

## Analisis Faktor Penyebab *Pending* Klaim Rawat Inap Bpjs Kesehatan di Rumah Sakit Efarina Pangkalan Kerinci Riau

Riri Handayani<sup>1</sup>, Alih Germas Kodyat<sup>2</sup>, Aliefety Putu Garnida<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Universitas Respati Indonesia

rihanda\_phoenix@yahoo.com<sup>1</sup>

### ABSTRACT

*This study aims to analyze the factors causing pending BPJS Kesehatan inpatient claims at Efarina Hospital, Pangkalan Kerinci, Riau, in 2024. Pending claims are a significant obstacle in the hospital financing system because they impact cash flow, service efficiency, and operational sustainability. The study used a mixed method (quantitative and qualitative) design. The research sample consisted of 1,278 pending inpatient claim files and interviews using the matrix triangulation technique, Focus Group Discussion (FGD) related to the claims process. Data were collected through document review, in-depth interviews, and observation of the administrative process. The results showed that the dominant factors causing pending claims were incomplete medical resumes (56.73%), inaccurate coding (34.66%), and incomplete claim files (8.61%). The impact of pending claims was quite significant, namely delays in receiving payments from BPJS Kesehatan and increased hospital operational costs. This study recommends strengthening the claims management system through improving the accuracy of medical records, regular training, optimizing information technology, and stricter internal supervision. In conclusion, improvement efforts focused on human resources, administration, and digital systems are crucial for reducing the number of pending claims, enabling hospitals to improve efficiency, regulatory compliance, and the quality of healthcare services.*

**Keywords :** Pending Claims, BPJS Kesehatan, Hospital Management, Inpatient Services, Claim Administration

### ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor penyebab *pending* klaim rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Efarina Pangkalan Kerinci Riau pada tahun 2024. Klaim *pending* merupakan salah satu hambatan dalam sistem pembiayaan rumah sakit karena berdampak pada arus kas, efisiensi pelayanan, dan keberlangsungan operasional. Desain penelitian menggunakan metode mix method (kuantitatif dan kualitatif). Sampel penelitian berkas klaim *pending* rawat inap didapatkan sebanyak 1278 berkas dan wawancara dengan teknik matriks triangulasi Focus Group Discussion (FGD) terkait proses klaim. Data dikumpulkan melalui telaah dokumen, wawancara mendalam, dan observasi proses administrasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor dominan penyebab *pending* klaim adalah ketidaklengkapan resume medis (56,73%), ketidaktepatan pengkodean (34,66%), serta ketidaklengkapan berkas klaim (8,61%). Dampak klaim *pending* dirasakan cukup signifikan, yaitu penundaan penerimaan pembayaran dari BPJS Kesehatan dan peningkatan biaya operasional rumah sakit. Penelitian ini merekomendasikan penguatan sistem manajemen klaim melalui peningkatan akurasi rekam medis, pelatihan rutin, optimalisasi teknologi informasi, serta pengawasan internal yang lebih ketat. Kesimpulannya, upaya perbaikan berfokus pada aspek sumber daya manusia, administrasi, dan sistem digital sangat penting untuk menekan jumlah klaim *pending* sehingga rumah sakit dapat meningkatkan efisiensi, kepatuhan regulasi, dan mutu pelayanan kesehatan.

**Kata kunci :** Klaim Pending, BPJS Kesehatan, Rumah Sakit, Rawat Inap, Manajemen Klaim.

## PENDAHULUAN

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia telah diwajibkan yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) nomor 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN. Melalui program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan, negara hadir di tengah masyarakat untuk memberikan jaminan kesehatan yang komprehensif, adil dan merata bagi seluruh rakyat Indonesia. JKN diselenggarakan BPJS Kesehatan yang ditetapkan dalam Undang - Undang Kemenkes RI Nomor 24 Tahun 2011. BPJS Kesehatan bertanggung jawab menyelenggarakan JKN dan Rumah Sakit merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang menjadi *provider* JKN.

BPJS Kesehatan adalah harapan bagi warga yang tidak mampu menjamin biaya kesehatannya sendiri bila terjadi kesakitan dan hingga rawat inap. Pada beberapa Rumah Sakit, baik Rumah Sakit umum ataupun swasta, hampir 80% - 90% pasien yang datang ke Rumah Sakit merupakan peserta BPJS. Dengan adanya peningkatan peserta BPJS tiap tahunnya tentu akan mempengaruhi pada demografi pasien di Rumah Sakit. Hal ini tentunya merupakan hal baik, karena terciptanya asuransi kesehatan sosial yang memberikan perlindungan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia, dan juga mendukung program pemerintah dalam tercapainya *Universal Health Coverage* (UHC).

Pelaksanaan program JKN di Rumah Sakit membuat Rumah Sakit melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik. Hal ini menunjukkan bahwa diperlukan pengelolaan khusus untuk pelaksanaan program JKN di Rumah Sakit. Guna mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik serta bermutu, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui pembayaran klaim peserta BPJS dari pihak BPJS kepada pihak Rumah Sakit. Dalam kerja sama antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit atau Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) untuk mendukung pelaksanaan program ini, metode pembayaran klaim dilakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2023.

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian terpenting dari implementasi JKN yang diselenggarakan di Rumah Sakit oleh BPJS Kesehatan melalui pengajuan klaim. Untuk mendapatkan biaya ini, pihak Rumah Sakit wajib menyerahkan dokumen bukti sebagai syarat pengajuan klaim. Dalam penerapannya, rumah sakit masih mengalami beberapa kendala, dimana umumnya terdapat hasil akhir pengajuan klaim berupa status klaim layak atau status klaim tidak layak (*pending claim*). Tidak semua berkas yang diajukan dapat terklaimkan, sehingga status klaim dinyatakan tidak layak atau *pending* klaim terjadi apabila berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit belum lengkap. Adanya permasalahan klaim *pending* dan klaim tidak layak dapat menyebabkan tertundanya pembayaran klaim pasien dari pihak BPJS kepada pihak Rumah Sakit, serta penangguhan pembayaran yang berlebihan dapat merugikan bagi pihak rumah sakit.

*Pending* klaim mengakibatkan jumlah klaim yang dibayarkan oleh BPJS lebih kecil dibandingkan ajuan awal klaim tersebut dan proses pencairan dana yang diajukan Rumah Sakit ke BPJS mengalami penundaan. Hal ini berdampak pada arus kas Rumah Sakit dan menimbulkan masalah pada penggajian karyawan, pembayaran pelayanan medis spesialis, ketersediaan obat dan pemeliharaan fasilitas Rumah Sakit dan peralatan medis.

