

**ANALISIS PENYEBAB PENGEMBALIAN KLAIM PASIEN BPJS KESEHATAN
PADA PELAYANAN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG**

(Subi Hariyanto¹), (Tri Marhaeni Widiastuti²)

Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (STIA) Malang
D3 -Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
(Subi Hariyanto)
Email : subihariyanto@gmail.com

ABSTRACT

Background: The phenomenon of claim returns serves as both problem identification and a theoretical foundation. Regulations act as a legal umbrella and binding national standards that govern healthcare financing management. Claim management theory is applied as an operational theory representing the hospital claim billing cycle. There is a high rate of claim returns at UMM General Hospital. **Research Methods:** This study utilized a Mixed Methods approach with a sequential exploratory design, beginning with quantitative analysis of secondary data and followed by qualitative analysis of primary data. The research population consisted of pending claims from the period of August 2025 to January 2026, with a sample size of 236. Sampling techniques included simple random sampling for secondary data and purposive sampling for primary data. Secondary data analysis used univariate analysis, while primary data analysis was conducted using Miles & Huberman method. **Research Results:** The frequency distribution, percentage, and average of claim return causes showed that the medical aspect accounted for 125 cases (52.9%) with an average of 20.8 (51.6%), the coding aspect accounted for 53 cases (22.5%) with an average of 8.8 (26.3%), and the administrative aspect accounted for 58 cases (24.6%) with an average of 9.6 (22%). Contributing factors to the causes of claim returns based on the 5M Framework included: the Man element (lack of discipline among medical personnel in documenting diagnoses/procedures, which triggers coding errors); the Method element (Clinical Practice Guidelines [PPK], Clinical Pathway, and SOP have not operated optimally); the Material element (hybrid documentation, where some documents are still manual and others are electronic); the Machine element (the Hospital Management Information System [SIMRS] is not comprehensively integrated); and Money element, which did not contribute to claim returns. **Conclusion:** The high rate of claim returns at the hospital is predominantly caused by issues in the medical aspect (52.9%) due to a lack of discipline among medical personnel. This issue is further compounded by suboptimal SOP implementation, the transitional phase from manual to electronic documents, and a SIMRS that is not yet comprehensively integrated.

Keywords: BPJS Kesehatan Patients, Hospital, Claim Returns

ABSTRAK

Latar Belakang : Fenomena pengembalian klaim sebagai identifikasi masalah dan landasan teoritis serta regulasi sebagai payung hukum dan aturan baku nasional yang mengikat tata kelola pembiayaan kesehatan. Teori manajemen klaim sebagai terapan teori operasional sebagai siklus penagihan klaim rumah sakit. Tingginya pengembalian klaim di rumah sakit UMM. **Metode Penelitian :** Menggunakan *Mix Method* dengan desain *sequential exploratory* di mulai dari kuantitatif pada data sekunder kemudian di lanjutkan ke kualitatif pada data primer. Populasi penelitian klaim pending periode Agustus 2025-Januari 2026 dengan 236 sampel. Teknik sampling menggunakan *simple random sampling* untuk data sekunder dan *purposive sampling* untuk data primer. Analisis data sekunder menggunakan univariat dan analisis data primer dengan Miles & Huberman. **Hasil Penelitian :** Distribusi frekuensi, persentase dan rata-rata penyebab pengembalian klaim dari aspek medis sebesar 125 (52,9%) dengan rata-rata 20,8 (51,6%), aspek koding sebesar 53 (22,5%) dengan rata-rata 8,8 (26,3%), aspek administrasi sebesar 58 (24,6%) dengan rata-rata 9,6 (22%). Turut berkontribusi atas penyebab pengembalian klaim dari 5M *Framework* yaitu unsur *man* kurangnya kedisiplinan petugas medis dalam penegakkan diagnosis/tindakan dan terdapat singkatan istilah medis sebagai pemicu kesalahan koding; unsur *method* PPK, *Clinical Pathway*, SOP belum berjalan secara optimal; unsur *material* dokumen masih ada yang manual sebagian dokumen elektronik; unsur *machine* SIMRS belum terintegrasi secara komprehensif; unsur *money* tidak menjadi penyebab pengembalian klaim. **Kesimpulan :** Tingginya angka pengembalian klaim di rumah sakit dengan dominan disebabkan oleh masalah pada aspek medis (52,9%), akibat kurangnya kedisiplinan petugas medis, yang di perkuat oleh penerapan SOP yang belum optimal, masa transisi domunen manual ke elektronik, serta SIMRS yang belum terintegrasi secara komprehensif.

