Diagnosis, pengobatan, serta rencana tindak lanjut pelayanan Kesehatan
- d. Nama dan tanda tangan Tenaga Kesehatan pemberi pelayanan kesehatan.

Adapun kegunaan resume medis menurut Direktorat Jendral Pelayanan Medis adalah sebagai berikut :

- a) Untuk mengetahui jenis pemeriksaan yang dilakukan pada pasien selama perawatan, termasuk pemeriksaan laboratorium, rontgen, fisik, dan lainnya
- b) Untuk memahami pengobatan medis atau operasi yang telah diberikan, serta untuk menentukan apakah

pasien mengalami komplikasi atau merupakan pasien konsultasi.

- c) Untuk mengevaluasi kondisi pasien saat keluar, apakah pasien memerlukan perawatan lanjutan, sudah sembuh total, atau telah meninggal.

2) Faktor koding

Menurut Permenkes Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) Versi Tahun 2010 yang diterbitkan oleh WHO serta memberikan kode tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9-CM (*International Classification of Diseases Revision Clinical Modification*) Versi Tahun 2010. Koding ini sangat penting dalam sistem pembiayaan prospektif yang memengaruhi biaya yang dibayarkan ke FKRTL. Dalam INA-CBGs, koding mengikuti aturan morbiditas, menggunakan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan. Tujuan dari koding adalah untuk menyamakan penamaan dan kategori penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang memengaruhi kesehatan. Sumber

data untuk koding dalam INA-CBGs berasal dari resume medis yang mencakup data diagnosis dan tindakan. Ketepatan koding sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBGs (Kemenkes RI, 2021).

3) Faktor administrasi

Berdasarkan penelitian dari Irmawati dkk (2018) terdapat dua faktor antara lain :

a) Faktor administrasi kepesertaan

Dilaksanakan dengan melihat sesuai atau tidak sesuainya data SEP dengan data yang diinputkan pada sistem *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) pada lembar individual pasien dengan data berkas pendukung klaim rawat jalan.

b) Faktor administrasi pelayanan

Kesesuaian administrasi pelayanan berkas klaim rawat jalan dilaksanakan dengan melihat sesuai atau tidaknya data dalam berkas klaim rawat jalan dengan ketentuan yang menjadi syarat diterimanya oleh BPJS Kesehatan.

2.2 Kerangka Teori

Menurut (Donabedian, 2005), penilaian terhadap kualitas pelayanan kesehatan dilakukan dengan tiga pendekatan, yaitu input (masukan), proses, dan hasil (output). Penting untuk memiliki manajemen yang baik dalam penilaian ini, karena manajemen mencakup serangkaian kegiatan seperti pengaturan, perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian. Tujuan dari manajemen adalah untuk mencapai sasaran dengan memanfaatkan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi. Untuk mencapai tujuan tersebut, diperlukan 5 unsur manajemen atau sarana manajemen diantaranya : *man, money, material, machine, dan methode* (Shofiarini et al, 2023)

Adapun unsur-unsur manajemen menurut Moony James D. (1954) dalam buku (Cahyadi et al, 2022) menghadirkan perspektif tentang elemen-elemen yang ada dalam manajemen dengan cara yang lebih singkat, mencakup elemen material dan peralatan sebagai bagian dari kategori fasilitas. Dengan demikian, ia berpendapat bahwa elemen manajemen hanya terdiri dari :

- 1) *Man* (manusia/orang) Unsur pertama dan paling penting dalam manajemen adalah manusia. Moony menekankan bahwa manusia adalah jantung dari setiap organisasi.
- 2) *Facilities* (fasilitas) Moony James D. (1954) dalam buku (Cahyadi et al, 2022) mengemukakan pandangan mengenai unsur unsur yang terkandung

dalam manajemen secara lebih ringkas, dengan memasukkan unsur material dan mesin ke dalam istilah fasilitas.

- 3) *Methods* (metode/cara) Metode mengacu pada proses, prosedur, dan sistem yang digunakan dalam organisasi untuk mencapai tujuan.

Berdasarkan Phiffner John F. dan Presthus Robert V. (1960) mengutip pendapat Harrington Emerson dalam buku (Cahyadi et al, 2022), yang akan dijadikan dalam kerangka teori terdapat lima unsur utama dalam manajemen berdasarkan konsep yang dikenal dengan 5M (*Man, Money, Materials, Machines, dan Methods*) dan dilengkapi dengan konteks penelitian terdahulu mengenai keterlambatan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit diantaranya :

1. *Man* (manusia) : Sumber daya manusia yang terlibat, termasuk kualifikasi, pelatihan, dan keterampilan individu.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Salina, terkait *man* ditinjau dari kompetensi yang dimiliki pekerja, seperti seluruh petugas casemix berlatar belakang pendidikan rekam medis, namun terdapat ketidaktepatan petugas dalam mengkode diagnosa dan tindakan menyebabkan klaim yang diajukan berstatus pending akibat ketidakakuratan dan selisih persepsi antara koder dan verifikator BPJS Kesehatan. (Wahab & Salina, 2024).

2. *Money* (uang) : sumber daya keuangan yang digunakan untuk mendukung operasi dan pengembangan organisasi.

Hasil penelitian (Herman et al, 2020) terkait *money* adalah biaya kerugian yang ditimbulkan atau disebabkan oleh banyaknya berkas klaim rawat inap

yang mengalami keterlambatan. Bagian casemix di RSHS Bandung tidak memiliki hak akses untuk mengetahui bagian keuangan rumah sakit, sehingga tidak dapat mengetahui jumlah kerugian akibat klaim pending yang diterima oleh rumah sakit.

3. *Material* (bahan) : Bahan baku atau komponen yang digunakan, di mana kualitas dan ketersediaannya memengaruhi efisiensi.

Hasil penelitian (Yuli et al., 2022) terkait *material* adalah dikarenakan terdapat kekurangan dalam pengisian berkas. Diantaranya berkas yang tidak lengkap yaitu tidak adanya pemeriksaan penunjang, laporan operasi, sehingga menyebabkan saat proses klaim ke BPJS ini kerap terjadi pending klaim atau klaim yang ditunda oleh BPJS.

4. *Machine* (mesin) : Peralatan dan teknologi yang digunakan dalam proses, di mana kinerja dan pemeliharaannya berpengaruh pada hasil.

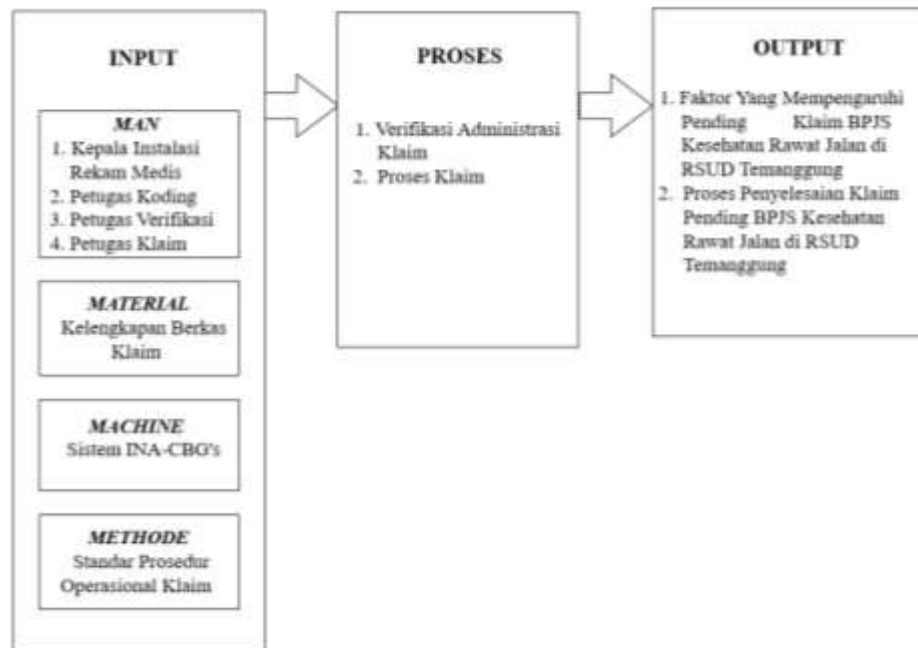
Hasil penelitian dari (Putri et al, 2025) terkait *machines* yaitu kendala teknis seperti error pada sistem SIMRS, keterlambatan input data, gangguan saat sistem *v-claim* BPJS dalam pemeliharaan, serta lambatnya respons dari pihak BPJS masih sering terjadi. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun sistem telah beroperasi, masih ada rintangan teknis yang bisa mengganggu kelancaran proses klaim BPJS.

5. *Methode* (metode) : Prosedur dan cara kerja yang diadopsi, termasuk standar operasional dan kebijakan. Berdasarkan penelitian (Putri, 2025), terkait *method* bahwa RSUD Majenang belum memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) khusus untuk pengajuan klaim BPJS, yang masih

mengacu pada regulasi dan panduan dari BPJS Kesehatan. Ketidakadaan prosedur operasional yang baku dapat menyebabkan perbedaan dalam pelaksanaan antar unit, yang berpotensi menimbulkan ketidakkonsistenan dalam pengajuan klaim serta mengakibatkan kesalahan atau penolakan klaim oleh BPJS.

Teknik yang diterapkan dalam kerangka teori ini berfokus pada penilaian bagaimana komponen bekerja sama sebagai suatu sistem untuk menghasilkan keluaran. Cara yang paling umum untuk menerapkan model sistem adalah dengan membuat diagram yang menggambarkan masukan (input), proses, dan keluaran (hasil) dalam kegiatan pelayanan kesehatan (PAMJAKI, 2014).

- 1) *Input* adalah sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan suatu kegiatan atau proses, yang meliputi tenaga ahli (*man*), dana (*money*), sarana dan prasarana (*material*), teknologi sistem (*machine*), serta prosedur yang telah ditetapkan yaitu Standar Prosedur Operasional (*method*).
- 2) Proses adalah rangkaian kegiatan dan tugas yang mengubah masukan (*input*) menjadi produk atau jasa, seperti melaksanakan proses pengaturan, perencanaan, pengarahan, dan pengendalian.
- 3) *Output* merupakan hasil dari proses dalam mencapai tujuan, yang diperoleh melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien.



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Donabedian (2005), Harrington Emerson dalam
Phiffner John F. dan Presthus Robert V. (1960)

2.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana faktor-faktor yang mempengaruhi pengajuan klaim terhadap status pending klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung dalam unsur 4M (*man, material, machine, dan methode*)?
2. Bagaimana proses penyelesaian klaim pending BPJS Kesehatan pada rawat jalan di RSUD Temanggung?

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan ialah bersifat deskriptif kualitatif dengan pendekatan identifikasi permasalahan menggunakan konsep input, process, dan output. Melalui pendekatan ini, peneliti dapat menggali informasi mendalam mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pending klaim BPJS Kesehatan pada Rawat Jalan dan proses penyelesaian klaim yang diajukan oleh RSUD Temanggung tersebut dikembalikan lagi atau ditunda pembayaran oleh pihak BPJS Kesehatan.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dan pengumpulan data berupa :

- a. Proses wawancara dilakukan menggunakan alat perekam dan catatan suara (*note voice*).
- b. Observasi dilaksanakan dengan menggunakan lembar observasi sebagai alatnya.
- c. Telaah dokumen menggunakan catatan lapangan, dan disajikan dalam bentuk tabulasi.

Wawancara, menurut Tersiana (2018:12) dalam ('Aida, 2022), merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan melalui proses tanya jawab langsung antara peneliti dan subjek yang terlibat dalam penelitian terkait objek yang sedang diteliti.

Menurut (Sugiyono, 2018) Observasi adalah teknik pengumpulan data yang memiliki karakteristik lebih khusus dibandingkan dengan teknik lainnya seperti wawancara dan kuesioner. Dengan istilah lain, observasi adalah kemampuan individu untuk memanfaatkan pengamatan melalui hasil kerja pancaindra. Studi dokumentasi (telaah dokumen) berfungsi sebagai pelengkap untuk metode observasi dan wawancara dalam penelitian kualitatif, menurut Sugiyono (2017:240) dalam (Prawiyogi et al., 2021)

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Unit Casemix, Instalasi Rekam Medis RSUD Temanggung merupakan unit dan instalasi yang bertanggung jawab dalam pengelolaan data dan informasi terkait klaim BPJS Kesehatan.

3.2.2 Waktu penelitian

Waktu studi pendahuluan Desember 2025, dan waktu penelitian wawancara berlangsung Februari hingga Maret 2026. Pemilihan waktu ini dilakukan untuk mendapatkan data yang relevan dan terkini mengenai proses klaim yang sedang berlangsung, serta untuk memastikan bahwa informasi yang diperoleh dapat digunakan untuk memberikan rekomendasi perbaikan yang tepat.

3.3 Subjek dan Populasi Penelitian

3.3.1 Subyek Penelitian

Subyek dari penelitian ini adalah rekapan berkas klaim pending pada pasien rawat jalan di RSUD Temanggung periode Januari-Juni tahun 2025 dan beberapa petugas casemix instalasi RSUD Temanggung.

3.3.2 Populasi Penelitian

Populasi dari penelitian ini adalah berkas klaim keseluruhan pasien rawat jalan di RSUD Temanggung pada periode Januari-Juni tahun 2025 dan seluruh staff casemix Instalasi RSUD Temanggung.

Sampel ialah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh suatu populasi tersebut menurut Sugiyono (2018:118). Teknik yang digunakan dalam pengambilan sampel adalah *purposive sampling*, yaitu teknik penelitian sampel yang ditentukan oleh peneliti berdasarkan pengetahuan yang dimiliki terkait judul penelitian. Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah 1 orang petugas klaim, 2 orang petugas coding, 1 petugas verifikasi dan Kepala Instalasi Rekam Medis sebagai informan triangulasi dalam mengambil keputusan yang mengalami kendala dalam proses klaim BPJS Kesehatan pada periode Januari hingga Juni 2025.

3.4 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi :

1. Wawancara

Wawancara dilakukan secara langsung dengan subjek penelitian untuk mengumpulkan informasi tentang pengalaman mereka dalam mengelola klaim BPJS Kesehatan. Wawancara ini bersifat semi terstruktur, yang memungkinkan peneliti untuk mengeksplorasi lebih dalam jawaban dari responden sesuai dengan kebutuhan penelitian.

2. Observasi

Peneliti melakukan observasi langsung terhadap proses alur klaim, sistem informasi yang digunakan, serta kebijakan internal yang relevan. Observasi dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan gambaran nyata mengenai bagaimana proses klaim berlangsung dan mengidentifikasi faktor-faktor yang mungkin tidak terungkap dalam wawancara.

3. Telaah dokumen

Menurut Sugiyono (2017:240) dalam (Prawiyogi et al., 2021) menyatakan bahwa studi dokumentasi (telaah dokumen) berfungsi sebagai pelengkap untuk metode observasi dan wawancara dalam penelitian kualitatif. Peneliti menggunakan teknik dokumentasi (telaah dokumen) ketika mengumpulkan data karena dokumen memudahkan dalam memperoleh data yang dibutuhkan dari pusat penelitian, dan informasi dapat diverifikasi dengan lebih baik melalui wawancara yang disajikan dalam bentuk tertulis.

3.5 Instrumen Penelitian

1. Pedoman Wawancara

Peneliti menyusun pertanyaan wawancara yang mendalam, bertujuan untuk menggali faktor-faktor apa yang menyebabkan klaim pending BPJS Kesehatan rawat jalan di RSUD Temanggung berdasarkan unsur 4M (*man, material, machine, dan methode*).

2. Alat Perekam

Peneliti memanfaatkan ponsel untuk merekam wawancara dengan informan. Rekaman akan ditranskripsikan menjadi teks atau tulisan.

3. Lembar Observasi

Peneliti menggunakan lembar observasi untuk mengawasi unit yang diteliti, dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer yaitu data hasil wawancara. Data sekunder yaitu syarat-syarat klaim, Standar Operasional Prosedur klaim, alur klaim, dan data atau berkas penunjang klaim BPJS Kesehatan dengan menggunakan pedoman alur klaim di RSUD Temanggung.

4. Catatan lapangan

Catatan lapangan merupakan catatan pribadi yang ditulis berdasarkan pengamatan, pendengaran, serta pengalaman peneliti saat wawancara dengan informan selama proses penelitian.

5. Master Tabel

Master tabel merupakan tabel utama yang berfungsi sebagai pusat penyimpanan data mentah (jawaban responden atau hasil observasi) yang terstruktur dalam kolom (variabel) dan baris (responden atau kasus).

3.6 Metode Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif berdasarkan konsep yang diajukan oleh Miles dan Huberman serta Spradley, menurut (Sugiyono, 2013).

Proses analisis data meliputi beberapa langkah sebagai berikut :

1. Reduksi Data : Peneliti melakukan reduksi data dengan menyaring informasi dari hasil wawancara dan observasi. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan reduksi data berdasarkan wawancara dengan beberapa petugas rekam medis yang bertanggung jawab atas verifikasi BPJS di RSUD Temanggung dan melakukan observasi serta telaah dokumen.
2. Tabulasi : Tabulasi dalam penelitian ini dengan cara proses menyusun dan menampilkan data mentah dalam format tabel atau daftar terstruktur yang terdiri dari baris, kolom dan narasi, sehingga memudahkan pembacaan, analisis, dan interpretasi data tersebut.
3. Penyajian Data : Penyajian data dalam penelitian ini diperoleh melalui pengolahan hasil wawancara terhadap beberapa petugas Rekam Medis di bagian verifikasi, Kepala Instalasi Rekam Medis di RSUD Temanggung sebagai informan triangulasi dan observasi melalui data sekunder seperti

syarat-syarat klaim, Standar Operasional Prosedur klaim, alur verifikasi klaim, dan data atau berkas penunjang klaim BPJS Kesehatan.