Keterlambatan pencairan piutang BPJS Kesehatan akan menurunkan kemampuan likuiditas Rumah Sakit sehingga pelayanan pasien menjadi lambat dan tidak maksimal. Keterlambatan pembayaran akibat dari *pending* klaim menjadi kendala dalam operasional layanan, jika berlangsung terus menerus dan dalam jangka waktu yang cukup lama akan menyebabkan permasalahan likuiditas bagi Rumah Sakit yang berujung krisis. Adapun data penelitian yang menyebutkan bahwa jumlah klaim *pending* mempunyai nilai rata-rata beragam, diantaranya di RS tipe C di Jawa Tengah sekitar 9,47%, klaim BPJS rawat inap yang tertunda 2,5% - 47,7% per bulannya. Data klaim *pending* di RS tipe A (6-31%), tipe B (3-47,7%), dan tipe C (13-33,6%). Pada penelitian di RSUD Deli Serdang tahun 2018, disebutkan bahwa terdapat 288 berkas *pending* klaim senilai Rp.404.166.400 dari jumlah total klaim Rp.38.574.050.700 untuk 40.630 berkas *pending*. Penelitian di RSAU Lanud Sulaiman Bandung melaporkan pada bulan Juli - September 2023 terdapat *pending* klaim sebanyak 68 dari 1912 berkas, dimana terjadi penundaan pembayaran sebesar Rp. 83.561.200.

Dalam pelaksanaan implementasi jaminan kesehatan ditemukan masalah -masalah yang menjadi faktor penyebab *pending* klaim antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan. Berdasarkan hasil pertemuan antara Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dengan Deputi Direksi Bidang Jaminan Pembiayaan Kesehatan Rujukan BPJS Kesehatan telah disepakati bahwa diagnosis dan tindakan prioritas terdiri atas aspek coding, aspek medis dan aspek administrasi. Beberapa penelitian telah mengkaji faktor penyebab tertundanya klaim, namun permasalahan tersebut belum dapat diketahui karena setiap rumah sakit memiliki permasalahan yang berbeda. Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Universitas Airlangga pada bulan Desember 2021 melaporkan bahwa 12% berkas klaim *pending* rawat inap (88 berkas *pending* dari 720 berkas total pengajuan berkas) disebabkan karena 4 faktor yaitu: berkas tidak lengkap, kurang tepatnya coding, kurangnya pemeriksaan penunjang dan kurangnya eviden terapi. Adapun penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Padang pada periode Maret 2022 melaporkan *pending* klaim rawat inap pasien BPJS dikarenakan 4 faktor yaitu: resume medis tidak lengkap (28%), kode diagnosis dan prosedur tidak tepat (35%), administrasi klaim tidak lengkap (21%) dan ketidaktepatan verifikator BPJS (16%). Penelitian yang dilakukan di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat (2020) melaporkan 3 kriteria faktor terjadinya *pending* klaim rawat inap adalah: ketidaklengkapan resume medis 41,8% (38 berkas), ketidaktepatan pengkodean 48,4% (44 berkas), dan ketidaklengkapan berkas klaim 9,7% (27 berkas). Adapun penelitian di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo pada periode Januari 2020 menyatakan sebanyak 788 berkas *pending* (31%) dari 2539 berkas klaim rawat inap yang diajukan, dimana faktor penyebab terbanyak *pending* klaim dikarenakan ketidaktepatan pengkodean.

Adanya *pending* klaim BPJS Kesehatan masih menjadi masalah di Rumah Sakit Efarina Pangkalan Kerinci dan menyebabkan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit tertunda. Pada saat proses verifikasi oleh verifikator BPJS masih ditemukan banyaknya klaim pelayanan rawat inap yang *pending*. Berdasarkan laporan hasil observasi dari bagian *casemix* RS Efarina, pada periode tahun 2024 didapatkan bahwa terjadi peningkatan *pending* berkas klaim yang signifikan dalam enam bulan terakhir yang

menyebabkan penundaan pembayaran klaim, namun belum ada laporan tertulis persentase peningkatan tiap bulannya dan faktor penyebabnya. Dengan adanya permasalahan tersebut perlu dilakukan tinjauan atas faktor penyebab penundaan klaim rawat inap oleh BPJS Kesehatan agar didapat solusi perbaikan, mengingat porsi klaim rawat inap jauh lebih besar. Penyebab pengembalian klaim rawat inap di Rumah Sakit perlu diidentifikasi, dianalisis, dan dibuat perbaikan sistem guna memperlancar pendapatan Rumah Sakit dan pemberian pelayanan kepada seluruh peserta JKN yang berobat ke Rumah Sakit.

Pengembalian berkas klaim dapat merugikan Rumah Sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim dan aliran kas Rumah Sakit jadi terganggu. Dampak dari terganggunya aliran kas ini mengakibatkan keterlambatan pembayaran jasa medis dokter serta jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya yang dikhawatirkan akan mempengaruhi kegiatan pelayanan di RS Efarina. Pencairan pembayaran pelayanan baru bisa cair atau dibayarkan pada bulan berikutnya setelah pengajuan perbaikan klaim dikirimkan kembali ke BPJS. Untuk dapat mengurangi dampak dari *pending* klaim tersebut, maka perlu segera diketahui apa saja faktor - faktor penyebabnya. Dengan begitu, diharapkan dapat menunjang kelancaran pembayaran pelayanan kesehatan yang harus dilakukan oleh pihak BPJS ke Rumah Sakit.

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dijelaskan di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai analisis faktor - faktor penyebab *pending* klaim rawat inap BPJS Kesehatan di RS Efarina Pangkalan Kerinci pada periode Januari – Desember 2024.

## METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian yang digunakan adalah retrospektif dengan menggunakan metode *mix method* yang menggunakan penelitian kuantitatif (analisis univariat, bivariat dan multivariat) dan kualitatif (matriks triangulasi sumber data). Populasi dalam penelitian ini adalah jumlah total pengajuan berkas klaim rawat inap BPJS di RS Efarina Pangkalan Kerinci pada periode Januari – Desember Tahun 2024. Sampel merupakan berkas klaim *pending* rawat inap berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Instrumen penelitian yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data yaitu observasi pada sampel penelitian untuk analisis kuantitatif. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu data sekunder dari observasi berkas klaim rawat inap peserta BPJS. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis kuantitatif, yaitu analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat. Variabel dalam penelitian ini adalah ketidaklengkapan aspek medis, ketidaktepatan pengkodean, ketidaklengkapan administrasi berkas klaim, dan status *pending* klaim.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Analisis Kuantitatif

Berdasarkan data berkas *pending* klaim rawat inap yang diperoleh, terlihat adanya fluktuasi jumlah berkas *pending* sepanjang tahun. Secara keseluruhan, pola data ini menunjukkan bahwa tingkat *pending* klaim rawat inap di RS Efarina mengalami peningkatan signifikan pada pertengahan hingga akhir tahun, khususnya pada September

dan Oktober.