Kata kunci : Pasien BPJS Kesehatan, Rumah sakit, Pengembalian klaim

1. PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di bentuk melalui Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 untuk melaksanakan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan mensyaratkan rumah sakit sebagai fasilitas rujukan tingkat lanjutan untuk memberikan layanan paripurna. Kebijakan ini selaras dengan Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2021, yang menegaskan bahwasanya operasional rumah sakit harus berlandaskan pada

prinsip tata kelola yang baik dan akuntabel. Melalui metode pembarayan INA-CBGs mendorong transformasi paradigma dan praktik operasional. Rumah sakit perlu beralih dari sistem *fee for service* ke model yang melibatkan semua tingkat manajemen, dokter dan karyawan rumah sakit (Permnekes RI, 2021) harus bekerja sama untuk meningkatkan efisiensi tanpa mengurangi kualitas pelayanan. Namun, dalam pelaksanaan JKN di rumah sakit sering mengalami klaim pending atau pengembalian berkas tagihan oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit untuk

dilakukan perbaikan ulang. Menurut (Hasmi et al., 2025) dalam stundinya menganalisis tentang penggantian biaya berbasis INA-CBGs di Unit Casemix RS Islam Masyithoh Bangil tercatat 5.272 klaim, dengan jumlah 2.417 berstatus *pending* (45,8%), dengan nilai komulatif pengajuan *pending* sebesar Rp 8.427.504.800. kajian (Bella et al., 2024) di RS UNS terkait dokumen *pending* pada pasien rawat inap disebabkan oelh factor pengkodean diagnosis yang tidak akurat, kekurangan data penunjang sebesar 78 (11,3%) . Kajian (Talkah et al., 2025), kelancaran proses klaim sangat krusial bagi arus kas (*cash flow*) rumah sakit agar operasional pelayanan tidak terganggu. Temuan serupa oleh (Ni'mah et al., 2025) bahwasanya faktor administrasi 29 berkas (10%), aspek koding 91 berkas (33%), aspek medis 158 berkas (57%) . Studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang tanggal 21 Januari -16 Februari 2026 di temukan klaim yangdi kembalikan sesuai Berita Acara Pengembalian Berkas Klaim No. 1803/BA/VII-05/026 yaitu pada periode Agustus 2025-Januari 2026 terdapat berkas klaim dikembalikan sebanyak 574 kasus dengan biaya sebesar Rp 5.439.684.900.

2. TINJAUAN PUSTAKA

a. BPJS Kesehatan

Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang didasarkan pada Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN, yang kemudian di perkuat dengan Putusan Mahkamah Konstitusi, untuk memberikan kepastian hukum bagi peyelenggara program jaminan sosial di Indonesia. UU No. 24 tahun 2011, bahwasanya berlandaskan prinsip kehatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan yang bersifat wajib, gotong royong, nirlaba, keterbukaan, dana amanat, serta pemanfaatan keseluruhan hasil pengelolaan dana bagi pengembangan program dan kepentingan peserta, BPJS berupaya mewujudkan terpenuhinya kebutuhan mendsar agar mempunyai kehidupannya yang layak bagi setiap peserta beserta keluarganya.