4. Penarikan Kesimpulan : Setelah melakukan reduksi dan penyajian data, langkah terakhir adalah menarik kesimpulan. Dalam tahap ini, peneliti menganalisis data untuk memahami permasalahan yang ada dan mencari solusi yang tepat berdasarkan temuan penelitian yaitu tentang faktor yang mempengaruhi pending klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung menggunakan unsur 4 M (*man, material, machine, dan methode*).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Profil dan Gambaran Umum RSUD Kabupaten Temanggung

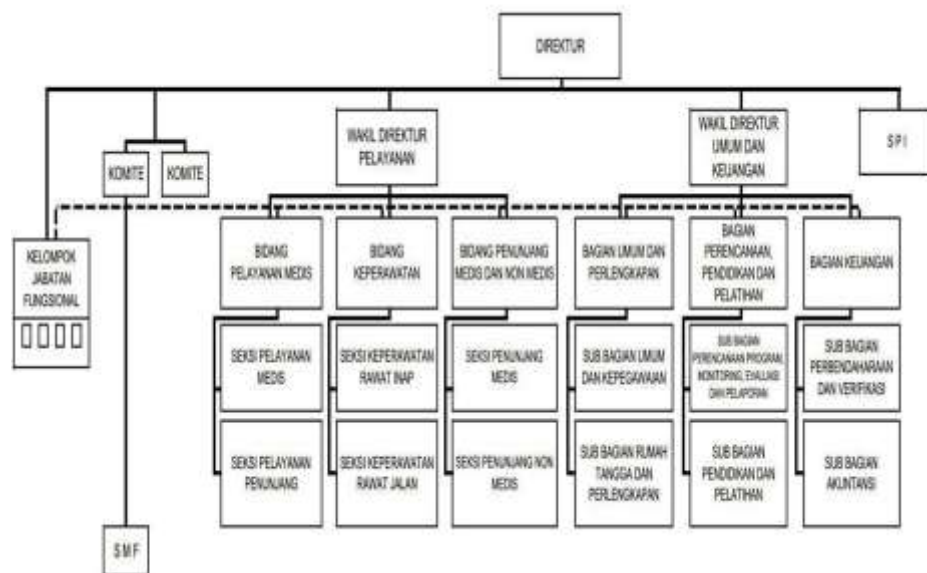
RSUD Kabupaten Temanggung merupakan institusi pelayanan kesehatan milik pemerintah yang didirikan sejak masa kolonial tahun 1907. Dalam perjalanannya, rumah sakit ini terus meningkatkan status kelembagaannya dari Kelas C pada tahun 1987 menjadi Kelas B pada 11 November 2013 untuk memenuhi standar layanan yang lebih tinggi. Perkembangan ini diperkuat oleh penerapan PPK-BLUD sejak tahun 2011 dan penetapannya sebagai Rumah Sakit Pendidikan pada 1 Agustus 2022 guna menyelaraskan praktik klinis dengan standar riset.

Rumah sakit beroperasi berdasarkan Peraturan Bupati Temanggung Nomor 28 Tahun 2019 di bawah pimpinan seorang Direktur dan dua Wakil Direktur dan membawahi bidang teknis serta komite fungsional seperti Komite Medis dan Satuan Pengawas Internal (SPI). Rumah sakit berhasil meraih Akreditasi Paripurna pada akhir 2023.

Dalam upaya mewujudkan visinya sebagai pusat layanan dan pendidikan kesehatan yang terpercaya, RSUD Kabupaten Temanggung fokus meningkatkan mutu pelayanan, profesionalisme SDM, dan tata kelola keuangan yang transparan. Berlandaskan motto "Kesembuhan dan Kepuasan Pasien Merupakan Kebahagiaan Kami", rumah sakit menjalankan tugas pokok menyelenggarakan pelayanan medis, keperawatan, penunjang, serta

sistem rujukan secara paripurna yang terintegrasi dengan fungsi pendidikan dan penelitian.

4.1.1 Struktur Organisasi RSUD Kabupaten Temanggung



Gambar 4.1 Struktur Organisasi RSUD Kabupaten Temanggung

Sumber : Unit Casemix RSUD Kabupaten Temanggung

Struktur Organisasi RSUD Kabupaten Temanggung diatur berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 28 Tahun 2019, yang dipimpin oleh seorang Direktur bersama dua Wakil Direktur (Pelayanan serta Umum dan Keuangan). Operasional rumah sakit dijalankan melalui tiga Bidang teknis (Pelayanan Medis, Keperawatan, Penunjang) dan tiga Bagian administrasi (Umum, Perencanaan, Keuangan), serta diperkuat oleh Satuan Pengawas Internal (SPI) dan enam Komite Spesialis guna menjaga mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Instalasi Rekam Medis di RSUD Kabupaten Temanggung dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi yang bertanggung jawab

memastikan seluruh operasional tata kelola data kesehatan pasien baik yang berbasis elektronik maupun fisik berjalan sesuai standar hukum dan akreditasi rumah sakit.

Pada lini depan pelayanan, unit pendaftaran dan admisi pasien menjadi pintu utama untuk mengumpulkan identitas awal, mengelola antrean loket, serta mengoperasikan sistem pendaftaran daring (*online*). Melalui sistem ini, data demografi pasien langsung terintegrasi sehingga saat pendaftaran selesai, Rekam Medis Elektronik (RME) rawat jalan otomatis terbentuk dan terdistribusi ke poliklinik tujuan secara *real-time*. Dalam proses ini, KSM (Kelompok Staf Medis) selaku wadah dokter spesialis bertanggung jawab penuh atas pengisian konten klinis, sedangkan unit scan bertugas mengonversi dokumen fisik eksternal ke dalam sistem RME.

Petugas kini tidak lagi merakit lembaran kertas secara manual, melainkan melakukan validasi dan analisis kelengkapan data klinis seperti *review* autentikasi, diagnosis, dan laporan tindakan secara digital melalui dasbor sistem. Transformasi digital ini tetap berjalan optimal meskipun pada tahun 2025 pelayanan rekam medis secara keseluruhan masih menggunakan sistem *hybrid* (kombinasi berkas manual dan elektronik).

Selanjutnya, unit filing bertanggung jawab menjaga keamanan berkas manual sekaligus mengelola penyimpanan data RME pada server. Seluruh dokumentasi yang telah lengkap tersebut kemudian

diolah oleh unit casemix untuk mengelompokkan jenis penyakit dan tindakan pasien ke dalam sistem INA-CBGs menggunakan kode standar ICD-10 dan ICD-9-CM. Proses ini sangat pokok bagi rumah sakit dalam pengajuan klaim biaya ke pihak penjamin seperti BPJS Kesehatan, sekaligus sebagai instrumen kendali mutu dan kendali biaya operasional.

4.2 Informan Penelitian

Penelitian di Unit *Casemix*, Instalasi Rekam Medis RSUD Temanggung dilakukan pada bulan Februari hingga Maret tahun 2026. Dilakukan wawancara terhadap Kepala Instalasi Rekam Medis, Petugas coder rawat inap, Petugas klaim, Petugas verifikasi dengan pedoman wawancara yang telah disusun sebelumnya. Berikut karakteristik informan di RSUD Temanggung :

Tabel 4.1

Karakteristik Informan di RSUD Temanggung

No	Usia	Jenis Kelamin	Kode Informan	Jabatan
1	46 tahun	Perempuan	K	Kepala Instalasi Rekam Medis
2	43 tahun	Perempuan	U1	Petugas Verifikasi
3	26 tahun	Perempuan	U2	Petugas Koding
4	26 tahun	Perempuan	U3	Petugas Koding
5	27 tahun	Perempuan	U4	Petugas Klaim

Sumber : Instalasi Rekam Medis RSUD Temanggung, 2025

4.3 Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian mengenai faktor yang mempengaruhi *pending* klaim BPJS Kesehatan rawat jalan di RSUD Temanggung, diperoleh data mendalam melalui wawancara bersama petugas verifikasi rekam medis, petugas koding rawat inap, dan petugas klaim. Kepala Instalasi Rekam Medis selaku informan triangulasi, serta observasi dokumen penunjang klaim. Seluruh data kualitatif yang terkumpul tersebut kemudian dianalisis secara kualitatif melalui beberapa tahapan sistematis, mulai dari reduksi data, tabulasi, penyajian data, hingga penarikan kesimpulan.

Langkah pengolahan data diawali dengan reduksi data, yaitu menyaring dan memilah informasi mentah hasil wawancara, observasi, dan telaah dokumen agar sesuai dengan fokus penelitian. Selanjutnya, data yang telah disaring disusun ke dalam tahap tabulasi menggunakan format tabel atau daftar terstruktur guna memudahkan pembacaan dan pengelompokan.

Tahap berikutnya adalah penyajian data yang bersumber dari hasil pengolahan wawancara serta observasi data sekunder seperti syarat klaim, Standar Operasional Prosedur (SOP), alur klaim, dan berkas penunjang lainnya. Langkah terakhir adalah penarikan kesimpulan, di mana seluruh data yang telah disajikan ditelaah secara komprehensif untuk memahami akar permasalahan dan menemukan solusi yang tepat mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi *pending* klaim BPJS Kesehatan rawat jalan berdasarkan unsur 4M (*man, material, machine, dan method*).

Sebagai langkah awal penyajian, hasil telaah dokumen terhadap Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) periode Januari–Juni 2025 di RSUD Temanggung disajikan pada tabel di bawah ini, yang merangkum besaran angka *pending* klaim BPJS Kesehatan rawat jalan.

Tabel 4.2
Rekapan Klaim Pending Rawat Jalan pada Laporan
Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV)
Periode Januari-Juni Tahun 2025

No	Bulan	Layak	Pending	Persentase
1.	Januari	11.769	38	0%
2.	Februari	11.039	71	1%
3.	Maret	11.014	77	1%
4.	April	11.325	54	0%
5.	Mei	12.260	105	1%
6.	Juni	11.911	79	1%
Total		69.318	424	0,6%

Sumber : Berita Acara Hasil Verifikasi RSUD Temanggung, 2025

Pada periode Januari–Juni 2025, terdapat 69.472 total berkas klaim rawat jalan di RSUD Temanggung, dengan rincian 69.318 berkas berstatus layak dan 424 berkas (0,6%) berstatus pending. Adanya klaim pending ini menjadikan pekerjaan di bagian casemix bertambah dan memunculkan piutang bagi RSUD Temanggung.

Guna menelaah akar permasalahan pending klaim, dilakukan observasi terhadap berbagai data sekunder yang berlaku di RSUD Temanggung periode Januari–Juni tahun 2025. Observasi ini meliputi pemenuhan syarat klaim, alur pengajuan klaim, berkas penunjang medis, serta kepatuhan terhadap regulasi internal, khususnya SOP Penanganan Berkas Klaim (terlampir).

Rumah sakit menerapkan sistem *hybrid* yang memadukan rekam medis elektronik (RME) melalui SIMRS dengan penggunaan berkas fisik untuk dokumen tertentu. Dalam pemenuhan syarat klaim rawat jalan, kondisi *hybrid* ini menerapkan sinkronisasi data, di mana syarat administratif seperti SEP (Surat Eligibilitas Peserta), surat rujukan, dan identitas pasien tersedia dalam bentuk cetak fisik maupun data yang terinput melalui *v-claim*. Dari sisi klinis, pemenuhan berkas penunjang medis menggabungkan hasil laboratorium atau *expertise* radiologi berbentuk lembar cetak dengan ringkasan klinis digital, termasuk laporan tindakan poliklinik dan resep obat yang berjalan beriringan. Dalam pelaksanaannya, petugas *casemix* telah menunjukkan kepatuhan terhadap regulasi serta prosedur yang telah ditetapkan oleh manajemen RSUD Temanggung, khususnya dalam menerapkan SOP Penanganan Berkas Klaim, sehingga seluruh proses pemenuhan berkas tersebut berjalan sesuai dengan standar yang berlaku.

Alur pengajuan klaim juga menggunakan sistem *hybrid*. Proses dimulai dari input diagnosis oleh dokter di SIMRS, kemudian petugas melakukan perakitan (*assembling*) untuk mencocokkan dokumen fisik dengan data di sistem. Selanjutnya, petugas *casemix* melaksanakan pengodean (*coding*) ICD-10 dan ICD-9-CM berdasarkan ringkasan di layar komputer dengan merujuk pada catatan fisik penunjang yang ada. Setelah data di-*grouping* pada aplikasi e-klaim dan melalui tahap verifikasi internal oleh tim internal rumah sakit, berkas fisik dipindai (*scanned*) menjadi file digital sebelum diunggah dan diajukan secara resmi kepada verifikator BPJS Kesehatan.

Untuk melengkapi data hasil telaah dokumen dan observasi, peneliti juga menggali informasi lebih lanjut dengan melakukan wawancara langsung kepada para petugas pelaksana klaim. Langkah ini bertujuan untuk mengonfirmasi penyebab berkas pending yang ditemukan selama periode Januari hingga Juni 2025. Berdasarkan hasil penelitian tentang Faktor Yang Mempengaruhi Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung, maka diperoleh hasil wawancara dari penelitian tersebut :

4.3.1 Input

Dari hasil wawancara yang dilakukan di RSUD Temanggung maka diperoleh hasil penelitian sebagai berikut :

1. *Man* (manusia)

a. Apakah pendidikan terakhir Kepala Instalasi Rekam medis, petugas verifikasi, petugas koding dan petugas klaim?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan mengenai pendidikan terakhir Kepala Instalasi Rekam medis dan beberapa petugas. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

“S2 Hukum Kesehatan” (K, 46 tahun)

“Sarjana Terapan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (S.Tr.Kes atau S.Tr.MIK)” (U1, 43 tahun)

“D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan” (U2, 26 tahun)

“D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan” (U3, 26 tahun)

“D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan” (U4, 27 tahun)

Berdasarkan informasi yang disajikan di atas mengenai kesesuaian antara pendidikan terakhir petugas dengan pekerjaannya sebagai petugas administrasi klaim, dapat disimpulkan bahwa kualifikasi petugas coder, verifikasi, dan klaim di Unit Casemix RSUD Temanggung sudah sesuai, Para petugas adalah lulusan program studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, baik pada jenjang Diploma III maupun Diploma IV (Sarjana Terapan). Kepala Instalasi Rekam Medis memiliki latar belakang pendidikan S2 Hukum Kesehatan dan memiliki Ijazah Rekam Medis.

b. Berapa masa kerja petugas bekerja di unit casemix?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan mengenai masa bekerja petugas di unit casemix. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

“Kurang lebih 15 tahun” (K, 46 tahun)

“Kurang lebih 5 tahun untuk yang verifikasi” (U1, 43 tahun)

*“Kurang lebih untuk bekerja di bagian coding 1 tahun 8 bulan”
(U2, 26 tahun)*

“di bagian coding kurang lebih 1 tahun” (U3, 26 tahun)

“lima tahun” (U4, 27 tahun)

Berdasarkan pernyataan informan di atas, dapat disimpulkan bahwa masa kerja petugas di Unit Casemix RSUD Temanggung

rata-rata lebih dari satu tahun, dan masa kerja Kepala Instalasi Rekam Medis mencapai 15 tahun.

c. Apakah petugas sudah mengikuti pelatihan terkait verifikasi dan entri data?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan mengenai keikutsertaan petugas dalam pelatihan verifikasi dan entri data, diperoleh hasil pernyataan sebagai berikut :

"Pelatihan dilaksanakan secara rutin, namun kegiatan terakhir yang saya ikuti adalah sosialisasi dari Kementerian Kesehatan. Sosialisasi tersebut mencakup panduan penggunaan aplikasi pada i-DRG" (K, 46 tahun)

"Saya rutin mengikuti berbagai kegiatan seperti seminar dan workshop setiap tahun. Workshop tersebut dilaksanakan secara daring karena sejak pandemi COVID-19, penggunaan media daring telah menjadi standar pertemuan." (U1, 43 tahun)

"Hingga saat ini, saya belum mengikuti pelatihan yang berkaitan dengan akurasi pengodean maupun entri data." (U2, 26 tahun)

"Hingga saat ini, saya belum mengikuti pelatihan khusus mengenai akurasi pengodean dan entri data. Namun, saya berupaya meningkatkan kompetensi tersebut dengan mengikuti berbagai seminar." (U3, 26 tahun)

"Saya telah mengikuti pelatihan yang diselenggarakan di beberapa kota, antara lain Surabaya, Surakarta, dan yang terbaru di Klaten." (U4, 27 tahun)

Berdasarkan hasil pernyataan informan di atas, dapat disimpulkan bahwa petugas sudah mengikuti pelatihan atau *workshop* terkait verifikasi dan entri data.