**Tabel 5.1 Berkas Klaim BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Efarina Pangkalan Kerinci periode Januari – Desember 2024**

Bulan	Berkas Pending		Berkas Disetujui		Total Berkas Klaim Rawat Inap	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Jan	3	0,24	1271	99,76	1274	100%
Feb	33	2,52	1275	97,48	1308	100%
Mar	38	2,47	1502	97,53	1540	100%
Apr	30	2,29	1282	97,71	1312	100%
Mei	76	4,95	1460	95,05	1536	100%
Juni	130	8,72	1360	91,28	1490	100%
Juli	72	4,47	1538	95,53	1610	100%
Agust	139	7,36	1195	92,64	1290	100%
Sept	290	<b>22,21</b>	1016	77,79	1306	100%
Okt	256	22,07	904	77,93	1160	100%
Nov	116	10,35	1005	89,65	1121	100%
Des	95	7,88	1111	92,12	1206	100%
<b>Total</b>	<b>1278</b> <b>(7,89%)</b>		<b>14919</b>		<b>16197</b>	

Dari tabel tersebut di atas menunjukkan bahwa berkas klaim *pending* rawat inap selama tahun 2024 sebanyak 1278 berkas (7,89%) dari 16197 berkas total keseluruhan klaim rawat inap yang diajukan, dimana klaim *pending* terbanyak terjadi di bulan September sebesar 22,21% dan paling sedikit terjadi di bulan Januari sebesar 0,24%.

Analisis Univariat

**Tabel 5.2 Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Efarina Pangkalan Kerinci periode Januari – Desember 2024**

Bulan	Indikasi Medis		Koding		Berkas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Januari	1	33,33	2	66,67	0	0,00	3	100%
Februari	3	9,09	16	48,48	14	42,42	33	100%
Maret	11	28,95	15	39,47	12	31,58	38	100%
April	9	30,00	15	50,00	6	20,00	30	100%
Mei	7	9,21	58	76,32	11	14,47	76	100%
Juni	98	75,38	17	13,08	15	11,54	130	100%
Juli	37	51,39	25	34,72	10	13,89	72	100%
Agustus	66	47,48	54	38,85	19	13,67	139	100%
September	235	<b>81,03</b>	49	16,90	6	2,07	290	100%
Oktober	112	43,75	135	52,73	9	3,52	256	100%
November	70	60,34	43	37,07	3	2,59	116	100%

Desember	76	80,00	14	14,74	5	5,26	95	100%
<b>Total</b>	<b>725</b>	<b>56,73</b>	<b>443</b>	<b>34,66</b>	<b>110</b>	<b>8,61</b>	<b>1278</b>	<b>100%</b>

Secara keseluruhan, dari total 1.278 berkas *pending*, penyebab terbanyak adalah indikasi medis (56,73%), diikuti kesalahan koding (34,66%), dan masalah administrasi (8,61%). Data ini mengindikasikan bahwa strategi perbaikan perlu difokuskan pada penurunan pending akibat indikasi medis, terutama pada bulan-bulan dengan lonjakan tajam seperti Juni, September, dan Desember.

Analisis Bivariat

**Tabel 5.7** Tabel Korelasi Antara Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Indikasi Medis, Ketidaktepatan Pengkodean Dan Ketidaklengkapan Berkas Klaim pada Berkas *Pending* Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Efarina Pangkalan Kerinci Periode Januari – Desember 2024.

No.	Faktor Penyebab Pending	Pending		Tidak Pending	Total
		n	%		
1.	Indikasi Medis	725	<b>56,73</b>	553	1278
2.	Koding	443	<b>34,66</b>	835	1278
3.	Berkas Administrasi	110	<b>8,61</b>	1168	1278
<b>Total</b>		1278	100%		

**Tabel 5.8** Uji Korelasi antara Faktor Penyebab *Pending* Klaim Rawat Inap dengan Pola Jumlah Klaim *Pending* Periode Januari - Desember 2024

		Correlations				
		Indikasi_Me dis	Koding	Berkas_Ad mininstrasi	Pending	
Spearman's rho	Indikasi_Me dis	Correlation	1,000	0,438	0,000	.932**
		Coefficient				
		Sig. (2-tailed)		0,155	1,000	0,000
		N	12	12	12	12
	Koding	Correlation	0,438	1,000	0,342	.653*
		Coefficient				
		Sig. (2-tailed)	0,155		0,276	0,021
		N	12	12	12	12
	Berkas_Ad mininstrasi	Correlation	0,000	0,342	1,000	0,088
		Coefficient				
		Sig. (2-tailed)	1,000	0,276		0,786
		N	12	12	12	12
Pending	Correlation	.932**	.653*	0,088	1,000	
	Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,021	0,786		
	N	12	12	12	12	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hasil uji korelasi Spearman menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang sangat kuat dan signifikan antara pending klaim dengan faktor indikasi medis ( $r = 0,932$ ;  $p = 0,000$ ), yang berarti semakin tinggi jumlah pending akibat indikasi medis, semakin besar pula total pending klaim yang terjadi. Faktor koding juga memiliki hubungan positif yang kuat dan signifikan ( $r = 0,653$ ;  $p = 0,021$ ), meskipun kekuatannya lebih rendah

dibandingkan indikasi medis.

Secara keseluruhan, temuan ini menegaskan bahwa perbaikan kualitas klaim perlu difokuskan pada aspek medis dan koding, dengan prioritas tertinggi pada pengurangan pending akibat indikasi medis yang menjadi penyumbang terbesar dan paling berpengaruh terhadap total pending klaim di RS Efarina Pangkalan Kerinci.

**Analisis Multivariat**

Uji F dikenal dengan uji serentak dan dilakukan untuk mengetahui pengaruh semua variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikatnya. Uji ini dilakukan melalui pengamatan nilai signifikansi yang digunakan dalam penelitian ini sebesar 5% atau 0.05, dimana variable independen dikatakan berpengaruh simultan terhadap variable dependen jika nilai signifikansinya < 0.05. Adapun perhitungan nilai signifikansi dapat dilihat dalam tabel berikut:

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	73115,894	1	73115,894	58,814	.000 <sup>b</sup>
	Residual	12431,773	10	1243,177		
	Total	85547,667	11			
2	Regression	84326,892	2	42163,446	310,844	.000 <sup>c</sup>
	Residual	1220,775	9	135,642		
	Total	85547,667	11			

a. Dependent Variable: Pending

b. Predictors: (Constant), Indikasi\_Medis

c. Predictors: (Constant), Indikasi\_Medis, Koding

Berdasarkan hasil uji ANOVA (Uji F) pada Tabel 5.4 di atas, diperoleh bahwa pada Model 1, variabel Indikasi Medis sebagai prediktor tunggal berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen *Pending* dengan nilai F = 58,814 dan p-value = 0,000 (p < 0,05). Hal ini menunjukkan bahwa Indikasi Medis secara signifikan mampu menjelaskan variasi yang terjadi pada jumlah klaim pending.

Pada Model 2, ketika variabel Koding ditambahkan sebagai prediktor bersama dengan Indikasi Medis, nilai F meningkat secara drastis menjadi 310,844 dengan p-value = 0,000 (p < 0,05).

Dengan demikian, hasil ini mengindikasikan bahwa Indikasi Medis dan Koding secara simultan berpengaruh signifikan terhadap terjadinya pending klaim di RS Efarina Pangkalan Kerinci, dengan kontribusi terbesar berasal dari Indikasi Medis, namun akurasi model meningkat ketika Koding turut dimasukkan sebagai variabel prediktor.