b. Rumah Sakit

Sebagai fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan secara terintegrasi dan komprehensif sebagaimana diatur dalam UU RI No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, rumah sakit mempunyai peranannya dalam memberikan layanan kesehatan pada masyarakat. Pelayanan tersebut mencakup seluruh bentuk layanan kesehatan, baik yang diselenggarakan melalui rawat jalan ataupun rawat inap. (Undang-Undang RI, 2023)

c. Verifikasi Klaim

Verifikasi klaim adalah proses yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan untuk memastikan bahwasanya klaim yang diajukan rumah sakit memenuhi semua syarat dan ketentuan yang berlaku. Proses ini sangat penting untuk menjaga akuntabilitas dan transparansi dalam sistem jaminan kesehatan. Berdasarkan regulasi BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2018, verifikasi klaim melibatkan pemeriksaan terhadap dokumen yang diajukan dan data medis yang mengenai dengan pelayanan yang diberikannya pada pasien (BPJS, 2018)

d. Aspek Medis

Aspek ini merupakan aspek teknis klinis yang paling kompleks dan sering menjadi sumber masalah. Ketidaklengkapan dalam pengisian resume medis, terutama dalam hal pencatatan indikasi medis, diagnosis akhir, dan langkah-langkah yang jelas, sebagai satu dari sekian determinan utama yang menyebabkan pengembalian klaim di RS (Utami et al., 2025). Dokter bertanggung jawab merancang resume medis pasien secara lengkap, jelas, maupun spesifik, sekaligus mendokumentasikan tindakan yang telah dilaksanakan serta menetapkan maupun mencatat diagnosis sekunder serta utama (Permenkes No.26 Tahun, 2021)

e. Aspek Koding

Aspek ini merupakan dimensi teknis klinis yang paling kompleks dan sering menjadi sumber masalah. Ketidakakuratan kode diagnosis (ICD-10): Penentuan kode diagnosis utama (principal diagnosis) dan diagnosis sekunder yang tidak tepat atau tidak spesifik merupakan penyebab pending utama. Ketidakakuratan ini sering terjadi akibat kurangnya pemahaman klinisi dan koder terhadap aturan koding (Bella et al., 2024). Kesesuaian kode prosedur (ICD-9-CM): Kode tindakan atau prosedur harus merefleksikan secara akurat apa yang dilakukan selama perawatan dan memiliki hubungan klinis yang logis dengan diagnosis. Ketidaksesuaian menyebabkan klaim ditolak (Oktamianiza et al., 2021).

f. Aspek Adminitrasi

Aspek ini berkaitan dengan kelengkapan dan keakuratan dokumen pendukung klaim yang menjadi syarat mutlak verifikasi. Kelengkapan dokumen merupakan setiap berkas klaim rawat inap wajib memuat dokumen seperti resume medis, lembar verifikasi, hasil pemeriksaan penunjang, dan lembar persetujuan tindakan. Ketidaklengkapan satu dokumen saja dapat menyebabkan klaim dikembalikan. (Triatmaja et al., 2022). Kesesuaian dan kejelasan data meliputi identitas pasien, No. kartu JKN, dan masa berlaku kepesertaan harus sesuai dengan database BPJS. Data

yang tidak jelas atau tidak sesuai menjadi penyebab pending (Ni'mah et al., 2025). Checklist dokumen klaim adalah langakag dalam penerapan checklist yang sistematis dalam unit casemix atau rekam medis terbukti dapat meminimalkan kesalahan. (Hasmi et al., 2025) menemukan bahwasanya ketidakdisiplinan dalam menggunakan *checklist* menyebabkan dokumen penting terlewat.

g. Unsur 5 M

Identifikasi unsur manajemen 5 M menurut kajian (Triatmaja et al., 2022) bahwa

1. Identifikasi unsur *Man* yaitu sumber daya manusia ataupun petugas yang ikut dengan langsung dalam klaim BPJS (pengetahuan, pengalaman kerja)
2. Identifikasi unsur *Method* yaitu terkait SOP pengkodean diagnosis berdasar ICD 10 maupun 9 CM.
3. Identifikasi unsur *Material* yaitu kelengkapan dokumen klaim BPJS seperti SEP, resume medis, alporan operasi, surat perintah rawat inap, hasil pemeriksaan penunjang maupun data dukung lainnya.
4. Identifikasi unsur *Machine* mencakup sarana dan prasarana yang digunakan dalam proses klaim seperti computer, jaringan, SIMRS, Software INA-CBG.