2. Material (Bahan)

a. Dokumen dan syarat apa saja yang perlu dilengkapi untuk menyiapkan berkas klaim rawat jalan yang akan diajukan ke BPJS?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan mengenai dokumen dan syarat yang perlu dilengkapi untuk menyiapkan berkas klaim rawat jalan yang akan diajukan ke BPJS. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

"Dokumen dan persyaratan yang harus dilengkapi dalam pengajuan klaim rawat jalan kepada BPJS meliputi resume medis, SEP, rincian obat, rincian biaya (billing), serta surat rencana kontrol." (U2, 26 tahun)

"Dokumen yang harus dilengkapi meliputi SEP, rincian biaya (billing), serta rincian obat. Selain itu, hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, USG, dan Patologi Anatomi (PA) juga wajib dilampirkan. Bagi pasien dengan

indikasi trauma, berkas tersebut harus disertai dengan surat kronologi kejadian." (U4, 27 tahun)

"Dokumen persyaratan klaim terdiri atas SEP dan rincian biaya (billing) selama pasien mendapatkan pelayanan. Selain itu, diperlukan diagnosis utama dari hasil pemeriksaan dokter, data pengobatan, serta laporan pemeriksaan penunjang. Laporan penunjang tersebut mencakup hasil laboratorium, EKG, rontgen, Patologi Anatomi (PA), atau dokumen lainnya sesuai dengan kebutuhan poliklinik tertentu." (K, 46 tahun)

Berdasarkan informasi yang disajikan di atas mengenai dokumen dan syarat yang perlu dilengkapi untuk menyiapkan berkas klaim rawat jalan yang akan diajukan ke BPJS meliputi *resume medis*, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), rincian *billing*, rincian obat, pemeriksaan penunjang seperti hasil Laboratorium, hasil *Elektrokardiogram* (EKG), hasil *rontgen* atau *x-ray*, hasil *Patologi Anatomi* (PA), serta surat perintah kontrol.

b. Berkas apa yang paling sering menjadi kendala kelengkapan dalam pengajuan klaim, dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi proses penyelesaian klaim?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan mengenai berkas apa yang paling sering menjadi kendala kelengkapan dalam pengajuan klaim, dan bagaimana hal tersebut

mempengaruhi proses penyelesaian klaim. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

"Kendala yang sering muncul dalam proses verifikasi menjelang batas waktu pengajuan berkas klaim ke BPJS adalah ketidaklengkapan hasil pemeriksaan radiologi. Hal ini disebabkan oleh proses pembacaan hasil yang terkadang membutuhkan waktu cukup lama." (U1, 43 tahun)

"Dokumen yang sering menjadi kendala dalam hal kelengkapan meliputi resume medis pasien. Selain itu, terdapat kendala pada hasil pemeriksaan tertentu; misalnya, pihak BPJS mensyaratkan protokol kemoterapi bagi pasien kemoterapi. Begitu pula bagi pasien rehabilitasi medik, BPJS mewajibkan protokol terapi yang terkadang belum dilengkapi dengan tanda tangan." (U2, 26 tahun)

"Protokol kemoterapi belum tersedia, dan dokumentasi tindakan injeksi pada layanan rehabilitasi medik belum lengkap." (U3, 26 tahun)

"Dokumen yang paling sering menjadi kendala kelengkapan adalah hasil pemeriksaan penunjang, seperti MRI, CT-Scan, dan USG. Hal ini dikarenakan dokumen-dokumen tersebut belum terintegrasi ke dalam satu berkas klaim, sehingga mengakibatkan proses klaim tertunda (pending)." (U4, 27 tahun)

"Kendala yang sering terjadi adalah ketidaksesuaian antara diagnosis dengan hasil pemeriksaan penunjang. Selain itu, terdapat dokumen pemeriksaan yang belum lengkap; misalnya, hasil pemeriksaan Patologi Anatomi (PA) dan rontgen di bagian radiologi yang memerlukan waktu proses lebih lama sehingga tidak dapat tersedia pada hari yang sama." (K, 46 tahun)

Berdasarkan informasi yang dipaparkan di atas mengenai berkas yang menjadi kendala kelengkapan dalam pengajuan klaim, sehingga hal tersebut dapat mempengaruhi proses penyelesaian klaim meliputi data dukung penunjang sudah di upload namun belum terbaca oleh sistem BPJS sehingga harus di upload ulang oleh petugas casemix RSUD dan menambah beban kerja petugas. Hal ini menyebabkan berkas menjadi *pending* dan menghambat kelancaran proses penyelesaian klaim ke BPJS Kesehatan.

3. Machine (Alat)

a. Sistem atau perangkat apa yang digunakan dalam pengelolaan klaim BPJS di RSUD Temanggung?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan mengenai sistem atau perangkat yang digunakan dalam pengelolaan klaim BPJS di RSUD Temanggung. Hasil pernyataan sebagai berikut :

"Perangkat yang digunakan terdiri dari Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan aplikasi e-klaim. Pada

sistem SIMRS, proses dilakukan melalui menu dokumen klaim dan menu coding grouping. SIMRS berfungsi untuk melakukan input data ke INA-CBG sebagai bagian dari proses coding grouping, sedangkan e-klaim digunakan sebagai pembanding. Apabila terdapat data yang tidak dapat diverifikasi melalui SIMRS, maka verifikasi akan dilakukan melalui e-klaim. Selain itu, pengiriman berkas dalam format txt ke pihak BPJS juga dilakukan melalui aplikasi e-klaim." (U1, 43 tahun)

"Kami menggunakan sistem INA-CBG yang saat ini telah diperbarui dengan integrasi sistem i-DRG. Kedua sistem tersebut sudah terhubung (bridging) dengan SIMRS. Selain itu, kami menggunakan aplikasi v-claim khusus untuk pembuatan SEP. Setelah sistem terhubung, SIMRS digunakan untuk proses pengodean (coding) dan pengelompokan (grouping). Perlu diperhatikan bahwa sistem dari BPJS ini secara rutin mengalami pembaruan (upgrade) hampir setiap bulan." (K, 46 tahun)

Berdasarkan informasi yang disajikan di atas mengenai sistem atau perangkat yang digunakan dalam pengelolaan klaim BPJS di RSUD Temanggung yaitu integrasi antara SIMRS dan aplikasi e-klaim (INA-CBGs) yang memiliki menu khusus untuk *coding grouping* serta pengelolaan dokumen klaim. Penggunaan sistem ini telah didukung oleh teknologi *bridging* yang menghubungkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

(SIMRS) dengan *v-claim* untuk pembuatan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), serta pemanfaatan sistem i-DRG terbaru guna meningkatkan akurasi koding. Selain berfungsi untuk menginput data dan mengirim berkas dalam format txt ke pihak BPJS, aplikasi e-klaim juga berperan sebagai perangkat pembanding untuk melakukan verifikasi data apabila ditemukan kendala teknis pada sistem utama. Sinergi antar perangkat digital ini memastikan alur administrasi klaim berjalan lebih sistematis, meskipun petugas tetap harus melakukan pemantauan terhadap pembaruan (*upgrade*) sistem yang dilakukan secara berkala oleh BPJS Kesehatan.

b. Apakah sistem/aplikasi untuk pelaksanaan klaim berjalan lancar? Jika mengalami kendala, kendala apa saja yang dihadapi?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan mengenai apakah sistem/aplikasi untuk pelaksanaan klaim berjalan lancar. Jika mengalami kendala, kendala apa saja yang dihadapi. Hasil pernyataan sebagai berikut :

"Stabilitas sistem terkadang mengalami kendala akibat gangguan jaringan, baik dari server pusat maupun jaringan internal yang tidak stabil. Jaringan sering mengalami waktu henti (downtime) setidaknya satu hingga dua kali dalam seminggu, yang biasanya didahului dengan pemberitahuan resmi. Selain itu, sistem sering

kali lambat saat memuat data (loading). Apabila terjadi kendala pada aplikasi SIMRS, koordinasi dilakukan dengan menghubungi petugas SIMRS melalui pesan WhatsApp." (U1, 43 tahun)

"Stabilitas sistem e-klaim milik Kementerian Kesehatan terkadang mengalami fluktuasi yang berkaitan dengan proses integrasi (bridging) sistem. Proses pembacaan data antar-sistem tersebut sering kali memakan waktu lama. Selain itu, faktor jaringan dan waktu henti (downtime) sistem, baik yang terencana maupun tidak terencana, turut menjadi kendala utama.

Apabila petugas rekam medis menghadapi kendala tersebut, solusi yang dilakukan adalah segera melapor kepada unit terkait, khususnya kepada Kepala Instalasi SIMRS. Setelah laporan disampaikan mengenai masalah pada aplikasi e-klaim maupun v-claim, pihak SIMRS akan menugaskan staf teknis untuk memeriksa serta memperbaiki gangguan, baik pada aspek jaringan maupun sistem." (K, 46 tahun)

Berdasarkan informasi yang dipaparkan di atas, kelancaran sistem aplikasi klaim di RSUD Temanggung sering mengalami hambatan teknis yang disebabkan oleh ketidakstabilan jaringan internal maupun pusat. Kendala utama yang dihadapi meliputi terjadinya *downtime* sistem, baik yang terencana maupun tidak terencana, serta proses pemuatan data (*loading*) yang lama pada sistem yang telah ter-*bridging*. Gangguan ini dilaporkan terjadi

setidaknya satu hingga dua kali dalam seminggu, yang mengharuskan petugas melakukan koordinasi intensif dengan unit SIMRS atau instalasi IT. Upaya perbaikan dilakukan dengan melaporkan kendala pada aplikasi e-klaim atau *v-claim* secara langsung kepada kepala instalasi SIM guna pengecekan jaringan maupun sistem. Seluruh hambatan teknis tersebut secara akumulatif berpotensi memperlambat proses verifikasi dan penyelesaian berkas klaim tepat waktu.

4. Method (Metode)

a. Apakah terdapat SOP khusus dalam proses klaim BPJS?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan mengenai apakah terdapat SOP khusus dalam proses klaim BPJS. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

"Terdapat Standar Prosedur Operasional (SOP) mengenai penanganan berkas klaim berbasis Electronic Medical Record (EMR). Secara umum, alur prosesnya serupa dengan sistem manual. Perbedaan mendasar terletak pada perolehan dokumen; pada sistem rekam medis manual diperlukan proses pemindaian (scanning), sedangkan pada sistem EMR, dokumen diperoleh melalui proses pengunduhan (download)." (U1, 43 tahun)

"Terdapat Standar Prosedur Operasional (SOP) khusus mengenai penanganan berkas klaim BPJS. SOP tersebut mengatur seluruh tahapan proses, mulai dari penerimaan berkas, verifikasi, hingga

validasi. Selain itu, prosedur tersebut mencakup pengecekan kelengkapan secara kuantitas maupun kualitas, serta langkah-langkah teknis yang harus ditempuh dalam proses pengajuan klaim." (K, 46 tahun)

Berdasarkan informasi yang dipaparkan di atas, RSUD Temanggung telah memiliki SOP khusus penanganan berkas klaim BPJS yang mengatur alur kerja secara sistematis mulai dari tahap penerimaan, verifikasi, hingga validasi dokumen. Prosedur ini mencakup pengecekan kelengkapan secara kuantitas dan kualitas medis guna menjamin keakuratan data sebelum diajukan ke pihak penjamin. Secara teknis, SOP tersebut telah diadaptasi untuk sistem *Electronic Medical Record* (ERM) dengan perbedaan utama pada proses perolehan dokumen melalui unduhan, bukan pemindaian manual. Penerapan standar operasional yang konsisten ini bertujuan untuk memastikan setiap tahapan pengklaiman berjalan sesuai regulasi dan meminimalisir risiko penolakan berkas.

b. Metode evaluasi apa yang digunakan untuk meningkatkan proses verifikasi klaim di RSUD Temanggung?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan mengenai metode evaluasi yang digunakan untuk meningkatkan proses verifikasi klaim di RSUD Temanggung. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

"Evaluasi kelengkapan berkas klaim dilakukan dengan menelaah seluruh dokumen serta memastikan kesesuaian antara tanggal pelayanan dan hasil pemeriksaan. Petugas verifikasi bertugas mencocokkan data medis pasien untuk mengidentifikasi adanya ketidaksesuaian data. Sebagai contoh, jika pemeriksaan MRI dilakukan pada tanggal 3 namun hasilnya baru terbit pada tanggal 7, petugas harus memvalidasi tanggal pelaksanaan yang sebenarnya. Begitu pula terkait rincian biaya (billing); apabila terdapat hasil pemeriksaan endoskopi yang tidak tercantum dalam rincian biaya, atau terjadi kondisi di mana tindakan endoskopi telah dilakukan namun hasilnya belum tersedia, petugas akan melakukan konfirmasi kepada bagian pembayaran rawat jalan atau poliklinik terkait untuk memastikan kebenaran pelaksanaan tindakan tersebut." **(U1, 43 tahun)**

"Apabila terdapat penundaan klaim (pending claim) terkait pengodean (coding), kami akan tetap mempertahankannya sejauh hal tersebut sesuai dengan kaidah pengodean yang berlaku. Namun, jika terdapat regulasi terbaru dari BPJS mengenai sistem pengodean, kami akan melakukan penyesuaian dengan mempertimbangkan berbagai ketentuan yang ada." **(U2, 26 tahun)**

"Evaluasi dilakukan berdasarkan berbagai kendala yang ditemukan dalam proses pengajuan klaim. Mengingat berkas

yang tidak lengkap pasti akan dikembalikan atau ditangguhkan (pending), kondisi tersebut kami gunakan sebagai acuan untuk melakukan pemeriksaan ulang secara lebih saksama. Meskipun pengecekan telah dilakukan sebelumnya, kendala yang sering terjadi pada unit pelayanan atau pihak terkait menjadi dasar bagi kami untuk lebih menitikberatkan pengawasan terhadap pemenuhan kelengkapan dokumen." (K, 46 tahun)

Berdasarkan informasi yang telah diuraikan, metode evaluasi proses verifikasi klaim di RSUD Temanggung dilakukan melalui penelaahan mendalam untuk mencocokkan kesesuaian antara tanggal tindakan medis dengan hasil pemeriksaan penunjang seperti MRI. Petugas secara proaktif melakukan audit sinkronisasi antara rincian biaya (*billing*) dengan bukti fisik layanan untuk memastikan keabsahan setiap tindakan yang diklaim. Data berkas yang dikembalikan atau menjadi pending dimanfaatkan sebagai indikator utama untuk memperketat pengawasan pada unit atau ruangan yang sering mengalami ketidakteraturan dokumen. Selain itu, evaluasi dilakukan dengan meninjau ketepatan kaidah coding yang tetap adaptif terhadap perubahan regulasi terbaru dari BPJS Kesehatan. Sinergi koordinasi lintas unit antara bagian coding, poliklinik, dan kasir menjadi kunci utama dalam memvalidasi setiap ketidaksinkronan data sebelum berkas diajukan.

c. Apakah kegiatan evaluasi dan audit klaim dilakukan secara rutin untuk meningkatkan proses klaim di RSUD Temanggung?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan mengenai kegiatan evaluasi dan audit klaim dilakukan secara rutin untuk meningkatkan proses klaim di RSUD Temanggung. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

"Evaluasi dilakukan secara rutin, yang mencakup pemeriksaan kelengkapan berkas serta ketepatan pengodean. Sebelum berkas dikirim ke BPJS, hasil pengodean diperiksa terlebih dahulu guna memastikan kesesuaian antara kode medis dengan hasil pengelompokan (grouping) dan menghindari selisih biaya. Kami tidak melakukan audit klaim secara khusus karena kami menerima hasil audit rutin setiap bulan dari BPJS. Dengan demikian, secara tidak langsung pasien kami diaudit oleh pihak BPJS, yang hasilnya dikirimkan kepada rumah sakit dalam bentuk klaim tertunda (pending), Verifikasi Pasca Klaim (VPK), maupun audit medis." (U1, 43 tahun)

"Evaluasi dan audit klaim dilakukan secara rutin setiap bulan. Apabila terdapat berkas yang dikembalikan oleh pihak BPJS, kami akan segera memperbaikinya untuk kemudian dikirim kembali dan dikonfirmasi agar dapat diperiksa ulang. Proses ini biasanya berlangsung dalam kurun waktu satu bulan. Jika

terdapat klaim yang dinyatakan tidak layak, berkas tersebut akan dikembalikan untuk diproses ulang melalui tahap pengodean dan entri data menggunakan sistem ina-CBG." (U2, 26 tahun)

"Kegiatan evaluasi dan audit klaim dilakukan secara rutin untuk meningkatkan kualitas proses klaim di RSUD Temanggung. Evaluasi ini dilakukan oleh pihak BPJS terhadap rumah sakit, yang mana hasilnya secara otomatis menjadi bahan rujukan bagi kami dalam melakukan perbaikan. Sebagai contoh, ketidaklengkapan berkas dapat diidentifikasi melalui klaim yang ditangguhkan (pending). Sebagian besar klaim yang ditangguhkan disebabkan oleh dokumen penunjang yang kurang lengkap, tidak terbaca, atau proses pengunggahan data yang tidak sempurna Selain verifikasi tersebut, terdapat pula proses audit yang mencakup Verifikasi Pasca Klaim (VPK), audit SPI, audit Wasin (Pengawasan internal), AAK, serta verifikasi independen dari BPJS. Hasil-hasil audit ini kemudian ditindaklanjuti melalui Utilization Review (UR). Meskipun data dikumpulkan setiap bulan, ringkasan dan analisis menyeluruh dilakukan setiap tiga bulan dalam laporan Utilization Review tersebut." (K, 46 tahun)

Berdasarkan informasi yang telah diuraikan, kegiatan evaluasi dan audit klaim di RSUD Temanggung dilaksanakan secara rutin dan terintegrasi dengan sistem BPJS Kesehatan guna

meningkatkan efisiensi proses klaim. Seluruh rangkaian prosedur tersebut telah dilaksanakan secara konsisten sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku. Secara internal, petugas melakukan pemantauan rutin setiap bulan yang berfokus pada evaluasi kelengkapan berkas, ketepatan pengodean (*coding*), serta sinkronisasi hasil *grouping* untuk mencegah selisih biaya sebelum pengajuan. Secara eksternal, rumah sakit menindaklanjuti hasil audit rutin dari pihak BPJS yang meliputi klaim *pending*, Verifikasi Pasca Klaim (VPK), serta audit medis. Apabila ditemukan ketidaklayakan dokumen atau kendala teknis seperti berkas yang tidak terbaca, petugas segera melakukan perbaikan dan penginputan ulang pada sistem INA-CBGs. Seluruh rangkaian pengawasan ini, termasuk hasil audit internal (SPI) dan audit administrasi klaim (AAK) yang dipantau setiap bulannya, kemudian dirangkum secara komprehensif dalam forum *utilization review* setiap tiga bulan untuk memastikan validitas dokumen krusial, mulai dari SEP hingga resume medis pasien, demi meningkatkan efisiensi dan kualitas pengelolaan klaim secara keseluruhan.

4.3.2 Proses

1. Bagaimana alur proses verifikasi berkas klaim BPJS yang diterapkan di RSUD Temanggung?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan mengenai alur proses verifikasi berkas klaim BPJS yang diterapkan di RSUD Temanggung. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

"Setelah pasien menyelesaikan pemeriksaan di poliklinik, data akan masuk ke dalam dokumen klaim untuk diperiksa secara individual. Tahap pertama meliputi pemeriksaan kesesuaian antara tanggal pembuatan SEP (Surat Eligibilitas Peserta) dengan tanggal pelayanan serta validasi rincian biaya (billing). Mengingat billing telah diverifikasi oleh petugas pembayaran rawat jalan sebelum ditarik ke bagian rekam medis, tugas kami adalah memastikan bahwa seluruh rincian biaya telah terinput dengan benar.