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized		Standardized		Sig.
		Coefficients	Std. Error	Beta	t	
1	(Constant)	29,943	13,926		2,150	0,057
	Indikasi_Medi	1,206	0,157	0,924	7,669	0,000
2	(Constant)	6,759	5,260		1,285	0,231

Indikasi_Medis	0,996	0,057	0,764	17,524	0,000
Koding	0,972	0,107	0,396	9,091	0,000

Koefisien determinasi menunjukkan besarnya kemampuan semua variable bebas dalam menjelaskan variable terikatnya. Koefisien determinasi dihitung dengan mengkuadratkan koefisien korelasi R. Nilai R<sup>2</sup> (Koefisien Determinasi) mempunyai range antara 0-1. Hasil perhitungan dapat dilihat pada table berikut:

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.924 <sup>a</sup>	0,855	0,840	35,259
2	.993 <sup>b</sup>	0,986	0,983	11,647

a. Predictors: (Constant), Indikasi\_Medis  
 b. Predictors: (Constant), Indikasi\_Medis, Koding

Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa pada Model 1, variabel indikasi medis memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap variabel dependen Pending, dengan nilai koefisien korelasi (R) sebesar 0,924. Nilai koefisien determinasi (*R Square*) sebesar 0,855 mengindikasikan bahwa 85,5% variasi pada Pending dapat dijelaskan oleh Indikasi Medis, sedangkan sisanya 14,5% dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak dimasukkan dalam model. Nilai *Adjusted R Square* sebesar 0,840 menunjukkan kestabilan model setelah disesuaikan dengan jumlah prediktor.

Nilai *Adjusted R Square* sebesar 0,983 menegaskan bahwa penambahan variabel Koding memberikan kontribusi besar dalam memperkuat model. Selain itu, penurunan *Std. Error of the Estimate* dari 35,259 pada Model 1 menjadi 11,647 pada Model 2 menandakan peningkatan akurasi prediksi setelah Koding dimasukkan sebagai variabel tambahan.

**Analisis Kualitatif**

**Tabel 6.1** Matriks Triangulasi *Focus Group Discussion* (FGD) terkait Pengkodean dan Entri Data Proses Klaim.

No	Sumber Data (FGD)	Temuan Utama	Konfirmasi dari Sumber Lain	Implikasi pada Proses Klaim
1	Tim Casemix & Petugas Koding	- Pengetahuan ICD-10, ICD-9, dan INA-CBGs masih terbatas. - Tidak semua petugas memahami	DPJP mengakui adanya perbedaan istilah diagnosis antara dokumen medis dan format yang diterima BPJS. Verifikator BPJS menyatakan dokumen	Meningkatkan risiko <i>mismatch</i> kode dan grouping tarif, berujung pada pending klaim. Perlu pelatihan berkala & harmonisasi

		<i>Berita Acara Kesepakatan</i> terkait koding. - Penggunaan singkatan medis tidak sesuai daftar resmi RS.	sering tidak sesuai kriteria INA-CBGs.	terminologi antar pihak.
2	Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)	- Perbedaan persepsi standar penegakan diagnosis dengan BPJS. - Diagnosis utama kadang berbeda antara asesmen klinis DPJP dan hasil grouping koding.	Petugas koding mengonfirmasi bahwa beberapa diagnosis sulit disesuaikan dengan format INA-CBGs tanpa revisi dokumen.	Menyebabkan klaim tertunda karena verifikator menilai diagnosis tidak sesuai kriteria. Diperlukan forum kesepahaman rutin DPJP-koding-verifikator.
3	Petugas Rekam Medis	- Kelengkapan resume medis tidak selalu memadai (riwayat penyakit, hasil penunjang)..	Tim casemix menyatakan bahwa dokumen tidak lengkap menghambat entry data ke aplikasi klaim.	Menambah waktu proses entri data, memicu koreksi dari verifikator BPJS. Solusi: digitalisasi & standardisasi format asesmen.
4	Manajemen RS	- Sistem administrasi klaim relatif tertib, namun belum ada <i>early warning system</i> untuk kasus berisiko pending. - Tidak semua unit memahami potensi kerugian finansial akibat pending klaim.	Seluruh sumber menyetujui bahwa kasus ventilator & kasus eksklusif (kecelakaan kerja/lalu lintas) seharusnya difilter sejak awal.	Perlu sistem deteksi dini kasus risiko tinggi dan koordinasi lintas unit.

Hasil triangulasi bersumber dari *Focus Group Discussion* (FGD) menunjukkan bahwa persoalan pengkodean dan entri data klaim di RS Efarina melibatkan interaksi kompleks antara tim casemix, petugas koding, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), petugas rekam medis, verifikator BPJS Kesehatan, dan manajemen rumah sakit.

## PEMBAHASAN

### Analisis Kuantitatif

Hasil analisis kuantitatif menunjukkan bahwa indikasi medis memiliki hubungan yang sangat kuat dan signifikan dengan status pending klaim rawat inap di RS Efarina Pangkalan Kerinci (*Spearman's rho* = 0,932,  $p < 0,001$ ;  $N = 12$ ). Korelasi yang sangat tinggi ini mengindikasikan bahwa kualitas dan kelengkapan asesmen medis awal termasuk penentuan kelayakan rawat inap memegang peranan sentral dalam keberhasilan pengajuan klaim BPJS. Analisis regresi linear sederhana memperkuat temuan tersebut dengan menunjukkan bahwa indikasi medis merupakan prediktor utama pending klaim (Model 1:  $R^2 = 0,855$ ,  $F(1,10) = 58,814$ ,  $p < 0,001$ ). Setelah variabel koding ditambahkan dalam model berganda, kedua variabel secara simultan menjelaskan 98,6% variasi pending klaim (Model 2:  $R^2 = 0,986$ ,  $F(2,9) = 310,844$ ,  $p < 0,001$ ). Hal ini berarti sebagian besar variasi pending klaim dapat dijelaskan oleh faktor klinis dan teknis yang berkaitan dengan indikasi medis dan akurasi koding (Chalkley *et al.*, 2021; Yuliani *et al.*, 2024).

Temuan ini konsisten dengan hasil observasi lapangan, di mana sering terjadi *gap* antara kondisi klinis pasien dan interpretasi kelayakan rawat inap oleh verifikator BPJS. Faktor penyebabnya meliputi perubahan regulasi yang cepat (misalnya Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran, Berita Acara kesepakatan nasional / wilayah, *Point of View* verifikator BPJS), kurangnya sosialisasi kebijakan secara efektif, dan kelemahan dalam pengisian asesmen di Instalasi Gawat Darurat maupun oleh dokter spesialis. Studi terdahulu menegaskan bahwa dokumentasi klinis yang kurang memadai akan menurunkan akurasi *case-mix* dan meningkatkan risiko koreksi atau penolakan klaim (Chalkley *et al.*, 2021; Yuliani *et al.*, 2024). Mengingat sistem INA-CBG sangat sensitif terhadap detail dokumentasi, ketidaklengkapan asesmen menjadi sumber utama pending klaim.