5. Identifikasi unsur *Money* merupakan biaya yang timbul akibat klaim tertunda.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan metode campuran dengan desain sekuensial eksploratif. Dimulai dari tahap kuantitatif untuk memetakan distribusi frekuensi aspek penyebab klaim *pending* berdasarkan data sekunder, dilanjutkan tahap kualitatif untuk mengeksplorasi alasan mendalam dibalik temuan kuantitatif melalui data primer. Populasi penelitian terdiri atas seluruh berkas klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan yang berstatus *pending* di RSUD UMM dari bulan Agustus 2025 hingga Januari 2026. Sampel kuantitatif sebanyak 236 dokumen yang diambil mempergunakan teknik *simple random sampling*. Data kualitatif, informan dipilih dengan teknik *purposive sampling* yang terbagi atas 4 Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP spesialis saraf, paru, bedah umum, dan anak), 1 Dokter Verifikator Internal, 1 Petugas Koding, 1 Petugas IT, 1 Petugas Tim Casemix maupun 1 Petugas Keuangan. Data kuantitatif dikumpulkan menggunakan lembar observasi/*ceklist* kelayakan dokumen klaim dan dianalisis menggunakan statistik deskriptif univariat (frekuensi, persentase, dan rata-rata). Data kualitatif dihimpun melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) terstruktur

dan observasi lapangan, yang selanjutnya dianalisa dengan digunakannya metode analisis data interaktif Miles & Huberman meliputi tahapan reduksi data, penyajian data, serta penarikan simpulan ataupun verifikasi.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Data Pengembalian Klaim Periode Agustus 2025-Januari 2026

Klasifikasi Klaim pending rawat inap di RS UMM Periode Agustus 2025-Januari 2026 sebagai berikut:

Tabel 4 1Klasifikasi Klaim Pending

Bulan	Medis		Koding		Administrasi		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Agustus	37	56%	6	9,1%	23	34,8%	66	100%
September	31	56,4%	9	16,4%	15	27,3%	55	100%
Oktober	20	60,6%	10	30,3%	3	9%	33	100%
November	17	68%	6	24%	2	8%	25	100%
Desember	7	29,1%	10	41,7%	7	29,1%	24	100%
Januari	13	39,4%	12	26,4%	8	24,2%	33	100%
Jumlah	125	52,9%	53	22,5%	58	24,6%	236	100%
Rata-rata	20,83	51,58%	8,83	26,32%	9,67	22,67%	39,33	100%

Sumber : Data penelitian diolah (2026)

Sebagaimana tabel 4.1 bahwasanya pada bulan Agustus penyebab klaim pending tertinggi dari aspek medis 37 berkas (56%), maupun klaim pending terendah dari aspek

sejumlah 6 kasus (9,1%), pada bulan September klaim pending tertinggi pada aspek medis sejumlah 31 berkas (56,4%), dan klaim pending terendah dari aspek koding sejumlah 9 berkas (16,4%), pada bulan Oktober klaim pending tertinggi pada aspek medis sejumlah 20 (60,6%) dan klaim pending terendah dari aspek administrasi sejumlah 3 (9%), pada bulan November klaim pending tertinggi pada aspek medis sejumlah 17 berkas (68%) dan klaim pending terendah dari aspek administrasi sejumlah 2 berkas (8%), pada bulan Desember klaim pending tertinggi dari aspek koding sejumlah 10 berkas (41,7%) sedangkan klaim pending dari aspek koding dan administrasi memiliki distribusi frekuensi yang sama yaitu sejumlah 7 berkas (29,1%), pada bulan Januari 2026 klaim pending tertinggi pada aspek medis sejumlah 13 berkas (39,4%) dan klaim pending terendah dari aspek administrasi sejumlah 8 berkas (24,2%). Jumlah total frekuensi dari aspek medis sejumlah 125 kasus (52,9%), dari aspek koding sejumlah 53 kasus (22,5%), dari aspek administrasi sejumlah 58 kasus (24,6%). Sedangkan jika dilihat dari total rata-rata distribusi frekuensi aspek medis sebesar 20,82 (51,58%), aspek koding sebesar 8,83 (26,32%), aspek administrasi 9,67 (22,67%).