Kami juga melakukan verifikasi silang terhadap pemeriksaan penunjang; misalnya, jika terdapat entri pemeriksaan radiologi atau laboratorium, kami harus memastikan keberadaan hasil bacaan atau laporan laboratorium yang sah dalam dokumen tersebut. Demikian pula dengan terapi obat, seperti pada diagnosis hipertensi, kami memeriksa apakah obat Amlodipin telah terinput dan dokumen klaim farmasi sudah terunggah. Apabila kelima komponen berkas telah dinyatakan lengkap dan sesuai, langkah selanjutnya adalah melakukan penggabungan (merger) dokumen klaim untuk kemudian

diunduh. Alur kerja tersebut meliputi: pemeriksaan kelengkapan, pengodean (coding), verifikasi, penggabungan dokumen, hingga pencocokan hasil unduhan dengan data entri. Jika terdapat perbedaan jumlah (misalnya, hasil unduhan berjumlah 35 dokumen sedangkan data entri berjumlah 50), hal tersebut menandakan adanya dokumen yang belum selesai diunduh atau terlewatkan. Setelah jumlah unduhan dan hasil pemindaian sesuai, berkas dikirim ke BPJS. Terakhir, kami melaporkan hasil tersebut kepada bagian terkait untuk penerbitan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV)."

(U1, 43 tahun)

"Proses dimulai dengan pengodean (coding) yang kemudian diverifikasi oleh dokter verifikator internal. Apabila terdapat revisi, kami akan memperbaikinya untuk kemudian diverifikasi ulang oleh dokter tersebut. Setelah dinyatakan sesuai (clear), berkas akan diunduh oleh tim pemindaian (scan). Selanjutnya, kami melakukan pengecekan kesesuaian antara penerbitan SEP dengan data SEP yang diajukan dalam klaim. Setelah berkas dikirim ke BPJS, kami akan menerima hasil audit dalam bentuk klaim tertunda (pending). Terkait jumlah klaim, pengiriman dilakukan melalui aplikasi v-claim. Mengingat tidak semua klaim langsung dinyatakan layak, kami harus melakukan revisi terhadap berkas-berkas yang dianggap tidak sesuai agar dapat diproses kembali." (U4, 27 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, dapat disimpulkan bahwa alur proses verifikasi berkas klaim BPJS di RSUD Temanggung dilaksanakan secara sistematis melalui pemeriksaan mendalam terhadap kesesuaian antara dokumen SEP, *billing* pelayanan, dan bukti klinis pendukung. Petugas memastikan setiap diagnosis yang diinput telah didukung oleh tindakan medis atau terapi yang relevan, seperti hasil bacaan radiologi, pemeriksaan laboratorium, hingga ketepatan input obat di dalam dokumen klaim. Secara teknis, alur kerja dimulai dari pengecekan kelengkapan berkas, proses pengodean (*coding*), hingga verifikasi oleh dokter verifikator internal untuk meminimalisir kesalahan sebelum dilakukan penggabungan (*merger*) dokumen. Tahap krusial lainnya adalah rekonsiliasi data, di mana jumlah dokumen yang diunduh oleh petugas *scan* harus sinkron dengan jumlah data yang dientri guna menghindari berkas yang terlewat. Setelah seluruh data dinyatakan cocok dan dikirim melalui aplikasi *v-claim*, petugas kemudian melaporkan hasil tersebut untuk diterbitkan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) sebagai dasar tindak lanjut terhadap klaim yang layak maupun yang memerlukan revisi akibat status *pending*.

2. Apa kendala yang sering dihadapi dalam proses verifikasi berkas klaim?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan mengenai kendala yang sering dihadapi dalam proses verifikasi berkas klaim. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

"Kendala yang sering ditemukan meliputi ketidaklengkapan dokumen, hasil pemeriksaan laboratorium yang belum tersedia atau belum selesai diproses, serta diagnosis medis yang belum terinput ke dalam sistem." (U1, 43 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, dapat disimpulkan bahwa kendala utama dalam proses verifikasi berkas klaim bersumber pada ketidaklengkapan dokumen pendukung yang menghambat validasi data medis.

Kendala yang dihadapi petugas meliputi hasil pemeriksaan penunjang seperti hasil lab maupun radiologi karena hasil tersebut belum jadi sehingga belum terinput ke SIMRS, serta adanya diagnosis pasien yang belum terinput ke dalam sistem rumah sakit saat proses verifikasi dimulai. Belum lengkapnya dokumen dan data digital ini menyebabkan terhambatnya alur pengkodean dan pengajuan klaim, sehingga berisiko tinggi memicu terjadinya status pending.

3. Apa saja bentuk ketidaksesuaian dalam penetapan koding serta kendala dalam proses *grouping* yang paling sering memicu terjadinya pending klaim pada aplikasi INA-CBGs?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan mengenai bentuk ketidaksesuaian dalam penetapan koding serta kendala dalam proses *grouping* yang paling sering memicu terjadinya pending klaim pada aplikasi INA-CBGs. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

"Beberapa persyaratan dari BPJS mungkin belum terpenuhi. Sebagai contoh, pada kasus di Instalasi Gawat Darurat (IGD), apabila terdapat tindakan pemasangan Endotracheal Tube (ET), kami harus melakukan konfirmasi ulang kepada unit terkait mengenai pelaksanaan tindakan tersebut. Jika tindakan telah dilakukan, maka laporan tindakannya wajib tersedia. Selain itu, bukti tindakan injeksi pada poliklinik rehabilitasi medik saraf serta protokol kemoterapi untuk kelengkapan pengobatan sering kali belum terinput ke dalam sistem, sehingga kami perlu melakukan konfirmasi kepada petugas terkait guna melengkapi dokumen tersebut." (U3, 26 tahun)

*"Ketidaksesuaian pengodean dan *grouping* sering kali terjadi pada kasus pasien rawat jalan yang berada dalam satu episode perawatan. Sebagai contoh, pasien yang melakukan pemeriksaan rutin kemudian direncanakan untuk menjalani rawat inap atau*

tindakan operasi pada hari berikutnya. Dalam sistem, apabila status kunjungan telah menunjukkan kategori tertentu, petugas akan langsung melakukan pengodean. Namun, pihak BPJS biasanya melakukan penangguhan (pending) terhadap klaim tersebut. Oleh karena itu, kami harus melakukan pengecekan ulang untuk memastikan apakah kasus tersebut masuk ke dalam kategori satu episode pelayanan atau merupakan kunjungan yang terpisah." (U2, 26 tahun)

"Permasalahan muncul pada kasus 'satu episode' pelayanan; pasien rawat jalan yang melanjutkan perawatan ke rawat inap seharusnya hanya menggunakan satu Surat Eligibilitas Peserta (SEP) rawat inap, namun petugas poliklinik terkadang mengajukan klaim untuk keduanya secara terpisah. Hal ini sulit dideteksi secara manual oleh petugas casemix karena sistem informasi rumah sakit belum dilengkapi fitur penyandingan data atau penyaring otomatis (purifikasi) sebagaimana yang dimiliki oleh BPJS. Akibat ketiadaan sistem penyaring internal tersebut, duplikasi klaim ini baru teridentifikasi setelah dilakukan penangguhan oleh pihak BPJS." (K, 46 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, dapat disimpulkan bahwa faktor utama penyebab pending klaim bersumber pada ketidaksesuaian antara kode diagnosis yang ditetapkan dengan bukti klinis pendukung. Selain itu, terdapat kendala signifikan pada

kasus "satu episode" di mana pasien rawat jalan yang berlanjut ke rawat inap sering kali terinput secara ganda karena petugas poli masih mengajukan klaim secara terpisah. Hal ini disebabkan karena belum adanya sistem purifikasi atau saringan data internal di bagian teknologi informasi (TI) rumah sakit yang mampu mendeteksi klaim ganda tersebut secara otomatis.

Kondisi tersebut semakin kompleks dengan ditemukannya hambatan dalam pengodean akibat berkas pendukung tindakan medis yang belum terinput ke dalam sistem, seperti bukti tindakan injeksi pada poli rehabilitasi medik saraf, serta protokol kemoterapi untuk kelengkapan pengobatan. Hal serupa juga ditemukan pada pelayanan gawat darurat, di mana laporan tindakan pemasangan ET (*Endotracheal Tube*) sering kali belum terinput sehingga memerlukan konfirmasi ulang kepada unit terkait. Sehingga, petugas *casemix* mengalami keterbatasan dalam melakukan verifikasi manual terhadap volume berkas yang besar, dan kesalahan administratif tersebut baru terdeteksi setelah melalui sistem penyaringan di pihak BPJS Kesehatan.

4. Bagaimana petugas klaim menangani masalah yang muncul selama proses klaim untuk memastikan tidak ada klaim yang tertunda?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan petugas klaim menangani masalah yang muncul selama proses klaim untuk

memastikan tidak ada klaim yang tertunda. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

"Sebelum berkas dikirimkan kepada pihak BPJS, kami melakukan pemeriksaan terhadap jumlah klaim. Proses ini meliputi pengecekan antara jumlah Surat Elegibilitas Peserta (SEP) yang diterbitkan dengan jumlah SEP yang diajukan dalam klaim. Setelah seluruh data melalui tahap verifikasi silang (cross-check), dilakukan proses rekonsiliasi, yaitu pencocokan data antara SEP yang terbit dengan SEP yang terklaim." (U4, 27 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, dapat disimpulkan bahwa petugas klaim menangani potensi kendala dengan melakukan verifikasi mandiri yang ketat sebelum berkas dikirimkan ke pihak asuransi. Proses ini dilakukan dengan melakukan pemeriksaan silang (*cross-check*) untuk memastikan kesesuaian antara jumlah SEP yang diterbitkan oleh sistem dengan jumlah SEP yang akan diajukan dalam klaim. Langkah paling utama yang diambil adalah melalui proses rekonsiliasi data, yaitu pencocokan mendetail untuk menjamin bahwa seluruh pelayanan yang telah terbit surat eligibilitasnya telah terakomodasi dalam daftar klaim, sehingga tidak ada berkas yang tertinggal atau tercecer yang dapat menyebabkan kerugian finansial bagi rumah sakit.

4.3.3 Output

1. Faktor apa yang mempengaruhi pending dalam verifikasi berkas klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan, faktor yang mempengaruhi pending dalam verifikasi berkas klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

“Terdapat beberapa faktor utama yang menyebabkan kendala dalam proses klaim, di antaranya adalah ketidaklengkapan dokumen penunjang serta resume medis rawat jalan yang mengakibatkan berkas ditangguhkan (pending). Selain itu, sering terjadi perbedaan interpretasi diagnosis antara petugas pengodean rumah sakit dengan verifikator BPJS. Meskipun pihak BPJS cenderung mengarahkan pada tarif minimal, rumah sakit tetap akan mempertahankan hasil pengodean selama hal tersebut sesuai dengan kaidah yang berlaku, mengingat biaya riil pelayanan sering kali lebih tinggi daripada nilai klaim. Untuk mengatasi ketidaksesuaian tindakan medis, seperti pada kasus injeksi soft tissue, kami melakukan konfirmasi langsung kepada dokter penanggung jawab guna memastikan akurasi data. Terakhir, pada kasus satu episode perawatan di mana pasien rawat jalan berlanjut ke rawat inap, petugas harus membatalkan status final (unfinal)

pada berkas rawat jalan agar dokumen tersebut dapat digabungkan ke dalam klaim rawat inap sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.” (U1, 43 tahun)

"Terdapat kendala berupa belum terinputnya data tindakan injeksi dari dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi (Sp.KFR), unit fisioterapi, serta poliklinik saraf ke dalam sistem. Selain itu, protokol kemoterapi yang diperlukan sebagai kelengkapan dokumen pengobatan juga belum terinput pada sistem." (U3, 26 tahun)

"Sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya, kendala utama disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas, seperti hasil pemeriksaan penunjang yang belum diunggah oleh unit terkait. Hal ini mengakibatkan tim pemindaian tidak dapat mengunduh dokumen yang diperlukan, misalnya hasil pemeriksaan CT Scan, sehingga memicu terjadinya penangguhan (pending) dalam proses klaim tersebut." (U4, 27 tahun)

"Beberapa kendala utama yang ditemukan meliputi ketidaklengkapan dokumen pemeriksaan penunjang karena masih berproses." (K, 46 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, dapat disimpulkan bahwa faktor yang memengaruhi *pending* dalam verifikasi klaim BPJS Kesehatan rawat jalan bersumber pada ketidaklengkapan administrasi dan perbedaan interpretasi medis. Kendala utama meliputi *resume medis* yang tidak lengkap, hasil

pemeriksaan penunjang seperti CT Scan atau laboratorium yang belum terunggah ke sistem, serta belum terinputnya protokol terapi khusus untuk tindakan kemoterapi dan injeksi pada poli rehabilitasi medik maupun saraf. Selain itu, sering terjadi ketidaksesuaian penentuan kode diagnosis antara koder rumah sakit dengan petugas BPJS, di mana rumah sakit berupaya mempertahankan kaidah koding yang sesuai dengan biaya riil pelayanan. Kendala lain juga muncul pada kasus satu episode yang melibatkan pasien rawat jalan berlanjut rawat inap, di mana petugas terkadang belum melakukan prosedur *unfinal* pada berkas rawat jalan untuk digabungkan ke klaim rawat inap.

2. Jenis koding apa yang mempengaruhi pending klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan, jenis koding yang mempengaruhi pending klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

“Petugas terkait belum melengkapi protokol kemoterapi” (U2, 26 tahun)

"Beberapa persyaratan klaim BPJS belum tersedia. Sebagai contoh, pada kasus tindakan pemasangan Endotracheal Tube (ET) di Instalasi Gawat Darurat (IGD), laporan tindakan medis dari unit terkait belum tersedia sehingga diperlukan konfirmasi ulang." (U3, 26 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, dapat disimpulkan bahwa jenis pengodean yang memengaruhi status pending klaim di RSUD Temanggung mencakup tindakan medis spesifik yang memerlukan bukti otentik di luar diagnosis utama. Hambatan utama ditemukan pada pengodean tindakan kemoterapi karena petugas terkait belum melengkapi protokol pengobatan sebagai syarat mutlak verifikasi. Selain itu, pengodean tindakan gawat darurat seperti pemasangan ET (*Endotracheal Tube*) sering kali tertunda akibat belum tersedianya laporan tindakan resmi dari unit IGD dalam sistem. Sehingga petugas klaim melakukan konfirmasi ulang secara manual untuk memastikan keabsahan tindakan yang akan dikode guna menghindari penolakan dari pihak BPJS Kesehatan.

3. Bagaimana proses penyelesaian klaim pending BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung?

Berdasarkan hasil wawancara bersama informan, proses penyelesaian klaim pending BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung. Hasil pernyataan informan sebagai berikut :

“Prosedur penanganan kendala klaim dilakukan secara sistematis, dimulai dengan pemeriksaan kelengkapan dokumen penunjang medis serta konfirmasi kepada unit terkait jika ditemukan hasil pemeriksaan yang belum tersedia. Apabila terdapat kendala berupa ketidaklengkapan resume medis, petugas akan berkoordinasi dengan

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai pihak yang berwenang untuk mengisi dokumen tersebut guna memohon agar resume segera dilengkapi, karena berkas klaim hanya dapat dikirimkan ke BPJS setelah seluruh dokumen dinyatakan lengkap. Selanjutnya, pada kasus satu episode pelayanan di mana pasien rawat jalan berlanjut ke rawat inap, petugas wajib membatalkan status final (unfinal) pada sistem guna melakukan integrasi data. Terakhir, jika terjadi ketidaksesuaian pengodean atau penolakan diagnosis dari pihak BPJS, seperti pada kasus Low Back Pain (LBP), petugas akan melakukan konfirmasi ulang kepada dokter terkait. Apabila dokter tetap mempertahankan diagnosis tersebut, maka dokter diminta untuk mengisi formulir lembar konfirmasi yang kemudian dikirimkan ke BPJS sebagai dasar argumentasi medis untuk mempertahankan kode yang diajukan oleh rumah sakit.” (U1, 43 tahun)

"Proses verifikasi klaim diawali dengan melakukan pengecekan nomor Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan nomor Rekam Medis (RM) pada dokumen klaim melalui SIMRS. Langkah kedua adalah membuka dokumen klaim dalam format PDF, diikuti dengan pemeriksaan kelengkapan dokumen pada tahap ketiga. Tahap keempat meliputi pengecekan kebutuhan pengodean (coding), dan tahap kelima adalah mencocokkan data tersebut dengan hasil verifikasi BPJS. Apabila ditemukan ketidaksesuaian hasil pada

tahap keenam, petugas akan melakukan konfirmasi kepada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) atau dokter verifikator untuk menentukan tindak lanjut terhadap kode yang telah diinput. Dalam proses ini, terdapat tiga opsi keputusan : pertama, dipertahankan, yaitu jika pengodean dinilai sudah sesuai dengan kaidah koding yang berlaku; kedua, revisi, yaitu dilakukan perbaikan jika pengodean belum sesuai; dan ketiga, ACC, yaitu menyetujui dan mengikuti hasil verifikasi yang ditentukan oleh pihak BPJS." (U2, 26 tahun)

"Prosesnya diawali dengan mengecek nomor Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan nomor Rekam Medis (RM) pada dokumen klaim di dalam SIM-RS. Langkah kedua adalah membuka dokumen klaim dalam format PDF, kemudian langkah ketiga adalah memeriksa kelengkapan dokumen tersebut. Langkah keempat meliputi pengecekan kebutuhan pengodeannya, dan langkah kelima adalah mencocokkan data tersebut dengan hasil verifikasi BPJS. Apabila hasil pemeriksaan belum sesuai, maka dilakukan konfirmasi kepada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) atau dokter verifikasi untuk menentukan apakah pengodean yang telah diinput dapat disetujui (ACC) atau tidak. Jika pengodean tersebut dinilai sudah sesuai dengan kaidah, maka akan dipertahankan. Namun, jika pengodean belum sesuai, untuk proses ACC, pihak rumah sakit akan

mengikuti pengodean yang telah ditentukan oleh hasil verifikasi BPJS." (U3, 26 tahun)

"Proses penyelesaian dilakukan dengan mengerjakan dan melengkapi berkas-berkas yang berstatus penangguhan (pending). Sebagai contoh, apabila terdapat hasil pemeriksaan CT Scan atau USG yang belum tersedia, kami akan melampirkan kembali dokumen tersebut. Begitu pula dengan hasil pemeriksaan Patologi Anatomi (PA); kami akan memohon dokumen tersebut kepada unit PA, kemudian melampirkannya ulang untuk dikirimkan kembali kepada pihak BPJS." (U4, 27 tahun)

"Proses penyelesaian klaim pending di RSUD Temanggung dilakukan dengan meneliti satu per satu berkas pasien yang dikirim balik dalam bentuk PDF by case. Petugas meneliti kekurangan tiap pasien karena masalah antara satu dengan yang lainnya berbeda-beda, sehingga harus dipenuhi satu-persatu. Jika ada kekurangan seperti protokol terapi kemo, petugas akan langsung calling bagian kemoterapi, laborat, atau fisioterapi untuk mengunggah data yang dibutuhkan. Begitu juga jika asesmen dokter kurang, petugas harus memenuhinya agar data pending tersebut bisa dimasukkan lagi ke berkas txt untuk dikirim ulang ke BPJS. Mengenai waktu pengajuan, secara aturan memang diberikan waktu enam bulan, namun rumah sakit memiliki target internal untuk mempercepat proses klaim. Biasanya pengerjaan dilakukan setelah klaim reguler dikirim setiap

tanggal lima belas agar penyelesaiannya tidak menumpuk di bulan-bulan akhir. Strategi ini diambil supaya masalah pending bisa tuntas di bulan terdekat dari saat status pending tersebut muncul. Dengan begitu, koordinasi aktif antarunit menjadi kunci utama agar semua kekurangan berkas dapat segera terpenuhi dan diklaimkan kembali”

(K, 46 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, dapat disimpulkan bahwa proses penyelesaian klaim pending di RSUD Temanggung dilakukan secara mendalam melalui identifikasi berkas satu per satu (*by case*) untuk menemukan kekurangan spesifik pada setiap dokumen medis pasien. Tahapan ini diawali dengan pengecekan nomor SEP dan Rekam Medis melalui SIMRS serta pemeriksaan dokumen PDF untuk memastikan kelengkapan syarat administrasi dan medis. Petugas klaim secara aktif melakukan koordinasi lintas unit dengan menghubungi bagian laboratorium, radiologi, hingga fisioterapi guna melengkapi hasil pemeriksaan penunjang yang belum terunggah, serta berkoordinasi dengan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) untuk melengkapi resume medis yang masih kurang.