Variabel koding juga berhubungan signifikan dengan pending klaim ( $r = 0,653$ ,  $p = 0,021$ ), meskipun kekuatannya lebih rendah dibanding indikasi medis. Pada model regresi berganda, koding memiliki koefisien B sebesar 0,972 ( $p < 0,001$ ), menunjukkan peran pentingnya dalam mempengaruhi status klaim. Analisis kualitatif mengungkap dua isu pokok: (1) keterbatasan pengetahuan tim *casemix* terhadap ICD-10, ICD-9, dan tarif INA-CBGs; (2) lemahnya peran *case manager* sebagai penghubung antara kondisi klinis dan penentuan kode/tarif klaim. Literatur terbaru mendukung bahwa kompetensi koding yang tidak memadai berimplikasi pada kesalahan pengelompokan tarif dan meningkatkan potensi pending klaim. Intervensi berupa pelatihan koding, peningkatan kapasitas tim *casemix*, dan penguatan peran *case manager* terbukti efektif mengurangi *mismatch* dokumentasi dan berdampak positif pada efisiensi biaya (Aljunid *et al.*, 2024; Klaehn *et al.*, 2022).

Salah satu masalah penting yang memperkuat konteks koding adalah ketidaktepatan pemberian kode diagnosis, sebagaimana ditemukan dalam penelitian "Evaluasi Tingkat Ketidaktepatan Pemberian Kode Diagnosis dan Faktor Penyebab di Rumah Sakit X, Jawa Timur" (Puspitasari, 2017). Dalam penelitian tersebut, ditemukan beberapa faktor penyebab, yaitu: kurangnya pengetahuan petugas koding, tidak lengkapnya informasi penunjang medis, ketidaksesuaian singkatan terhadap daftar yang berlaku di rumah sakit, serta keterbacaan diagnosis yang buruk. Faktor utama yang menentukan

keberhasilan atau penolakan klaim adalah ketepatan penulisan kode diagnosis dan tindakan dalam resume medis. Kesalahan pengkodean dapat mengakibatkan grouping INA-CBGs tidak sesuai, sehingga memengaruhi besarnya biaya klaim (Agiwahyunto, Octaviasuni, & Fajri, 2019). Hal ini memperkuat pernyataan bahwasannya ketidaktepatan koding tidak hanya melulu mengenai hal teknis, akan tetapi juga faktor *human error*, keterbatasan dokumentasi medis, serta standar penulisan singkatan yang tidak terstandarisasi. Dengan demikian, kasus di RS Efarina kemungkinan besar menghadapi risiko serupa, menjadikan koding tidak hanya sebagai variabel numerik, melainkan juga terkait dengan budaya dokumentasi dan edukasi staf.

Selain itu, ketidaktepatan penegakan diagnosis ini dapat dipicu oleh perbedaan persepsi mengenai standar penegakan diagnosis antara Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan BPJS Kesehatan, perbedaan sudut pandang terkait kode diagnosis antara petugas koding rumah sakit dan verifikator BPJS, serta ketidaksesuaian diagnosis utama dengan penetapan oleh DPJP.

Selain itu, salah satu penyebab sistemik terjadinya pending klaim adalah kurangnya pemahaman staf rumah sakit terhadap *Berita Acara Kesepakatan* (BA Kesepakatan) yang berkaitan dengan koding. BA Kesepakatan, yang merupakan pedoman praktis dan perjanjian operasional antara BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan penyedia layanan kesehatan, menegaskan standar terminologi, prosedur dokumentasi, serta aturan teknis pengkodean kasus INA-CBGs. Namun, temuan lapangan menunjukkan bahwa sebagian petugas koding belum sepenuhnya memahami isi dan implikasi BA-Kesepakatan tersebut—baik mengenai istilah, format diagnosis, maupun kebijakan pengkodean yang harus diterapkan.

Ketidaktahuan ini berdampak langsung pada akurasi koding: petugas koding mungkin menggunakan singkatan tidak baku, terminologi klinis yang tidak sesuai, atau menerjemahkan dokumen medis dengan cara yang tidak linier terhadap standar yang diatur oleh BA Kesepakatan. Hal serupa juga pernah dicermati oleh Puspitasari (2017), yaitu ketidaksesuaian singkatan dan keterbacaan diagnosis sebagai penyebab ketidaktepatan koding, yang sangat terkait dengan kurangnya pedoman baku dan sosialisasi kebijakan tersebut.

Memperkuat hal ini, analisis kebijakan kesehatan Indonesia menyatakan bahwa saat regulasi teknis seperti BA Kesepakatan jarang diberikan pelatihan maupun disosialisasikan secara berkala, maka interpretasi dan pelaksanaannya cenderung subjektif antar petugas dan antarfasilitas kesehatan. Akibatnya, mismatch dokumentasi dan koding tidak hanya berdampak pada grouping INA-CBGs yang salah, tetapi juga memperbesar potensi klaim yang pending atau bahkan ditolak, yang sejatinya bisa dihindari dengan pemahaman standar yang konsisten.

Sebaliknya, variabel berkas administrasi menunjukkan korelasi sangat lemah dan tidak signifikan ( $r = 0,088$ ,  $p = 0,786$ ), yang mengindikasikan bahwa aspek administrasi di RS Efarina relatif sudah terstandarisasi dan jarang menjadi penyebab utama pending klaim. Namun, hal ini tidak berarti administrasi dapat diabaikan. Beberapa kasus klaim tetap hilang nilainya akibat kurangnya eksklusi sejak awal, terutama untuk kasus kecelakaan kerja dan lalu lintas. Sepanjang tahun 2024, potensi klaim yang hilang mencapai puluhan

hingga ratusan juta rupiah, belum termasuk perbedaan dengan nilai *billing* rumah sakit. Kasus ventilator menjadi contoh signifikan, di mana ketidaklengkapan dokumen mengancam kelayakan klaim, padahal kategori ini berkontribusi besar terhadap pendapatan rumah sakit melalui tarif INA-CBGs yang tinggi.

Faktor lain yang perlu dipertimbangkan adalah keterbatasan kompetensi klinis verifikator BPJS. Sebagian besar verifikator bukan tenaga medis sehingga interpretasi terhadap regulasi klinis cenderung bervariasi, apalagi ketika regulasi diperbarui tanpa sosialisasi yang memadai. Literatur menunjukkan bahwa perbedaan interpretasi antar verifikator dapat menciptakan inkonsistensi keputusan klaim, yang pada gilirannya meningkatkan angka pending (Darmawan *et al.*, 2025; Cheng *et al.*, 2025).

Dengan demikian, temuan penelitian ini menggarisbawahi bahwa peningkatan kualitas dokumentasi klinis, penguatan kompetensi koding, dan harmonisasi interpretasi regulasi antara fasilitas pelayanan kesehatan dan BPJS Kesehatan merupakan kunci strategis untuk menurunkan angka pending klaim di RS Efarina Pangkalan Kerinci.