Selain itu, petugas melakukan konfirmasi terkait perbedaan interpretasi kode diagnosis, di mana rumah sakit memiliki opsi untuk mempertahankan kode sesuai kaidah koding melalui lembar konfirmasi, melakukan revisi, atau menyetujui hasil verifikasi BPJS.

Prosedur *unfinal* dan delete juga diterapkan pada kasus pasien satu episode yang berlanjut ke rawat inap agar klaim dapat digabungkan dengan tepat. Seluruh berkas yang telah diperbaiki kemudian diproses kembali ke dalam format txt untuk diajukan ulang setelah pengiriman klaim reguler setiap tanggal 15, sebagai strategi percepatan guna menjaga stabilitas arus kas rumah sakit dan menghindari penumpukan berkas tanpa harus menunggu batas waktu maksimal enam bulan.

4.4 Pembahasan

Berdasarkan hasil observasi melalui laporan berita acara verifikasi klaim BPJS periode Januari hingga Juni 2025 tercatat sejumlah 424 berkas atau 0,6% klaim rawat jalan berstatus pending dari total 69.472 berkas. Hal ini disebabkan oleh ketidaksesuaian persyaratan administratif dan klinis.

Permasalahan ini dapat segera ditindaklanjuti, kondisi tersebut dapat sedikit memengaruhi keuangan di rumah sakit. Status pending mengakibatkan penundaan dalam penerimaan pembayaran yang seharusnya menjadi hak instansi.

Klaim yang tertunda memberikan beban kerja tambahan bagi petugas koding dan tim *casemix* untuk melakukan verifikasi serta penginputan secara berulang. Hal ini sejalan dengan penelitian (Warouw et al, 2025) bahwa pada Agustus 2025, Rumah Sakit X mencatat tingginya jumlah klaim pending pada pelayanan rawat jalan yang menunjukkan adanya kurang tepatnya verifikasi internal. Permasalahan ini menjadi semakin mendesak karena ada target

klaim kadaluarsa dari pihak penjamin atau pembayar. Sehingga beban kerja bertambah untuk melakukan verifikasi ulang.

Sesuai dengan penelitian, maka pembahasan terkait berkas pending klaim BPJS kesehatan rawat jalan Periode Januari-Juni 2025 dapat dibahas dari segi :

1. Input

Input adalah sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan suatu kegiatan atau proses, yang meliputi tenaga ahli (*man*), dana (*money*), sarana dan prasarana (*material*), teknologi sistem (*machine*), serta prosedur yang telah ditetapkan yaitu Standar Prosedur Operasional (*method*) (PAMJAKI, 2014). Input dalam hal ini, mengacu pada semua sumber daya yang diperlukan agar rumah sakit dapat beroperasi dan menyediakan layanan kesehatan.

a. *Man* (manusia)

Man (Manusia) merujuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi untuk menjalankan fungsi-fungsi manajemen dalam operasionalnya. Dalam manajemen, faktor manusia merupakan elemen yang paling menentukan karena berperan sebagai penggerak utama. Keberhasilannya sangat bergantung pada kualifikasi, pelatihan, dan keterampilan individu yang terlibat di dalamnya. (Cahyadi et al, 2022)

Berdasarkan hasil wawancara, kualifikasi pendidikan petugas administrasi klaim di RSUD Temanggung telah menunjukkan kesesuaian dengan kompetensi yang dibutuhkan, seluruh petugas

merupakan lulusan Diploma III Rekam Medis. Hal ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Rekam Medis. Selain kualifikasi formal, kepemimpinan di Instalasi Rekam Medis didukung oleh tenaga profesional berlatar belakang S2 Hukum Kesehatan dengan pengalaman kerja mencapai 15 tahun, yang memberikan stabilitas dalam pemahaman teknis maupun regulasi operasional.

Meskipun kualifikasi pendidikan secara formal telah terpenuhi, aspek operasional masih menghadapi kendala pada beban kerja petugas casemix. Hasil observasi menunjukkan bahwa jumlah petugas *coder* rawat jalan sebanyak 3 orang sering kali menghadapi volume berkas klaim yang sangat tinggi. Komunikasi dengan unit terkait mengenai ketidaklengkapan berkas klaim, seperti hasil patologi anatomi (PA) yang belum terinput ke SIMRS karena ada proses kultur yang membutuhkan waktu. Hal tersebut pada akhirnya berdampak pada petugas casemix yang perlu melakukan pengerjaan ulang (*re-work*) guna merevisi dan mengirimkan kembali berkas ke BPJS Kesehatan, yang secara signifikan menyita waktu operasional serta memengaruhi efisiensi manajemen klaim di rumah sakit. Terkait pengembangan kompetensi, meskipun telah dilakukan pelatihan *i-DRG (Indonesia Diagnosis Related Groups)* secara merata, tingginya volume pekerjaan tetap menjadi faktor pendorong terjadinya klaim tertunda. Hal ini sejalan dengan penelitian (Handayani et al, 2024) yang menyatakan

bahwa kendala komunikasi dengan petugas terkait serta beban kerja yang tinggi merupakan faktor dominan yang berdampak pada kelancaran proses klaim.

b. *Material* (bahan)

Material (bahan) merujuk pada seluruh komponen fisik, sarana prasarana, atau bahan mentah yang diperlukan untuk menghasilkan produk atau jasa. (Cahyadi et al, 2022) Dalam manajemen, faktor material merupakan sarana fisik dan bahan baku yang kualitas serta ketersediaannya harus terjamin guna mendukung kelancaran operasional. Pengelolaan material yang tepat memastikan seluruh proses kerja berjalan efisien tanpa hambatan teknis serta meminimalkan risiko ketidakefektifan penggunaan sumber daya.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan petugas verifikasi, petugas klaim, dan petugas coding, aspek material pada administrasi klaim di RSUD Temanggung menunjukkan bahwa dokumen medis merupakan "bahan baku" utama dalam sistem pengajuan klaim INA-CBGs. Material tersebut mencakup berkas syarat mutlak seperti SEP, *billing*, rincian obat, *resume medis*, protokol terapi, hingga hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, USG, dan Patologi Anatomi (PA). Kepala Rekam Medis yang bertanggung jawab langsung atas pengklaiman ke BPJS menyatakan bahwa khusus untuk kasus trauma, material klaim wajib dilengkapi dengan surat kronologi kejadian. Ketersediaan berkas-berkas ini secara

langsung berdampak pada alur kerja administrasi rumah sakit, mengingat integritas rekam medis adalah penentu utama kelayakan klaim menurut standar verifikator.

Petugas verifikasi dan petugas koding menyatakan bahwa kendala mendasar yang ditemukan adalah mayoritas status pending disebabkan oleh dokumen pendukung belum terbaca oleh sistem BPJS saat di upload dalam SIMRS. Petugas koding menjelaskan secara spesifik bahwa ketidaklengkapan tersebut sering terjadi pada hasil pemeriksaan CT Scan yang belum diunggah serta protokol terapi kemoterapi yang tidak terlampir. Kondisi serupa juga teridentifikasi pada pelayanan gawat darurat, di mana laporan tindakan pemasangan ET (*Endotracheal Tube*) sering kali belum terinput ke dalam sistem. Hal ini menyebabkan verifikator tidak dapat memvalidasi tindakan medis secara tepat waktu karena data belum ter-*merger* sempurna saat proses verifikasi berlangsung, sehingga petugas rekam medis di unit Casemix harus melakukan koordinasi manual melalui telepon guna memastikan ketersediaan berkas sebelum batas waktu (*deadline*). Kondisi ini selaras dengan penelitian (Maulida & Djunawan, 2022) bahwa tidak semua berkas klaim yang diajukan terklaimkan, sehingga status dinyatakan tidak layak atau pending klaim karena berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit belum lengkap. Pada penelitian tersebut penyebab terjadinya pending klaim dikarenakan 4 faktor diantaranya berkas tidak lengkap, kurang tepatnya coding, kurangnya penunjang evidenterapi.

Selain faktor administratif, petugas koding dan petugas verifikasi juga mengidentifikasi masalah teknis pada kasus "satu episode" yang berpotensi mengakibatkan klaim ganda atau *duplicate* antara pasien rawat jalan dan rawat inap. Hal ini relevan dengan penelitian (Saputri et al, 2022) bahwa penyebab pending klaim di RS X bermula saat pasien rawat jalan menjalani pemeriksaan penunjang yang hasilnya baru dapat dianalisis oleh dokter pada hari berikutnya.

Informan U1 menyatakan bahwa resume medis bukan sekadar formalitas, melainkan bentuk validasi medis yang menjadi syarat mutlak pencairan dana. Meskipun aturan BPJS memberikan batas waktu hingga 6 bulan, pihak rumah sakit berkomitmen menyelesaikannya pada bulan terdekat munculnya pending agar tidak terjadi penumpukan beban kerja di akhir periode.

c. *Machine* (mesin)

Machine (mesin) merujuk pada peralatan dan teknologi yang digunakan dalam proses, di mana kinerja dan pemeliharannya berpengaruh pada hasil. (Cahyadi et al, 2022)

Dalam manajemen, faktor machine merupakan penggerak otomatisasi yang berfungsi meningkatkan produktivitas serta ketepatan dalam penyelesaian beban kerja yang kompleks. Pemanfaatan teknologi yang optimal memastikan setiap tahapan operasional berjalan secara konsisten, terukur, dan mampu meminimalisir kesalahan manusia (*human error*). Penggunaan perangkat keras dan sistem digital yang

andal berfungsi sebagai alat bantu utama dalam mempercepat alur kerja serta menjamin validitas data yang dihasilkan.

Aspek *machine* pada administrasi klaim di RSUD Temanggung menunjukkan bahwa keandalan infrastruktur IT telah menjadi tulang punggung utama dalam kelancaran pengajuan klaim INA-CBGs. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan petugas verifikasi, bahwa pengelolaan klaim di rumah sakit ini secara teknis mengandalkan integrasi tiga perangkat sistem utama, yaitu Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), aplikasi e-klaim, dan *v-claim*. SIMRS merupakan sistem terintegrasi yang membantu rumah sakit dalam mengelola data pasien, keuangan, rekam medis, obat, logistik, SDM, hingga pelaporan ke pihak terkait.

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) ini digunakan melalui menu dokumen klaim dan menu *coding grouping* untuk proses input data ke INA-CBGs. Penggunaan INA-CBGs dalam proses klaim sudah sesuai dengan Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 tentang FKRTL wajib menginput seluruh komponen pelayanan kesehatan secara menyeluruh termasuk jenis pelayanan, biaya, dan obat ke dalam aplikasi e-klaim INA-CBG Kementerian Kesehatan. Hal ini didukung dengan jurnal penelitian (Yuli et al, 2022) bahwa Proses klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Mitra Paramedika dilakukan secara digital oleh petugas *casemix* melalui aplikasi e-klaim INA-CBGs.

Selanjutnya, *virtual claim* (*v-claim*) adalah aplikasi berbasis web yang dirancang oleh BPJS Kesehatan untuk memudahkan pembuatan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) oleh petugas rumah sakit bagi pasien BPJS. *v-claim* berfungsi sebagai jembatan digital yang menghubungkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dengan server pusat BPJS Kesehatan untuk semua urusan yang berkaitan dengan klaim pelayanan rawat jalan tingkat lanjut dan rawat inap. Sementara itu, e-klaim BPJS adalah sistem pengajuan klaim pelayanan kesehatan secara elektronik yang terintegrasi dengan sistem BPJS Kesehatan. Dalam operasionalnya, e-klaim berperan sebagai instrumen pembanding apabila terdapat data yang tidak dapat diverifikasi melalui SIMRS, sekaligus berfungsi sebagai sarana untuk mengirimkan file dokumen dalam format txt ke BPJS.

Keberadaan perangkat keras seperti komputer dan *scanner* berperforma tinggi, serta perangkat lunak yang terintegrasi ini sangat penting untuk mengimbangi volume dokumen pasien yang besar di rumah sakit tipe B. Namun, efektivitas teknologi tersebut sangat bergantung pada stabilitas koneksi, ketidakstabilan jaringan internet dan adanya gangguan sistem saat melakukan sinkronisasi data sering kali menjadi hambatan teknis yang tidak terelakkan di lapangan.

Masalah teknis tersebut dipicu oleh kondisi aplikasi eksternal, seperti *v-claim* BPJS, yang terkadang mengalami pemeliharaan (*maintenance*) secara mendadak tanpa pemberitahuan sebelumnya.

Kondisi ini menyebabkan proses pengiriman data digital terhenti seketika, yang pada akhirnya menghambat produktivitas petugas di unit *casemix*. Ketergantungan yang tinggi pada sistem daring ini menuntut adanya protokol penanganan dampak, seperti penyediaan jaringan cadangan dan pemeliharaan server lokal secara berkala, guna meminimalisir risiko penundaan klaim yang disebabkan oleh kegagalan sistem secara menyeluruh.

Hal ini diperkuat oleh hasil penelitian (Putri et al, 2025) terkait *machines*, bahwa kendala teknis seperti *error* pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), keterlambatan input data, gangguan saat sistem *v-claim* BPJS dalam pemeliharaan (*maintenance*), serta lambatnya respons dari pihak BPJS masih sering terjadi.

Secara keseluruhan, pengelolaan aspek *machine* di RSUD Temanggung memerlukan pemeliharaan sistem secara berkala dan pembaruan perangkat lunak secara berkelanjutan sebagai solusi untuk meminimalisir kendala administratif. Ketersediaan infrastruktur yang stabil tidak hanya mempercepat alur kerja petugas, tetapi juga menjamin bahwa setiap data pelayanan kesehatan terkirim dengan akurat sesuai dengan regulasi yang berlaku. Dengan dukungan teknologi yang andal, rumah sakit dapat memastikan kelancaran operasional.

d. *Method* (metode)

Method (metode) merupakan prosedur dan cara kerja yang diadopsi, termasuk standar operasional dan kebijakan. Dari hasil wawancara dan observasi, di RSUD Temanggung dalam pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan terdapat SOP yang menjadi pedoman petugas casemix yaitu SOP Penanganan Berkas Klaim.

Rumah sakit menerapkan sistem klaim BPJS rawat jalan terpadu untuk menjaga efisiensi dan ketepatan administrasi. Oleh karena itu, pengajuan klaim wajib dilakukan secara disiplin paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya guna mendukung kelancaran siklus klaim.

Berdasarkan observasi dan wawancara yang penulis peroleh, ditemukan bahwa petugas *casemix* RSUD Temanggung telah mengimplementasikan SOP Penanganan Berkas Klaim dengan baik melalui tata kelola yang terstruktur, mulai dari penerimaan, verifikasi, hingga validasi data. Prosedur ini juga telah diselaraskan dengan masa transisi sistem *Electronic Medical Record (EMR) hybrid* yang mengombinasikan unduhan digital dan pemindaian manual. Keberhasilan implementasi ini sejalan dengan penelitian (Devira, 2024) di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo terkait faktor metode (*method*), yang menunjukkan bahwa sosialisasi Standar Operasional Prosedur (SOP) di instalasi penjaminan serta alur klaim BPJS Kesehatan telah terlaksana dengan baik.

2. Proses

Proses adalah rangkaian kegiatan dan tugas yang mengubah masukan (*input*) menjadi produk atau jasa, seperti melaksanakan proses pengaturan, perencanaan, pengarahan, dan pengendalian (PAMJAKI, 2014)

Proses dalam hal ini merupakan tahapan transformasi sistematis yang mengintegrasikan berbagai sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan tertentu secara efektif.

3.7 Proses Verifikasi dan Pengajuan Klaim BPJS

Proses klaim mencakup implementasi fungsi manajemen dan teknis sistemis untuk memastikan setiap aktivitas berjalan selaras dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah ditetapkan. Tahap verifikasi administrasi klaim merupakan langkah awal yang sangat penting untuk memastikan seluruh berkas pendukung klaim telah lengkap secara administratif dan medis sebelum masuk ke dalam sistem pengodean.