## Analisis Kualitatif

Dari perspektif tim casemix dan petugas koding, hambatan utama meliputi keterbatasan pengetahuan terkait ICD-10, ICD-9, dan tarif INA-CBGs, serta kurangnya pemahaman mendalam terhadap *Berita Acara Kesepakatan* (BA Kesepakatan) yang menjadi acuan teknis koding. Selain itu, penggunaan singkatan medis yang tidak sesuai daftar resmi rumah sakit kerap menghambat akurasi pengkodean. Hal ini dikonfirmasi oleh DPJP, yang mengakui adanya perbedaan istilah diagnosis antara dokumen medis dan format klaim BPJS, sehingga diagnosis utama kadang memerlukan penyesuaian saat proses koding. Perbedaan interpretasi ini memunculkan *mismatch* yang berdampak langsung pada status klaim, berpotensi menyebabkan pending.

Petugas rekam medis menambahkan bahwa kelengkapan resume medis masih menjadi tantangan, terutama pada detail riwayat penyakit dan hasil pemeriksaan penunjang. Keterbacaan tulisan dokter juga menjadi kendala, yang kemudian diakui oleh tim *casemix* sebagai penyebab keterlambatan entri data ke aplikasi klaim. Hambatan ini diperkuat oleh masukan dari verifikator BPJS Kesehatan, yang mengungkapkan bahwa beberapa klaim ditolak karena terminologi diagnosis tidak sesuai dengan regulasi terbaru atau kriteria INA-CBGs. Perbedaan interpretasi regulasi antar verifikator juga menjadi masalah, terutama ketika regulasi baru seperti PNPK atau pembaruan BA Kesepakatan tidak disosialisasikan secara memadai.

Sementara itu, manajemen rumah sakit menilai bahwa sistem administrasi klaim secara umum sudah tertib, namun belum dilengkapi *early warning system* untuk mengidentifikasi kasus berisiko pending sejak awal. Potensi kerugian finansial dari pending klaim—terutama pada kasus ventilator dan kasus eksklusif seperti kecelakaan kerja atau lalu lintas—diakui belum sepenuhnya disadari oleh semua unit pelayanan. Keseluruhan temuan ini menegaskan perlunya pelatihan terpadu BPJS-RS, standarisasi terminologi diagnosis, harmonisasi interpretasi regulasi, serta penerapan sistem deteksi dini klaim berisiko tinggi.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Berikut ini merupakan kesimpulan yang diperoleh dari hasil penelitian yang telah dijabarkan :

1. Indikasi medis merupakan faktor dominan pending klaim di RS Efarina Pangkalan Kerinci, dengan kekuatan hubungan sangat tinggi (Spearman's rho = 0,932; p < 0,001) dan kontribusi signifikan sebagai prediktor utama pending klaim ( $R^2 = 0,855$ ). Kualitas dan kelengkapan asesmen medis awal, termasuk penentuan kelayakan rawat inap, menjadi kunci keberhasilan klaim BPJS.
2. Koding memiliki peran penting meskipun pengaruhnya lebih rendah dibanding indikasi medis ( $r = 0,653$ ; p = 0,021), namun dalam model regresi berganda, kombinasi indikasi medis dan koding mampu menjelaskan 98,6% variasi pending klaim. Ketidaktepatan koding disebabkan oleh keterbatasan pengetahuan ICD-10/ICD-9/INA-CBGs, kurangnya pemahaman BA Kesepakatan, perbedaan interpretasi diagnosis antara DPJP dan BPJS, serta ketidaklengkapan atau keterbacaan dokumen medis.
3. Berkas administrasi bukan penyebab utama pending klaim ( $r = 0,088$ ; p = 0,786) karena sistem administrasi relatif tertib. Namun, masih ada risiko kerugian finansial pada kasus khusus seperti ventilator dan kasus eksklusi (kecelakaan kerja/lalu lintas) akibat tidak adanya sistem deteksi dini (*early warning system*).
4. Faktor sistemik yang memperbesar risiko pending klaim meliputi perbedaan persepsi standar diagnosis, minimnya sosialisasi perubahan regulasi (PNPK, BA Kesepakatan), kompetensi koding dan casemix yang terbatas, keterbatasan kompetensi klinis verifikator BPJS, serta belum optimalnya koordinasi lintas unit dalam proses klaim.
5. Hasil matriks triangulasi FGD menegaskan perlunya intervensi terpadu berupa:
  - a. Pelatihan berkala terkait ICD-10, ICD-9, INA-CBGs, dan BA Kesepakatan.
  - b. Standardisasi terminologi diagnosis dan format asesmen medis.
  - c. Harmonisasi interpretasi regulasi antara DPJP, petugas koding, dan verifikator BPJS.
  - d. Digitalisasi dan perbaikan sistem dokumentasi rekam medis.
  - e. Implementasi *early warning system* untuk mendeteksi klaim berisiko tinggi.

### Saran

Berdasarkan pada hasil penelitian yang diperoleh maka peneliti memiliki beberapa saran yaitu :

#### 1. Peningkatan Kualitas Asesmen Medis Awal

Pelatihan rutin bagi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan dokter Instalasi Gawat Darurat (IGD) perlu dilakukan secara berkala, khususnya terkait kelengkapan dan detail asesmen medis yang sesuai dengan standar BPJS dan INA-CBGs. Selain itu, rumah sakit perlu menyusun format asesmen baku yang terintegrasi dengan sistem rekam medis elektronik sehingga setiap pemeriksaan awal terdokumentasi secara lengkap dan akurat, meminimalkan risiko kelalaian atau kelupaan pengisian yang dapat berujung pada pending klaim.

#### 2. Penguatan Kompetensi Koding dan Casemix

Pelatihan berkala terkait ICD-10, ICD-9, tarif INA-CBGs, serta pemahaman mendalam

terhadap Berita Acara Kesepakatan harus diadakan agar petugas mampu melakukan pengkodean yang tepat. RS juga perlu mengembangkan panduan internal koding yang memuat standar terminologi, singkatan resmi rumah sakit, serta prosedur revisi bila terjadi ketidaksesuaian kode, sehingga akurasi koding dapat ditingkatkan dan risiko pending klaim berkurang.

### 3. **Harmonisasi Interpretasi Diagnosis dan Regulasi**

Perbedaan persepsi antara DPJP, petugas koding, dan verifikator BPJS terkait diagnosis utama sering kali menjadi sumber pending klaim. Untuk itu, dibutuhkan forum komunikasi rutin yang melibatkan seluruh pihak terkait guna menyamakan pemahaman penegakan diagnosis dan kriteria klaim. Selain itu, setiap kali terjadi pembaruan regulasi seperti PNPK, BA Kesepakatan, atau ketentuan INA-CBGs, rumah sakit harus melakukan sosialisasi cepat agar seluruh tim memahami perubahan dan dapat menyesuaikan proses klaim dengan tepat.

### 4. **Digitalisasi dan Standarisasi Dokumentasi Rekam Medis**

Format digital juga menghilangkan masalah keterbacaan tulisan tangan dokter, sehingga proses pengkodean dapat berjalan lebih cepat, tepat, dan sesuai standar.

### 5. **Pengembangan *Early Warning System* untuk Klaim Berisiko Tinggi**

Sistem ini harus terintegrasi dengan unit billing, rekam medis, dan casemix, sehingga potensi kerugian finansial dapat diminimalkan melalui antisipasi dan perbaikan dokumen sejak awal proses klaim.

### 6. **Penguatan Peran Manajemen dalam Pengawasan Proses Klaim**

Manajemen rumah sakit perlu berperan aktif dalam mengawasi proses klaim melalui pembentukan tim monitoring lintas unit yang bertugas mengidentifikasi hambatan, mengevaluasi kinerja klaim, dan memberikan rekomendasi perbaikan secara berkala. Selain itu, indikator klaim pending sebaiknya dimasukkan sebagai salah satu Key Performance Indicator (KPI) rumah sakit, sehingga setiap unit memiliki tanggung jawab langsung untuk menurunkan angka pending klaim sebagai bagian dari target kinerja tahunan.

### 7. **Langkah konkrit jangka pendek dan jangka panjang yang dapat dilakukan untuk mencegah atau mengurangi klaim *pending* BPJS rawat inap.**

Langkah konkrit jangka pendek yang dapat dilakukan meliputi: memastikan kelengkapan berkas klaim sesuai persyaratan BPJS, melakukan verifikasi dan validasi internal sebelum pengajuan, serta meningkatkan pelatihan petugas terkait pengisian data dan koding diagnosis. Kemudian, langkah konkrit jangka panjang mencakup: implementasi sistem informasi yang terintegrasi dengan BPJS untuk efisiensi data, membangun sistem supervisi dan audit rutin untuk memantau proses klaim, mengoptimalkan sistem untuk mendeteksi potensi kesalahan seperti readmisi, serta melakukan koordinasi dan sosialisasi berkala antar unit terkait untuk pemahaman aturan dan penyelesaian masalah klaim yang berulang.

## DAFTAR PUSTAKA

Aditya Pradani, E., Lelonowati, D., & Sujianto, S. Keterlambatan Pengumpulan Berkas Verifikasi Klaim BPJS Di RS X: Apa Akar Masalah Dan Solusinya? *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*. Ed 6(2), 2017.

<https://doi.org/10.18196/jmmr.6134>

- Agiwahyunto, F., Octaviasuni, S., & Fajri, M. U. N. (2019). Analisis Implementasi Total Quality Management (TQM) Pada Kasus Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di RSUD Kendal Tahun 2018. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 7(3), 171–180. <https://doi.org/10.14710/jmki.7.3.2019.15-24>.
- Aljunid, S. M. H., Orhun, N. M., Teper, S., & Aljunid, S. M. (2024). Knowledge, Attitude And Perception On Casemix System Among The Hospital Staff In Malaysia And Indonesia. *Journal Of Health Policy Outcomes Research*. Retrieved From <https://jhpor.com/article/2379-knowledge-attitude-and-perception-on-casemix-system-among-the-hospital-staff-in-malaysia-and-indonesia>.
- Alvianitasari EF, Jati SP, Fatmasari EY. Evaluasi Pelaksanaan Sistem Verifikasi Di Kantor (Vedika) BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Umum William Booth Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*. 2018 Jul 26;6(4):10-7.
- Anyaprita D, Kemal NS, Hartono B. Dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura. Muhammadiyah *Public Health Journal*: Jakarta; Indonesia, 2020. Available At: <https://www.bpjskesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2013/4>.
- BPJS Kesehatan (2020). Sejarah Perjalanan Jaminan Sosial Di Indonesia, BPJS Kesehatan. Available At: <https://www.bpjskesehatan.go.id/bpjs/index.php/Pages/Detail/2013/4>.
- BPJS Kesehatan Dan Kementerian Kesehatan. Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG. Edisi 1, 2018. Pp 2938 (14).
- BPJS Kesehatan RI, Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, Vol. 53, No. 9. 2017.
- BPJS Kesehatan. 2014. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 1–46.
- BPJS Kesehatan. Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan). Pp. 1–26. 2017.
- BPJS Kesehatan. Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2017. Pp. 1–26.
- BPJS Kesehatan. Sejarah Perjalanan Jaminan Sosial Di Indonesia. BPJS Kesehatan, 2020.
- Bpjsdataanalytics.Com. Casemix INACBG (E-Klaim). Bpjsdataanalytics.Com, 2019. Available At: <https://bpjsdataanalytics.com/sistem-casemix-inacbg-rumah-sakit-rs>.
- Chalkley, M., Hidayat, B., Ramadani, R. V., & Aragón, M. J. (2022). The Sensitivity Of Hospital Coding To Prices: Evidence From Indonesia. *International Journal Of Health Economics And Management*, 22(2), 147–162. <https://doi.org/10.1007/S10754-021-09312-7>.
- Cheng, Q., Fattah, R. A., Susilo, D., Et Al. (2025). Determinants Of Healthcare Utilization Under The Indonesian National Health Insurance System – A Cross-Sectional Study. *BMC Health Services Research*, 25, 48. <https://doi.org/10.1186/S12913-024-11951-8>.
- Correa G, Montero AV. (2013). Permenkes No 69 Tahun 2013. 1–10.

- Darmawan, E. S., Hasibuan, S. R., Permanasari, V. Y., Et Al. (2025). Disparities In Health Services And Outcomes By National Health Insurance Membership Type For Ischemic Heart Disease And Stroke In Indonesia: Analysis Of Claims, 2017–2022. *Global Health Research And Policy*, 10, 33. <https://doi.org/10.1186/s41256-025-00432-y>.
- Djatiwibowo K, Januari P, Ep AA. Faktor - Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016, *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2), 2018. Pp. 122 - 134. Available At: <https://doi.org/10.7454/arsi.v4i2>.
- Erlina. Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengklaiman BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan Tahun 2020. Universitas Imelda Medan; Indonesia, 2020.
- Gustiana S, Savitri FW, Susanti AS. Analisis Prosedur Klaim BPJS Dan SOP Rawat Inap, *Edisi 4(2)*, 2022. Pp 40–46.
- Gustiana S, Savitri FW, Susanti AS. Analisis Prosedur Klaim Bpjs Dan SOP Rawat Inap. *Ed 4(2)*, 2022. Pp 40 - 46.
- Hendra Rohman, Aris Wintolo ES. 2021. *Analysis Pending Claim Payments The Indonesian National Health Insurance System In Vedika System Nur Hidayah Hospital Yogyakarta*. *Jurnal Wiyata*, 8, 72–83.
- Hindun, Rahayu S, Koloi VS. *A Scoping Review: Factors Causing Inpatient Pending Claims For BPJS Health Insurance At Hospitals*. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*. Volume 6 No 1. Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka. Jakarta Selatan; 2023. Pp 22 – 35. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v6i1.9462>
- Indawati L. Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUD Fatmawati Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. *Ed 7(2)*. 2019. Pp 11.
- Irmawati I, Kristijono A, Susanto E, Belia Y. Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat - Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara. *J Rekam Medis Dan Inf Kesehat*. *Ed 1(1)*, 2018. Pp 45. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v1i1.3594>.
- Juli Muroli CW, Rahardjo TB, Germas Kodyat A. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap Oleh BPJS Di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat Tahun 2019. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARS)*. *Ed 4(2)*, 2020. Pp. 191 - 197. Available At: <https://doi.org/10.52643/marsi.v4i2.1040>
- Junior DHM. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. *3(2)*, 1–46. <http://journal.stainkudus.ac.id/index.php/Equilibrium/article/view/1268/1127>
- Kemenkes RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Ina Cbgs.
- Kemenkes RI. Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 26 Tentang Pedoman Indonesian