Berdasarkan observasi penulis di RSUD Temanggung, petugas casemix telah melaksanakan kepatuhan verifikasi dan pengolahan klaim sesuai regulasi melalui beberapa tahapan sistematis sebagai berikut :

- 1) Pra-Verifikasi & Pengumpulan Berkas : Identifikasi dan verifikasi kelengkapan dokumen wajib pasca pelayanan, meliputi berkas administratif (SEP, *billing*), medis (resume, protokol terapi),

penunjang (lab, radiologi), dan dokumen khusus (surat kronologi kecelakaan).

- 2) Konfirmasi Manual Dokumen Kurang Lengkap : Petugas menghubungi unit terkait (Poli, IGD, dll.) secara manual melalui telepon untuk melengkapi data yang kurang sebelum masuk ke sistem.
- 3) Rekonsiliasi & Merger Dokumen : Pemeriksaan silang antara data hasil pemindaian dengan data entri pada SIMRS (rekonsiliasi), dilanjutkan dengan penggabungan berkas fisik/digital (merger), serta memastikan jumlah SEP sesuai dengan berkas klaim untuk mencegah data tercecer.
- 4) Validasi Kualitas Medis dan *Coding* : Penetapan kode diagnosis/tindakan (ICD-10 & ICD-9-CM) untuk tarif INA-CBGs, serta pengecekan kesesuaian antara kode diagnosis dengan bukti klinis pendukung.
- 5) Verifikasi Internal (*Review Dokter*) : Peninjauan ulang berkas oleh dokter verifikator internal untuk memastikan kesesuaian diagnosa dan tindakan dengan pedoman klinis, termasuk menambahkan diagnosis yang belum terinput oleh DPJP.
- 6) Pengiriman via *V-Claim* : Pengunggahan dokumen yang telah valid dan sinkron ke aplikasi *V-Claim* BPJS Kesehatan setelah memastikan keakuratan data administratif.

7) Pelaporan & Penerbitan BAHV : Pembuatan laporan formal untuk menghasilkan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) sebagai dasar hukum pembayaran klaim.

8) Penyelesaian Klaim (*Reimbursement*) : Proses pencairan pembayaran oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit berdasarkan perhitungan tarif INA-CBGs dari berkas yang telah dikirim dan telah diverifikasi dan disetujui oleh pihak BPJS.

Kondisi di lapangan tersebut sejalan dengan hasil wawancara dengan informan U1 dan U4, yang menyatakan bahwa proses verifikasi berkas klaim BPJS oleh petugas *casemix* di RSUD Temanggung telah dilaksanakan secara sistematis melalui pemeriksaan kesesuaian antara dokumen SEP, *billing* pelayanan, dan bukti klinis pendukung. Alur kerja dimulai dari pengecekan kelengkapan berkas, proses pengodean (*coding*), hingga tinjauan oleh dokter verifikator internal sebelum dilakukan penggabungan (*merger*) dokumen. Tahap penting lainnya adalah rekonsiliasi data untuk memastikan jumlah berkas yang dipindai (*scan*) sinkron dengan data entri.

Meskipun alur verifikasi telah dirancang secara sistematis, pelaksanaan proses ini di lapangan masih menemui beberapa hambatan nyata. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan U1, kendala utama dalam proses verifikasi berkas klaim bersumber pada ketidaklengkapan dokumen pendukung yang menghambat validasi

data medis. Selain itu, petugas juga menemukan adanya diagnosis pasien yang belum terinput ke dalam sistem rumah sakit ketika proses verifikasi dimulai. Ketidaksiapan dokumen fisik serta data digital ini menyebabkan terhambatnya alur pengodean dan pengajuan klaim.

Guna menangani masalah yang muncul selama proses tersebut dan memastikan tidak ada klaim yang tertunda, petugas casemix melakukan langkah-langkah antisipatif. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan U4, menyatakan bahwa petugas menangani potensi kendala dengan melakukan verifikasi mandiri sebelum berkas dikirimkan. Proses ini dilakukan melalui pemeriksaan silang (*cross-check*) untuk memastikan kesesuaian antara jumlah SEP yang diterbitkan oleh sistem dengan jumlah SEP yang akan diajukan. Langkah utama yang diambil adalah melalui proses rekonsiliasi data, yaitu pencocokan mendetail untuk menjamin bahwa seluruh pelayanan yang telah terbit surat eligibilitasnya telah terakomodasi dalam daftar klaim, sehingga tidak ada berkas yang tertinggal atau tercecer yang dapat menyebabkan kerugian finansial bagi rumah sakit.

Dengan demikian, berdasarkan hasil observasi dan konfirmasi data wawancara yang dilakukan, seluruh rangkaian proses pengelolaan klaim oleh petugas casemix tersebut pada dasarnya telah dilaksanakan sesuai dengan regulasi yang berlaku. Hal ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, yang mengatur secara

komprehensif bahwa proses pengajuan klaim pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) wajib memenuhi kelengkapan administrasi umum dan pelayanan, serta melalui proses verifikasi menggunakan sistem INA-CBGs guna memastikan akurasi pertanggungjawaban biaya pelayanan kesehatan.

3. Ouput

Output adalah hasil dari proses dalam mencapai tujuan, yang diperoleh melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien. (PAMJAKI, 2014)

Output dalam hal ini merupakan hasil kerja konkret yang menunjukkan sejauh mana sumber daya telah ditransformasi menjadi nilai guna bagi organisasi. Pencapaian ini menjadi tolok ukur keberhasilan operasional dalam memenuhi target serta standar pelayanan yang telah ditetapkan secara sistematis.

Berdasarkan hasil observasi yang penulis laksanakan, diketahui bahwa *output* dari berkas klaim BPJS Kesehatan rawat jalan di RSUD Temanggung secara fisik dan digital terwujud dalam bentuk berkas yang mencakup Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dari aplikasi *v-claim*, resume medis lengkap yang diisi oleh DPJP, serta hasil koding diagnosis dan tindakan sesuai standar ICD-10 dan ICD-9-CM. Untuk menyusunnya, tim rekam medis secara sistematis menghimpun seluruh dokumen pendukung, seperti hasil pemeriksaan penunjang (CT Scan) dan protokol terapi,

selanjutnya melakukan validasi administratif guna memastikan bahwa seluruh sumber daya medis yang telah dikeluarkan dapat dipertanggungjawabkan secara akurat dalam laporan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) sebagai klaim yang layak bayar.

Hasil verifikasi yang dilakukan oleh Verifikator BPJS Kesehatan dan dituangkan dalam Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) membagi status klaim ke dalam tiga kategori utama. Pertama, status Layak, yaitu berkas yang dinyatakan lengkap dan memenuhi syarat sehingga klaim disetujui untuk dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit. Kedua, status Pending (tertunda), yaitu berkas yang memerlukan perbaikan atau konfirmasi kelengkapan data tambahan sehingga dikembalikan ke rumah sakit untuk direvisi. Ketiga, status Dispute (Sengketa), yang menandakan adanya ketidaksesuaian pendapat atau perbedaan interpretasi koding antara pihak rumah sakit dan verifikator yang memerlukan peninjauan ulang lebih mendalam. Seluruh proses ini merupakan bagian dari mekanisme penggantian biaya (*reimbursement*) berdasarkan tarif INA-CBGs yang telah disepakati.

Dalam alur administrasinya, seluruh berkas diklaim secara kolektif oleh RSUD Temanggung ke pihak BPJS. Setelah proses verifikasi selesai, pihak rumah sakit dan verifikator BPJS akan menyepakati hasil tersebut, yang kemudian dituangkan ke dalam laporan BAHV. Laporan ini menjadi rujukan utama yang berisi rincian seluruh berkas klaim yang telah diklasifikasikan statusnya sebagai dasar penyelesaian pembayaran.

Berdasarkan laporan evaluasi periode Januari hingga Juni 2025, tercatat 69.318 berkas klaim layak. Namun masih ditemukan 424 berkas atau 0,6% klaim pending di unit rawat jalan RSUD Temanggung.

Berdasarkan pernyataan dari informan U3 yang menyebutkan bahwa, penyebab utama klaim pending berawal dari ketidaklengkapan dokumen penunjang, seperti hasil pemeriksaan CT Scan yang belum diunggah serta protokol terapi kemoterapi yang tidak terlampir. Kondisi serupa juga teridentifikasi pada pelayanan gawat darurat, di mana laporan tindakan pemasangan ET (*Endotracheal Tube*) sering kali belum terinput ke dalam sistem. Hal ini menyebabkan verifikator tidak dapat memvalidasi tindakan medis secara tepat waktu.

a. Faktor Yang Mempengaruhi Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung

Penelaahan dokumen dilakukan oleh penulis berdasarkan adanya 424 berkas klaim pending pada pasien BPJS rawat jalan di RSUD Temanggung, yang jika dipersentasekan mencapai 0,6%. Guna mendalami permasalahan tersebut, penulis menggali lebih lanjut melalui aspek 4M, yaitu *man* (manusia), *material* (bahan), *machine* (mesin), dan *method* (metode). Berdasarkan analisis terhadap keempat faktor tersebut, ditemukan beberapa kendala yang menyebabkan berkas dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan ke rumah sakit. Meskipun petugas *casemix* telah berupaya menyelesaikan seluruh berkas tersebut

untuk diajukan kembali, hasil verifikasi akhir menunjukkan adanya penyesuaian yang menyebabkan penurunan tarif klaim.

Penyebab lain yang juga ditemukan berkaitan dengan regulasi penggabungan episode perawatan serta revisi kode secara umum. Apabila seorang pasien menjalani perawatan rawat jalan yang kemudian berlanjut menjadi rawat inap, maka tarif rawat jalannya secara otomatis akan melebur dan masuk ke dalam satu kesatuan tarif rawat inap, yang pada akhirnya menurunkan total penerimaan dibanding jika keduanya berdiri sendiri.

b. Penyelesaian Klaim Pending

Penyelesaian klaim pending rawat jalan merupakan proses rekonsiliasi sistematis yang melibatkan identifikasi masalah pada laporan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV), pendistribusian kembali berkas ke unit terkait untuk perbaikan dokumen medis maupun administratif, hingga tahap pengajuan ulang (*re-submit*) ke sistem BPJS Kesehatan. Tahapan ini memerlukan koordinasi aktif antara tim *casemix* dan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).

Berdasarkan hasil observasi dengan petugas *casemix* RSUD Temanggung, berikut adalah proses penyelesaian klaim pending.

1) Prosedur Teknis Pemeriksaan Berkas

Proses diawali dengan pengecekan mendalam secara *by case* (per kasus) karena setiap pasien memiliki kendala yang berbeda.

Langkah-langkahnya meliputi :

- a) Validasi Identitas : Mencocokkan nomor SEP dan nomor Rekam Medis (RM) melalui Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS).
- b) Audit Digital : Membuka dokumen PDF klaim untuk memeriksa kelengkapan dokumen pendukung dan kebutuhan coding.
- c) Sinkronisasi : Mencocokkan data internal dengan hasil verifikasi dari pihak BPJS.

2) Upaya Pemenuhan Kelengkapan Dokumen

Petugas melakukan koordinasi aktif lintas unit untuk melengkapi kekurangan berkas, diantaranya :

- a) Pemeriksaan Penunjang : Mengonfirmasi dan meminta hasil CT Scan, USG, atau hasil Laboratorium Patologi Anatomi (PA) kepada unit terkait jika belum terlampir.
- b) Layanan Spesifik : Menghubungi bagian kemoterapi untuk protokol terapi atau bagian fisioterapi jika dokumen asesmen belum lengkap.
- c) Resume Medis : Meminta DPJP (dokter) untuk melengkapi resume medis yang masih kosong atau belum detail sebelum berkas dikirim ulang.
- d) Kasus Khusus : Melakukan *unfinal* pada sistem jika ditemukan satu episode rawat jalan yang berlanjut menjadi rawat inap agar coding dapat disesuaikan.

3) Rekonsiliasi Koding dengan DPJP

Jika terjadi perbedaan persepsi koding dengan BPJS, petugas melakukan konfirmasi ke dokter melalui tiga opsi keputusan :

- a) Pertahankan : Jika koding sudah sesuai dengan kaidah koding yang sebenarnya, petugas menggunakan lembar konfirmasi untuk mempertahankan argumen ke BPJS.
- b) Revisi : Melakukan perbaikan koding jika ditemukan ketidaksesuaian setelah kroscek ulang.
- c) ACC : Mengikuti kode yang ditentukan oleh verifikator BPJS demi kelancaran klaim.

4) Manajemen Waktu Pengiriman (*Re-submit*)

RSUD Temanggung menerapkan strategi waktu yang ketat untuk menjaga arus kas sebagai berikut :

- a) Penyelesaian klaim pending : Proses perbaikan dilakukan segera setelah diterbitkannya hasil verifikasi oleh pihak BPJS Kesehatan yang mengidentifikasi sejumlah 424 berkas atau 0,6 % klaim pending pada periode Januari hingga Juni tahun 2025.
- b) Target Internal : Ketentuan BPJS Kesehatan memberikan batas waktu pengajuan ulang hingga 6 bulan, pihak rumah sakit berkomitmen untuk menyelesaikannya pada bulan terdekat guna mencegah terjadinya penumpukan beban kerja serta menjaga efisiensi operasional di akhir periode.

5) Finalisasi

Data perbaikan diintegrasikan kembali ke dalam berkas setelah dokumen semua lengkap, untuk kemudian dikonversi menjadi format file txt dan dikirim ulang melalui sistem BPJS Kesehatan.

Seluruh 424 berkas klaim pending telah berhasil diselesaikan pada Oktober 2025 dengan tingkat pengajuan ulang ke BPJS Kesehatan mencapai 100%. Namun, dalam realisasinya, terdapat penurunan tarif klaim dibandingkan dengan nilai pengajuan awal.

Kondisi tersebut selaras dengan pernyataan wawancara dengan petugas casemix mengenai prosedur rekonsiliasi, pada tahapan tersebut, petugas memilih opsi "ACC" dengan mengikuti standar pengodean hasil verifikasi pihak BPJS. Langkah ini diambil sebagai upaya optimalisasi agar berkas memenuhi kriteria layak bayar, sehingga proses administrasi dalam laporan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) dapat terselesaikan secara tepat waktu.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

A. Input

1. *Man* (SDM) : Petugas kompeten, namun beban kerja tidak seimbang dengan volume klaim menyebabkan *overload*, sehingga harus melakukan *re-work* untuk menangani klaim berjalan serta klaim pending.
2. *Material* (Dokumen) : Pelaksanaan dokumen penunjang tersedia, namun perlu dikonfirmasi ulang kepada pihak penjamin
3. *Machine* (Teknologi) : Integrasi SIMRS, e-klaim, dan *v-claim* sudah berjalan, namun masih terkendala gangguan jaringan serta pemeliharaan sistem BPJS yang tidak terbaca.
4. *Method* (Prosedur) : SOP tata kelola klaim dan transisi EMR *hybrid* berjalan baik.

B. Proses

Proses klaim rawat jalan RSUD Temanggung berjalan sistematis melalui verifikasi administrasi (pengumpulan dan sinkronisasi berkas pada SIMRS), koding serta teknis medis.

C. Output

Output klaim berupa berkas digital dan fisik lengkap hingga penerbitan BAHV layak bayar. Klaim pending telah berhasil diselesaikan pada Oktober 2025.

5.2 Saran

1. Pertimbangan penambahan tenaga di unit casemix.
2. Mempertahankan stabilitas sistem verifikasi dan alur teknis klaim yang sudah berjalan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- 'Aida, E. D. N. (2022). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Pada Diagnosis Pneumoni Kasus Covid-19 Di Rumah Sakit Umum Daerah Caruban Pada Tahun 2021. *Repository.Stikes-Bhm.Ac.Id*.
- Cahyadi et al. (2022). Pengantar Manajemen. In Paput Tri Cahyono (Ed.), *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents* (Vol. 7, Nomor 2). CV.Rey Media Grafika. https://www.researchgate.net/profile/Fachrurazi-Fachrurazi/publication/359706517_Pengantar_Manajemen/links/6249e82a7931cc7ccf12496a/Pengantar-Manajemen.pdf
- Devira. (2024). No Title. *JAMIKA (Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia)*. <https://sipora.polije.ac.id/43001/1/Ringkasan.pdf>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Handayani et al. (2024). Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Dalam Rangka Mengoptimalkan Pendapatan Di RSUD Banten. *Ilmiah*, 8(12), 3512–3529. <https://arl.ridwaninstitute.co.id/index.php/arl/article/view/2532>
- Herman et al. (2020). Herman, Lutfiatun Nadibah, Sustin Farlinda, Efri Tri Ardianto, Agus Setiawan Abdurachman S.AP Amd Kes. Tinjauan Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap Di RSUP Dr. Hasan Sadikin. 2020. Vol. 1 (4). *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 575–581. <https://publikasi.polije.ac.id/index.php/j-remi/article/view/2030>
- Kemenkes RI, 2021. (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021*, 26, 23. https://www.jariungu.com/peraturan_detail.php?permenkes-26-tahun-2021-tentang-pedoman-indonesian-case-base-groups-ina-cbg-dalam-pelaksanaan-jaminan-kesehatan&qPeraturan=&idPeraturan=209519

- Kemenkes RI, 2022. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022*, 151(2), 1–19. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/245544/permenkes-no-24-tahun-2022>
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *MediaMedia Kesehatan Masyarakat Indonesia (MKMI)*., February, 374–379. <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/mkmi/article/view/46178/22686>
- PAMJAKI. (2014). Managed Care A : Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan (terjemahan). In Rosa Ch. Ginting (Ed.), *America* (2014 ed.). PAMJAKI (Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia). https://perpus-utama.poltekkes-malang.ac.id/assets/file/jurnal/Modul_MCA_2014.pdf
- Peraturan BPJS Kesehatan No 7. (2018). Peraturan Bpjs Tentang Pengelolaan Klaim. *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggraraan Jaminan Kesehatan*. <https://jdih.djsn.go.id/assets/file/07-bpjs-2018.pdf>
- Perdir BPJS No 19. (2023). *Perdir BPJS No19 tahun 2023*. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. <https://www.scribd.com/document/790572775/Perdir-1>
- Permenkes No.3. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. 3, 1–80. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/152506/permenkes-no-3-tahun-2020>
- Permenkes No 28. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan KEsehatan Nasional. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan KEsehatan Nasional*. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/117565/permenkes-no-28-tahun-2014>

- Prawiyogi, A. G., Sadiah, T. L., Purwanugraha, A., & Elisa, P. N. (2021). Penggunaan Media komunikasi untuk Menumbuhkan Minat partisipasi remaja di karang taruna. *Jurnal Basicedu*, 5(1), 446–452.
- Putri. (2025). Analisis Faktor Penghambat Pengajuan Klaim BPJS Rawat Inap di RSUD Majenang Tahun 2023 Analysis of Inhibiting Factors in Submitting Inpatient BPJS Claims at Majenang Hospital in 2023. *HIJP : Health Information Jurnal Penelitian*, 17(1), 101–115. <https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/hijp/article/view/1677/1708>
- Putri et al. (2025). *Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung*. <https://journal.larpainstitute.com/index.php/jkti>
- Sari dan Hidayat. (2023). *Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pelayanan BPJS di Era JKN*. Vol 54, 1: 5-9. <https://5cautodiscover.medicinaudayana.org/index.php/medicina/article/view/1203/458>
- Saputri et al. (2022). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Bpjs Rawat Jalan Bulan September Tahun 2022 Di Rs X. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 2(1), 12–19. https://www.researchgate.net/publication/373194253_Analisis_Faktor_Penyebab_Pending_Klaim_Bpjs_Rawat_Analysis_of_Factors_Causing_Pending_BPJS_Outpatient_Claim_in_September_2022_at_X_Hospital
- Shofiarini et al. (2023). Tinjauan Pelaksanaan Penyusutan dan Pemusnahan Rekam Medis di RSUD Muntilan. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 8(1), 102–111. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v8i1.1136>
- Sugiyono. (2013). *Metodologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D* (19 ed.). Alfabeta, CV. https://digilib.stekom.ac.id/assets/dokumen/ebook/feb_35efe6a47227d6031a75569c2f3f39d44fe2db43_1652079047.pdf

- Undang-Undang No. 24 Tahun. (2011). Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011
 Title. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*, 2(1), 20–29.
<https://peraturan.bpk.go.id/Details/39268>
- Wahab, S., & Salina. (2024). Analisis Data dan Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Guna Menunjang Ke Efektivitasan Pengklaiman di RSUD Kota Bandung Tahun 2024. *Journal of Medical Record Student*, 2, 56–66.
<https://journal.piksi.ac.id/index.php/jmers/article/view/1431/844>
- Warouw et al. (2025). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS di Pelayanan Rawat Jalan. *Sosial dan Sains*, 5, 1029–1038.
<https://sosains.greenvest.co.id/index.php/sosains/article/view/32646/2088>
- Yuli et al. (2022). Analisis Penyebab Keterlambatan Verifikasi Klaim BPJS Pada Pembiayaan Pasien di Rumah Sakit Umum Mitra Paramedika Analysis Of The Causes BPJS Claim Verfication Delay On Patient Financing In Mitra Paramedika Hospital. *Analisis Penyebab Keterlambatan Verifikasi Klaim BPJS Pada Pembiayaan Pasien di Rumah Sakit Umum Mitra Paramedika Analysis Of The Causes BPJS Claim Verfication Delay On Patient Financing In Mitra Paramedika Hospital*, 13(1), 43–53.
<https://jurnal.permataindonesia.ac.id/index.php/JPI/article/view/54>

L

A

M

P

I

R

A

N

LAMPIRAN

Lampiran 1.1 Surat Izin Studi Pendahuluan dari RSUD Temanggung

	PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219 Telepon 0293 491119 Faksimili 0293 493423 Surel Elektronik : rsud_temanggung@yahoo.co.id Laman : rsud.temanggungkab.go.id
Temanggung, 28 November 2025	
Nomor	: B/ 566 /070/XI/2025
Lampiran	: -
Hal	: <u>Ijin Studi Pendahuluan</u>
Yth. Wakil Direktur I Bidang Akademik dan Kemahasiswaan Akademi Kesehatan Muhammadiyah Temanggung	
di <u>TEMANGGUNG</u>	
Berdasarkan Permohonan Ijin Studi Pendahuluan tanggal 24 November 2025 penihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan hormat kami sampaikan bahwa kami memberikan ijin Studi Pendahuluan di Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit RSUD Kabupaten Temanggung bagi peneliti sebagai berikut: Nama : Fadhila Al Aina NIP : 1202301058 Judul : Faktor yang Mempengaruhi Keterlambatan Proses Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung Adapun Biaya Pengambilan Data sesuai dengan Peraturan Bupati Nomor 34 tahun 2024 tanggal 9 Oktober 2024 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pemungutan Pendapatan pada Badan Layanan Umum Daerah sebesar @Rp. 75.000,- per orang untuk mahasiswa D3 / D4/ S1. Pembayaran dilakukan dengan transfer ke Bank Pembangunan Daerah Jawa Tengah (BPD-Jateng) dengan Nomor Rek. 1014003122 an. Bend Penerimaan BLUD RSUD Temanggung. Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih,	
 dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S, M.Kes Pembina Tingkat I NIP. 19760401 200312 2 010	

Lampiran 1.2 Surat Izin Penelitian dari RSUD Temanggung



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Gajah Mada Nomor 1A, Temanggung Kode Pos 56219
Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423
Surat Elektronik: rsud_temanggung@yahoo.co.id Laman : rsud.temanggungkab.go.id

Temanggung, 2 Februari 2026

Nomor : B/0097/070/II/2026
Lampiran : -
Hal : Ijin Penelitian

Yth. Wakil Direktur I Bidang Akademik dan
Kemahasiswaan Akademi Kesehatan
Muhammadiyah Temanggung

di
TEMANGGUNG

Berdasarkan *Ethical Clearance* dari Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Kabupaten Temanggung Nomor: 04/EC/KEPK_RSUD.TMG/II/2026 tanggal 2 Februari 2026 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan hormat kami sampaikan bahwa kami memberikan ijin untuk melakukan penelitian di Rekam Medis RSUD Kabupaten Temanggung bagi peneliti sebagai berikut:

Nama : Fadhila AJ Aina
NIM : 1202301056
Judul : Faktor Yang Mempengaruhi Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung

Biaya penelitian sesuai dengan Peraturan Bupati Nomor 34 tahun 2024 tanggal 9 Oktober 2024 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pemungutan Pendapatan pada Badan Layanan Umum Daerah sebesar Rp 300.000,-/orang untuk mahasiswa D3/S1 dengan kategori Exempted. Pembayaran dilakukan dengan transfer ke Bank Pembangunan Daerah Jawa Tengah (BPD-Jateng) dengan Nomor Rekening: 1014003122 a.n. Bend. Penerimaan BLUD RSUD Temanggung.

Demikian untuk menjadikan perhatian.



dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19760401 200312 2 010

Lampiran 1.3 Surat Keterangan Layak Etik dari RSUD Temanggung

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
(*Health Research Ethics Committee*)
RSUD KABUPATEN TEMANGGUNG

KETERANGAN LAYAK ETIK
(*Description of Ethical Approval*)
04/EC/KEPK_RSUD.TMG/II/2026

Protokol penelitian yang diusulkan oleh:

Peneliti Utama : **FADHILA AL AINA**
Institusi Asal : **AKADEMI KESEHATAN MUHAMMADIYAH TEMANGGUNG**
Tempat Penelitian : **RSUD KABUPATEN TEMANGGUNG**
Dengan Judul :

**"FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENDING KLAIM BPJS
KESEHATAN RAWAT JALAN DI RSUD TEMANGGUNG"**

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (Tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1). Nilai Sosial, 2). Nilai Ilmiah, 3). Pemerataan Beban dan Manfaat, 4). Resiko, 5). Bujukan/Eksploitasi, 6). Kerahasiaan dan Privasi, dan 7). Persetujuan setelah Penjelasan, yang merujuk pada CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap Standar.

Pernyataan layak etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 2 Februari 2026 sampai dengan tanggal 2 Februari 2027.



Temanggung, 2 Februari 2026

Ketua
Komite Etik Penelitian Kesehatan
RSUD Kabupaten Temanggung

dr. NINING KRISYANTI, Sp.PK
NIP. 197409162003122009

Lampiran 1.4 Surat Pernyataan Peneliti

SURAT PERNYATAAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Fadhila Al Aina
NIM/NIP : 1202301056
Judul Penelitian : Faktor Yang Mempengaruhi Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung
Program Studi : DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Fakultas/Asal Instansi : Akademi Kesehatan Muhammadiyah Temanggung

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa saya bersedia mematuhi semua prinsip yang tertuang dalam pedoman etik WHO 2011 dan CIOMS 2016. Apabila saya melanggar salah satu prinsip tersebut dan terdapat bukti adanya pemalsuan data, maka saya bersedia diberikan sanksi sesuai dengan kebijakan dan aturan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, atas perhatiannya saya mengucapkan terima kasih.

Temanggung, 9 Januari 2026



(Fadhila Al Aina)

Lampiran 1.5 Lembar Informan Penelitian

INFORMED CONSENT LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Jabatan : *Staf RMO*
Umur :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia dan tidak keberatan menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Fadhila Al Aina, mahasiswa prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Akademi Kesehatan Muhammadiyah Temanggung dengan judul "Faktor Yang Mempengaruhi Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung".

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sukarela tanpa paksaan dari pihak manapun dan kiranya dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Temanggung, 3 Februari 2026

Pembuat pernyataan,



INFORMED CONSENT LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Jabatan : *TERAMPIL PEREKAM MEDIS*
Umur :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia dan tidak keberatan menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Fadhila Al Aina, mahasiswa prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Akademi Kesehatan Muhammadiyah Temanggung dengan judul "Faktor Yang Mempengaruhi Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung".

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sukarela tanpa paksaan dari pihak manapun dan kiranya dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Temanggung, 21 FEBRUARI 2026

Pembuat pernyataan,



INFORMED CONSENT
LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : 
Jabatan : *Perkam Medis Temanggit*
Umur : 
Alamat : 

Dengan ini menyatakan bersedia dan tidak keberatan menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Fadhila Al Aina, mahasiswa prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Akademi Kesehatan Muhammadiyah Temanggung dengan judul "Faktor Yang Mempengaruhi Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung".

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sukarela tanpa paksaan dari pihak manapun dan kiranya dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Temanggung, *21 Februari* 2026

Pembuat pernyataan,


(.....)

INFORMED CONSENT
LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : 
Jabatan : *Perkam Medis - Temanggit*
Umur : 
Alamat : 

Dengan ini menyatakan bersedia dan tidak keberatan menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Fadhila Al Aina, mahasiswa prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Akademi Kesehatan Muhammadiyah Temanggung dengan judul "Faktor Yang Mempengaruhi Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung".

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sukarela tanpa paksaan dari pihak manapun dan kiranya dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Temanggung, *23 Februari* 2026

Pembuat pernyataan,


(.....)

INFORMED CONSENT
LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

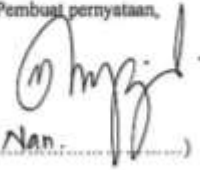
Nama : An.
Jabatan : Ka. Instalasi
Umur :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia dan tidak keberatan menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Fadhila Al Aina, mahasiswa prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Akademi Kesehatan Muhammadiyah Temanggung dengan judul "Faktor Yang Mempengaruhi Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung".

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sukarela tanpa paksaan dari pihak manapun dan kiranya dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Temanggung, 4 : 3 : 2026

Pembuat pernyataan,


(Nan.....)

Lampiran 1.6 Uji Turnitin



**AKADEMI KESEHATAN
MUHAMMADIYAH TEMANGGUNG
PERPUSTAKAAN**

Email : perpustakaanakmt@gmail.com, Telepon : 081228585880

Jl Gerilya No 83,
Dompén, Kowongan,
Kec. Temanggung,
Kab. Temanggung,
Jawa Tengah.

Bismillahirrahmaanirrahim

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI TURNITIN

Nomor : 010/AKMT/PERPUS/V/2026

Assalamudlaikum wr.wb

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Fadhila Al Aina
NIM : 1202301056
Submission ID : 2945221391
Prodi : DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Judul Karya Ilmiah : Faktor yang Mempengaruhi Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung

Karya ilmiah yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Turnitin dengan hasil kemiripan (*similarity*) sebesar 6 %.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamudlaikum wr.wb

Temanggung, 05 Mei 2026

Perpustakaan


Dinle Ardhianti, S.IP

**FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENDING KLAIM BPJS :
KESEHATAN RAWAT JALAN DI RSUD TEMANGGUNG**

Similarity report			
6%	6%	5%	1%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
Sources			
1	perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id		1%
	Internet Source		
2	perpus-utama.poltekkes-malang.ac.id		1%
	Internet Source		
3	journal.piksi.ac.id		1%
	Journal Source		
4	www.coursehero.com		1%
	Internet Source		
5	peraturan.bpk.go.id		1%
	Internet Source		
6	repository.helvetia.ac.id		1%
	Internet Source		
7	rsud.temanggungkab.go.id		1%
	Internet Source		

Lampiran 1.7 Lembar Pedoman Wawancara

- Informan Petugas Verifikasi, Petugas Klaim, Petugas Koding
- Informan Triangulasi (Kepala Instalasi Rekam Medis)

A. Pedoman Wawancara Petugas Verifikasi

No	Informan	Pertanyaan	Jawaban
1.	Petugas Verifikasi	INPUT a. Man (Manusia) 1) Apakah pendidikan terakhir petugas verifikasi?	
		2) Berapa lama petugas verifikasi bekerja di bagian verifikasi?	
		3) Apakah petugas sudah mengikuti pelatihan terkait verifikasi dan entri data?	
		b. Material (Material) 1) Dokumen dan syarat apa saja yang perlu dilengkapi untuk menyiapkan berkas klaim rawat jalan yang diajukan ke BPJS?	
		2) Dokumen apa yang paling sering menjadi kendala dalam proses verifikasi?	
		c. Machine (Mesin) 1) Sistem atau perangkat apa yang digunakan dalam pengelolaan verifikasi klaim BPJS di RSUD Temanggung?	
		2) Apakah sistem atau aplikasi untuk pelaksanaan klaim berjalan lancar? Jika mengalami kendala, kendala apa saja yang dihadapi?	
		3) Apakah pernah dilakukan upgrade perangkat keras atau perangkat lunak? Jika iya, apa alasannya?	

		a. Method (Metode) 1) Apakah terdapat SOP khusus dalam proses klaim BPJS?	
		2) Apakah petugas sudah menjalankan sesuai SOP yang telah ditetapkan?	
		3) Metode evaluasi apa yang digunakan untuk meningkatkan proses verifikasi klaim di RSUD Temanggung?	
		4) Apakah kegiatan evaluasi dan audit klaim dilakukan secara rutin untuk meningkatkan proses klaim di RSUD Temanggung?	
2.		PROSES 1. Bagaimana alur proses verifikasi berkas klaim BPJS yang diterapkan di RSUD Temanggung?	
		2. Apa saja dokumen yang harus dipastikan lengkap selama proses verifikasi klaim?	
		3. Apa kendala yang sering dihadapi dalam proses verifikasi berkas klaim?	
		4. Bagaimana alur proses klaim rawat jalan di RSUD Temanggung?	
3		OUTPUT 1. Faktor apa yang mempengaruhi pending dalam verifikasi berkas klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung?	
		2. Bagaimana proses penyelesaian klaim pending dalam verifikasi klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung?	

B. Pedoman Wawancara Petugas Klaim

No	Informan	Pertanyaan	Jawaban
2.	Petugas Klaim	PROSES 1) Bagaimana alur proses klaim Rawat Jalan di RSUD Temanggung?	
		2) Bagaimana petugas klaim menangani masalah yang muncul selama proses klaim untuk memastikan tidak ada klaim yang tertunda?	
		3) Apakah terdapat kendala teknis yang sering ditemui selama proses input data klaim?	
3.		OUTPUT 1. Faktor apa yang mempengaruhi pending klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung?	
		2. Bagaimana proses penyelesaian klaim pending BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung?	

C. Pedoman Wawancara Petugas Koder A dan B

No.	Informan	Pertanyaan	Jawaban
2.	Petugas Koder	PROSES Pengkodean dan Entri Data dengan INA-CBGs 1. Apa saja jenis kesalahan coding dan mengcoding grouping yang sering menyebabkan klaim pending?	
3.		OUTPUT 1) Jenis coding apa yang mempengaruhi pending klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung?	
		2) Bagaimana proses penyelesaian klaim pending terkait coding BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung?	

D. Pedoman Wawancara Kepala Instalasi Rekam Medis

RSUD Temanggung Sebagai Informan Triangulasi

No	Informan	Pertanyaan	Jawaban
1.	Kepala Instalasi Rekam Medis	INPUT	
		a. Man (Manusia)	
		1) Apakah pendidikan terakhir Kepala Instalasi Rekam Medis?	
		2) Berapa lama bekerja di RSUD Temanggung?	
		3) Untuk pelatihan berapa kali?	
		b. Material (Material)	
		1) Dokumen dan syarat apa saja yang perlu dilengkapi untuk menyiapkan berkas klaim rawat jalan yang akan diajukan ke BPJS?	
		2) Dokumen apa yang paling sering menjadi kendala kelengkapan dalam pengajuan klaim, dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi proses penyelesaian klaim?	
		3) Bagaimana prosedur pengumpulan dan penyimpanan dokumen klaim dapat dioptimalkan untuk memastikan kualitas dan ketersediaan material yang diperlukan selama proses klaim?	
		c. Machine (Mesin)	
		1) Sistem atau perangkat apa yang digunakan dalam pengelolaan klaim BPJS di RSUD Temanggung?	
		2) Apakah sistem/aplikasi untuk pelaksanaan klaim berjalan lancar? Jika mengalami kendala, kendala apa saja yang dihadapi?	