# Al-Kharaj: Jurnal Ekonomi, Keuangan & Bisnis Syariah

Vol 7 No 10 (2025) 4374 – 4391 P-ISSN 2656-2871 E-ISSN 2656-4351

DOI: 10.47467/alkharaj.v7i10.9962

- Case Based Groups (INA CBG's) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016. Pp 1–275.
- Kemendes RI. Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Edisi 3(2). Lincolin Arsyad, 2014. Pp 1 - 46.
- Kementerian Kesehatan. BA – Kesepakatan Pending Klaim Tahun 2019, 2020.
- Klaehn, A.-K., Jaschke, J., Freigang, F., & Arnold, M. (2022). Cost-Effectiveness Of Case Management: A Systematic Review. *The American Journal Of Managed Care*, 28(7), E271–E279.
- Kusumawati AN, Pujiyanto. Analisis Kinerja Dokter Verifikator Internal Dalam Menurunkan Angka Klaim Pending Di RSUD Koja Tahun 2018. Ed 6(1). J ARSI, 2019. Pp 1 - 10.
- Kusumawati AN, Pujiyanto. Analisis Kinerja Dokter Verifikator Internal Dalam Menurunkan Angka Klaim Pending Di RSUD Koja Tahun 2018. Ed 6(1). J ARSI, 2019. Pp 1 - 10.
- Kusumawati AN, Pujiyanto. Analisis Kinerja Dokter Verifikator Internal Dalam Menurunkan Angka Klaim Pending Di RSUD Koja Tahun 2018. Ed 6(1). J ARSI, 2019. Pp 1 - 10.
- Maimun N, Rifqi R. Faktor - Faktor Keterlambatan Proses Pelayanan Klaim Asuransi (BPJS) Di Rumah Sakit Bersalin Annisa Pekanbaru. *Jurnal Kesehatan Komunitas*. Ed 6(2), 2020. Pp 188-193. <https://doi.org/10.25311/Keskom.Vol6.Iss2.548>.
- Maulida ES, Djunawan A. Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga, 2022. Pp 374 - 379.
- Megawati L, Pratiwi RD. Faktor - Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Vokasional*. Ed 1(1), 2016. Pp 36–43. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27476>.
- Nabila SF, Santi MW, Deharja A. Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*. Vol. 1 No. 4. Jurusan Kesehatan, Politeknik Negeri Jember, Indonesia. September 2020.
- Opitasari C, Nurhayati N. *Evaluation Of Claim Submission And Returning For BPJS Inpatient Services: A Case Study Of Hospital X In 2017*. Ed 10(1). *Health Science Journal Of Indonesia*, 2019. Pp 27-31.
- Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Jakarta; 2016.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Group*.
- Peraturan Menteri Pertahanan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2016 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Pada Fasilitas Kesehatan Di Lingkungan Kementerian Pertahanan Dan Tentara Nasional Indonesia.
- Pratama A, Fauzi H, Indira Z, Adi PP. Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto, RSUD Dr. Soedirman, Indonesia. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda* Vol. 8 No. 1, Februari 2023. Pp 124-134.

- Purba E. Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengklaiman BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*. 2020 Aug 31;5(2):166-80.
- Puspitasari, N. (2017). Evaluasi Tingkat Ketidaktepatan Pemberian Kode Diagnosis Dan Faktor Penyebab Di Rumah Sakit X Jawa Timur. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*, 3(2), 158–168. <https://doi.org/10.29241/jmk.v3i1.77>.
- Putri DT, Viatiningsih W, Dewi DR, Yulia N. Tinjauan Faktor Penyebab Dikembalikannya Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Di RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun 2021. *Jurnal Rekam Medis*. Ed 5(2), 2022. Pp 50–57. <http://ejournal.helvetia.ac.id/>
- Putri N, Semiarty R, Syah N. Health Insurance (BPJS Kesehatan) *Late Payment For Hospital Inpatient Claims - A Case Study In West Sumatra*. *BKM Journal Of Community Medicine And Public Health*. Ed 36(12), 2020. Pp 352-357.
- Putri N, Semiarty R, Syah N. Health Insurance (BPJS Kesehatan). *Late Payment For Hospital Inpatient Claims - A Case Study In West Sumatra*. Ed 36(12). *BKM Journal Of Community Medicine And Public Health*. 2020. Pp 352 - 357.
- Putri N, Semiarty R, Syah N. *Health Insurance (BPJS Kesehatan). Late Payment For Hospital Inpatient Claims - A Case Study In West Sumatra*. Ed 36(12). *BKM Journal Of Community Medicine And Public Health*. 2020. Pp 352 - 357.
- Santiasih WA. Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan. Ed 7(2), 2021. Pp 1381 - 1394.
- Sari DS, Girsang E, Ramadhani SL. Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS Di RSUD KH. Daud Arif Kab. Tanjab Barat Tahun 2018 (Kualitatif). *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*. Ed 5(2), 2020. Pp 166–180.
- Sari NWAA, Hidayat B. 2023. Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pelayanan BPJS Di Era JKN. *Medicina*. Volume 54, Number 1. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Pp 5-9.
- Satrianegara MF. 2014. *Organisasi Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan: Teori Dan Aplikasi Dalam Pelayanan Puskesmas Dan Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Medika.
- Supriadi SR, Rosania S. Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018. *Jurnal Vokasi Indonesia*. Ed 7(2), 2018. Pp 19-26. <http://dx.doi.org/10.7454/jvi.v7i2.145>.
- Triatmaja AB, Wijayanti RA, Nuraini N. Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di RSUD Haji Surabaya. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*. Ed 3(2), 2022. Pp 131–138. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v3i2.2252>
- Undang-Undang Nomor 40 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, 2004.
- Yuliani, N., Noor, H. L., & Maryati, W. (2024). Quality Of Medical Record Documentation Affects Accuracy Of Diagnosis Codes In Ina-Cbgs Claims In Hospitals. *Indonesian Journal Of Global Health Research*, 6(5), 3237-3242. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v6i5.445>.