		3) Apakah kebutuhan untuk upgrade perangkat keras atau perangkat lunak pernah muncul, dan alasan apa yang mendasarinya?	
		d. Method (Metode) 1) Apakah terdapat SOP khusus dalam proses klaim BPJS?	
		2) Seberapa konsisten petugas dalam mengikuti SOP yang telah ditetapkan?	
		3) Metode evaluasi apa yang digunakan untuk meningkatkan proses klaim di RSUD Temanggung?	
		4) Apakah kegiatan evaluasi dan audit klaim dilakukan secara rutin untuk meningkatkan proses klaim di RSUD Temanggung?	
		PROSES Petugas Verifikasi 1. Bagaimana proses verifikasi administrasi klaim BPJS yang diterapkan di RSUD Temanggung? 2. Apa saja dokumen yang harus dipastikan lengkap selama proses verifikasi klaim? 3. Apakah ada SOP khusus untuk verifikasi administrasi klaim? Jika ada, bagaimana pelaksanaannya? 4. Apa tantangan yang sering dihadapi dalam proses verifikasi administrasi klaim? 5. Bagaimana proses klaim rawat jalan di RSUD Temanggung?	

		PROSES Petugas Klaim 1. Bagaimana proses klaim Rawat Jalan di RSUD Temanggung? 2. Bagaimana tim menangani masalah yang muncul selama proses klaim untuk memastikan tidak ada klaim yang tertunda? 3. Bagaimana kesesuaian antara waktu penyelesaian klaim yang diharapkan dengan kenyataan di RSUD Temanggung? 4. Apakah terdapat kendala teknis yang sering ditemui selama proses input data klaim? 5. Apa saja tantangan umum yang dihadapi dalam proses klaim BPJS oleh pasien di RSUD Temanggung?	
		PROSES Petugas Koding Pengkodean dan Entri Data dengan INA-CBGs 1. Apa saja jenis kesalahan coding dan grouping yang sering menyebabkan klaim pending? 2. Apakah petugas sudah mengikuti pelatihan terkait akurasi dalam pengkodean dan entri data?	
3.		OUTPUT 1. Faktor apa yang mempengaruhi pending klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung?	
		2. Bagaimana proses penyelesaian klaim pending BPJS Kesehatan Rawat Jalan di RSUD Temanggung?	

Lampiran 1.8 Reduksi Informan

4M, Proses dan Output	Temuan / Intisari Reduksi Data	Informan (Kode)
<i>Man</i> (Manusia)	Mayoritas petugas berlatar belakang pendidikan D3/D4 Rekam Medis dengan pengalaman kerja 1,5 hingga 5 tahun. Kepala Instalasi berlatar S2 Hukum Kesehatan dengan masa kerja 15 tahun. Petugas caemix dan Kepala RM rutin mengikuti pelatihan/seminar terbaru terkait koding dan sistem i-DRG .	Petugas U1, U2, U3 dan K
<i>Material</i> (Dokumen)	Berkas klaim wajib meliputi SEP, resume medis, rincian billing, rincian/resep obat, surat perintah kontrol, dan hasil penunjang . Pending klaim paling sering dipicu oleh hasil pemeriksaan penunjang yang belum lengkap/belum terunggah (Laboratorium, Radiologi/CT-Scan/MRI, hasil PA) karena proses ekspertise dokter yang memakan waktu . Adanya kendala ketidaklengkapan tanda tangan dokter pada resume medis serta belum terlampirnya protokol klinis khusus (protokol kemoterapi & rehabilitasi medik). Kasus Satu Episode : Pasien rawat jalan yang langsung masuk rawat inap di hari yang sama sering memicu pending karena petugas poli tetap mengklaimkannya secara terpisah, ditambah sistem internal RS belum memiliki fitur penyaringan otomatis (purifikasi) seperti milik BPJS .	Petugas U1, U2, U3 dan K
<i>Machine</i> (Sistem/Alat)	RSUD Temanggung menggunakan aplikasi SIMRS yang sudah ter-bridging dengan E-Klaim (INA-CBG's/i-DRG) dan v-claim BPJS . Proses klaim sering terhambat masalah teknis berupa jaringan internet internal yang lambat serta sistem pusat yang mengalami perbaikan secara mendadak . Solusi kendala teknis dilakukan dengan langsung menghubungi petugas IT/SIMRS .	Petugas U1, U2, U3 dan K
<i>Method</i> (Metode)	Rumah sakit telah memiliki SOP khusus terkait Penanganan Berkas Klaim (baik manual maupun berbasis Elektronik/ERM) dan seluruh petugas sudah menjalankannya secara konsisten . Berdasarkan SOP, hasil pemeriksaan dari unit penunjang (seperti rontgen) memiliki batas toleransi maksimal 7 hari untuk dikirim ke Rekam Medis . Evaluasi keakuratan koding dan kelengkapan berkas dilakukan rutin setiap bulan dengan memanfaatkan umpan balik data klaim pending serta Verifikasi Pasca Klaim (VPK) dari BPJS. Pertemuan Utilisasi Review diadakan rutin setiap 3 bulan.	Petugas U1, U2, U3 dan K Petugas U1, U2, U3 dan K
Proses	Proses verifikasi berkas klaim BPJS di RSUD Temanggung telah berjalan sistematis melalui pengecekan kelengkapan dokumen, pengodean, rekonsiliasi data, hingga penerbitan BAHV melalui v-claim. Namun, pelaksanaan di lapangan masih menemui hambatan berupa ketidaklengkapan dokumen pendukung akibat hasil PA yang belum terinput ke SIMRS karena terdapat proses kultur yang membutuhka waktu.Kondisi tersebut menyebabkan terhambatnya alur pengajuan klaim sehingga berisiko tinggi memicu status <i>pending</i> . Sebagai langkah antisipatif, petugas <i>casemix</i> melakukan verifikasi mandiri yang ketat sebelum berkas dikirimkan ke pihak BPJS. Petugas melakukan pemeriksaan silang dan rekonsiliasi mendetail guna memastikan seluruh SEP yang terbit telah terakomodasi tanpa ada yang tercecer.	Petugas U1 dan K

Output	Output klaim berupa berkas digital dan fisik lengkap hingga penerbitan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) layak bayar . Namun, pada periode Januari–Juni 2025 terdapat 424 berkas klaim pending yang menjadikan piutang rumah sakit pada pihak penjamin. Alur Penyelesaian : Petugas meneliti berkas pending satu per satu (by case) melalui SIMRS, membuka PDF, melengkapi dokumen yang kurang dengan menghubungi unit terkait (Laborat, Radiologi, Poli, Dokter), melakukan unfinal, lalu mengirim ulang setelah masa klaim reguler bulanan selesai. Klaim pending tersebut telah berhasil diselesaikan seluruhnya pada Oktober 2025 melalui Berita Acara (BA) Kesepakatan Bersama antara pihak Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan, yang berdampak pada terjadinya penurunan tarif	Petugas U1 dan K
--------	---	---------------------

Lampiran 1.9 Lembar Checklist Observasi

No	Tanggal	Unit yang Diteliti	Data Sekunder	Checklist Observasi
1	Selasa, 17 Februari 2026	Unit Casemix RSUD Temanggung	Syarat-syarat klaim Rawat Jalan	√
2	Selasa, 17 Februari 2026	Unit Casemix RSUD Temanggung	SOP Klaim Berupa SOP Penanganan Berkas Klaim	√
3	Rabu, 18 Februari 2026	Unit Casemix RSUD Temanggung	Alur Verifikasi Klaim Rawat Jalan	√
4	Rabu, 18 Februari 2026	Unit Casemix RSUD Temanggung	Data atau berkas penunjang klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan	√

[illegible]

3. Proses Verifikasi Dokumen Klaim

← → ↻ ⚠ Not secure 172.16.3.94:8044/inacbg

Verifikasi Dokumen Klaim

Keterangan

Keterangan Verifikator

Refresh Tabel

Merge Dokumen

List Dokumen

No.	Merge	Nama Dokumen	
1	☐	Lain - lain	↕
2	☐	INACBGS Grouping	↕
3	☒	INACBGS Rincian	↕
4	☒	Rincian Billing	↕
5	☒	SEP	↕
6	☐	Bukti Layanan HD	↕
7	☐	SPRI (Surat Perintah Rawat Inap)	↕
8	☐	Surat Perintah Kontrol Rawat Jalan	↕

4. Proses Merger Dokumen

Verifikasi Dokumen Klaim

✓ Dokumen (1 dari 1) berhasil di merge

Data Pasien

TN (0⁰)

No. SEP: 018890⁰⁰

No. Registrasi: 260476

Tanggal Masuk:

Alamat:

Kelamin:

Umur/Tgl. Lahir:

Telp.:

Dokumen: Uk. Baru Uk. Lama Hasil Merge

Hasil Merge Dokumen

Keterangan:

Keterangan Verifikator:

Revisi Tabel Merge Dokumen

List Dokumen

No.	Merge	Nama Dokumen
1	lain - lain	

Uplod

RAPIRICE Compendium

5. Hasil grouping meliputi rinciang billing, rinciang obat, bukti pemakaian obat dan alkes, serta tindakan injeksi

Claim TN (0⁰) / 111BR⁰⁰

Obat: 0⁰ Obat Kritis: 0 Obat Kemoterapi: 0
Alkes: 44 BMHP: 0 Sewa Alat: 0

Data Klinis

Tekanan Darah (mmHg):

127 48

Sistole Diastole

Diagnosa (ICD-10):

Z51

Prosedur (ICD-9):

ICD-9

Diagnosa (ICD-10):

failure-upstream after other treatment for other conditions 018.0 primer

infectious site unspecified 018.0 sekunder

infectious unspecified unspecified site 018.0 sekunder

Prosedur (ICD-9):

injection of therapeutic substance into tendon 96.41 primer

Hasil Grouping ICD-9 - final

Info	MACBQ di: 0.11816.30265422083E	-1.0.32 /
Jenis Rawat	Rawat Jalan Reguler	
MDC	Diseases and Disorders of the Nervous System	11
DRG	Chronic Nervous System Disorders - Follow up	1950220
Cost Weight **)	6.91	

Lampiran 2.1 SPO Penanganan Berkas Klaim

 RSUD KAB. TEMANGGUNG	PROSEDUR PENANGANAN BERKAS KLAIM		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit	Ditetapkan, DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG <u>dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S., M.Kes</u> Pembina NIP. 19760401 200312 2 010	
PENGERTIAN	Tata cara yang harus ditempuh oleh pasien untuk mendaftarkan diri guna memperoleh pelayanan kesehatan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.		
TUJUAN	Melaksanakan kegiatan pendaftaran pasien rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat agar semua pasien dapat dilayani dan identitasnya dapat dicatat sesuai ketentuan yang berlaku		
KEBIJAKAN	Keputusan Direktur RSUD Kabupaten Temanggung nomor 445 / 430 Tahun 2015 tentang Kebijakan Pelayanan RSUD Kabupaten Temanggung.		
PROSEDUR	Pasien Rawat Inap : A. Pasien umum ke BPJS dari Instalasi Gawat Darurat: 1. Pasien mendaftar dengan penjaminan umum dari instalasi gawat darurat. 2. Pasien dinyatakan rawat inap dengan status penjaminan umum. 3. Sebelum 3 x 24 jam di ruangan pasien atau keluarga menghendaki perubahan status umum menjadi BPJS, maka petugas bangsal mengarahkan pasien atau keluarga ke admisi		

	untuk mendapatkan edukasi dan menandatangani surat pernyataan perpindahan status penjaminan. 4. Bila pasien atau keluarga menghendaki perubahan status penjaminan setelah 3 x 24 jam maka secara aturan BPJS tidak bisa. 5. Pasien selesai mendapat pelayanan di Instalasi Gawat Darurat dan di pindahkan ke rawat inap dengan batas waktu pengurusan kelengkapan BPJS dalam waktu 3 x 24 jam. Pasien selesai mendapatkan pelayanan rawat inap dan dinyatakan pulang atau dirujuk atau APS atau meninggal dunia. 6. Berkas klaim dari ruang perawatan rawat inap diserahkan kasir rawat inap yang terdiri dari SEP rawat inap, spri, hasil grouping, resume pasien rawat inap, kronologi kejadian untuk pasien cedera dengan penyebab luar lainnya, hasil pemeriksaan pelayanan penunjang, garansi letter untuk pasien KLL dengan penjamin satu jasa reharja dan penjamin ke dua BPJS. 7. Petugas bangsal menyerahkan berkas klaim ke apotek rawat inap untuk mengentri obat dan melengkapi ODD. 8. Kasir rawat inap mencetak rincian billing dan mengecek kelengkapan. 9. Kasir rawat inap menyerahkan berkas klaim lengkap ke bagian casemix dengan menggunakan buku ekspedisi. 10. Petugas casemix memverifikasi dan memvalidasi kelengkapan berkas klaim.
--	---

	11. Petugas casemix mengkode berkas klaim menggunakan buku ICD-10 dan ICD 9 CM. 12. Petugas casemix mengentri berkas yang telah dikoding pada sistem INA-CBGS dan melakukan grouping. 13. Berkas di scan dan hasil scan dalam bentuk PDF. 14. Di tanggal 15 bulan berikutnya dilakukan penggabungan hasil scan dan hasil grouping untuk diajukan ke pihak BPJS. 15. Bila ada data pending maka berkas dilengkapi sesuai petunjuk pending untuk selanjutnya dilakukan proses seperti proses awal dan dilakukan pengajuan sampai selesai. Pasien Rawat Jalan : A. Pasien umum ke BPJS dari Instalasi Gawat Darurat : 1. Pasien mendapatkan perawatan IGD dan diperbolehkan pulang atau rawat jalan dan meninggal dunia. 2. Berkas klaim BPJS yang terdiri dari surat perawatan IGD bukti pelayanan penunjang, SEP, disetorkan ke pembayaran rawat jalan. 3. Petugas pembayaran rawat jalan memverifikasi serta cetak billing. 4. Petugas pembayaran rawat jalan menyetorkan berkas klaim yang telah lengkap ke bagian casemix. 5. Petugas casemix memverifikasi dan memvalidasi berkas klaim. 6. Petugas casemix mengkode berkas klaim IGD.
--	--

	7. Petugas casemix mengentri ke dalam sistem INACBG'S dan melakukan grouping. 8. Berkas di scan dan hasil scan scan dalam bentuk PDF. 9. Di tanggal 15 bulan berikutnya dilakukan penggabungan hasil scan dan hasil grouping untuk diajukan klaim ke pihak BPJS. 10. Bila ada data pending maka dilingkapi sesuai petunjuk pending untuk selanjutnya dilakukan proses awal dan dilakukan proses awal dan dilakukan pengajuan sampai selesai. B. Pasien umum ke BPJS dari poliklinik : 1. Pasien mendaftar poli dengan status umum. 2. Pasien poli yang mendaftar umum tidak dapat berubah status menjadi BPJS. 3. Pasien poli yang mendaftar BPJS sudah membawa rujukan dari PPK 1. 4. Bila pasien belum membawa rujukan maka pasien disarankan untuk periksa ke PPK 1. 5. Pasien poli yang dinyatakan rawat inap, dan menghendaki menggunakan BPJS maka pasien dipulangkan sebagai tanda selesainya pelayanan poliklinik. 6. Pasien datang ke rumah sakit dengan membawa rujukan dari PPK 1 dan periksa ke poliklinik. 7. Pasien dinyatakan rawat inap dari poliklinik dengan membawa persyaratan surat perintah rawat inap dari poliklinik. 8. Petugas admisi mencetak SEP rawat inap untuk dibawa ke ruang perawatan rawat inap. 9. Pasien mendapatkan perawatan rawat jalan dan diperbolehkan pulang atau rujuk. 10. Setelah pelayanan rawat jalan berkas klaim BPJS yang terdiri dari bukti pelayanan penunjang, SEP, dan surat perintah kontrol
--	--

	diserahkan ke pembayaran rawat jalan dengan menggunakan buku ekspedisi. 11. Petugas pembayaran rawat jalan mencetak billing serta rincian billing. 12. Petugas pembayaran rawat jalan menyerahkan berkas klaim yang telah lengkap ke bagian casemix. 13. Petugas casemix memverifikasi dan memvalidasi berkas klaim. 14. Petugas casemix mengkoding berkas klaim rawat jalan. 15. Petugas casemix mengentri ke dalam sistem INACBG'S dan melakukan grouping. 16. Berkas di scan dan hasil scan scan dalam bentuk PDF. 17. Di tanggal 15 bulan berikutnya dilakukan penggabungan hasil scan dan hasil grouping untuk diajukan klaim ke pihak BPJS. 18. Bila ada data pending maka dilengkapi sesuai petunjuk pending untuk selanjutnya dilakukan proses awal dan dilakukan proses awal dan dilakukan pengajuan sampai selesai.
UNIT TERKAIT	1. Instalasi Rekam Medis 2. Instalasi Gawat Darurat 3. Instalasi Rawat Jalan 4. Instalasi Rawat Inap 5. Pembayaran Rawat Inap 6. Pembayaran Rawat Jalan

Lampiran 2.2 Lembar Bimbingan Karya Tulis Ilmiah



**AKADEMI KESEHATAN
MUHAMMADIYAH TEMANGGUNG**
Email : pkesmuhdm@gmail.com, Telepon : 081228585880

Jl Gerilya No 83,
Dompon, Kowangan,
Kec. Temanggung,
Kab. Temanggung,
Jawa Tengah.

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Faithila Al Alina
NIM : 1202301056
Dosen Pembimbing : Ibu Nani Puji Rahayu, SKM, MH-Kes
Judul : Faktor Yang Mempengaruhi Peningkatan BPJS Kesehatan Rawat Jalan Di RSUD Temanggung

NO	HARI TANGGAL	URAIAN	TTD PEMBIMBING
1.	Senin, 30/3/2026	Mengumpulkan BAB IV Hasil KTI	f
2.	Jum'at, 10/4/2026	Mengumpulkan BAB IV Pembahasan	f
3.	Jum'at, 17/4/2026	Konsul gmn arahan Perisi	f
4.	Sabtu, 25/4/2026	Mengumpulkan hasil revisi -) Parafrasa transkrip hasil wawancara ke bahasa baku -) Revisi para pembahasan -) Urutkan saran -) Revisi kesimpulan & persepsi kooring & dilengkapi alasannya.	f
5.	Senin, 4/5/2026	Mengumpulkan hasil revisi gmn konsul.	f
6.	Sabtu, 9/5/2026	Cek laporan KTI gmn TTD Halaman persetujuan	f

Lampiran 2.3 Dokumentasi

Wawancara dengan Petugas Verifikasi



Wawancara dengan Petugas Klaim



Wawancara dengan Petugas Koder 1



Wawancara dengan Petugas Koder 2



Triangulasi dengan Kepala Rekam Medis