b. Penyebab Pengembalian Klaim Berdasarkan Aspek Medis

Penyebab pengembalian klaim rawat inap dari aspek medis terdapat 125 dokumen (52,9%) pada kasus terbanyak yaitu pada kasus pneumoni sebesar 30 berkas (9,1%) karena indikasi pneumonia belum sesuai rekomendasi dari KMKB skor CURB 65/ PSI, Selain itu terdapat kasus typhoid fever belum sesuai kriteria rawat inap, kasus heart failure atau gagal jantung belum sesuai dengan rekomendasi KMKB, kasus *respiratory failure* belum memenuhi kriteria gagal nafas akut sesuai pedoman ina-cbg tahun 2018. Sejalan dengan penelitian Widodo & Parawiyati (2025) bahwasanya klaim pending karena faktor klinis disebabkan karena resume medis yang tidak lengkap anamnesis, pemeriksaan fisik, diagnosis dan tatalaksana. Diperkuat Ni'mah et al (2025) klaim pending dari faktor medis yakni minimnya penjelasan penunjang penguat maupun tatalaksana pada diagnois, ketidakseuaian diagnosis dengan gejala klinis berdasarkan PNPK, indikasi rawat inap.

c. Penyebab Pengembalian Klaim Berdasarkan Aspek Koding

Penyebab pengembalian klaim rawat inap dari aspek koding terdapat 53 berkas (22,46%) pada kasus tuberculosis dengan komplikasi effusi pleura, komplikasi dengan HIV dilakukan koding terpisah, jika

mengacu pada ICD 10 th 2010 melihat pada leadterm tuberculosis_ pleurisy cukup satu kode yaitu A15.6/A16.5, sedangkan jika komplikasi pada HIV cukup menggunakan koding kombinasi B20.0. Pada kasus hipertensi pada pasien gagal ginjal kronis disertai dengan gagal jantung kongstif ditemukan kode terpisah seharusnya sesuai ICD 10 th 2010 cukup menggunakan ketentuan koding kombinasi yaitu I13.2. Terdapat kode tindakan yang belum sesuai kaidah koding ICD 9-CM th 2010 tidak ada gambaran fraktur lempeng epifisis namun dilakukan pengkodean 79.42 seharusnya 79.02 karena reduksi tertutup tanpa fiksasi internal. Selaras dengan penelitian Ni'mah et al (2025) menjadi sebab klaim pending dari aspek koding yakni kode tidak sejalan dengan kaidah pengkodean maupun BA kesepakatan, ketidaktepatan pemberian kode ganda.

d. Penyebab Pengembalian Klaim

Berdasarkan Aspek administrasi

Penyebab pengembalian klaim rawat inap berdasarkan aspek administrasi sebesar 58 berkas (24,58%). Kelengkapan administrasi berupa surat pernyataan pengajuan SEP approval belum dilampirkan sebanyak 19 berkas, bukti pemeriksaan penunjang medis belum dilampirkan sebanyak 13 berkas, pada kasus pemasangan ring belum di lampirkan bukti *coronary tree*, serta kasus kecelakaan lalu lintas belum di

lampirkan laporan kepolisian meskipun sudah di lampirkan surat jaminan dari Jasa Raharja. Sesuai penelitian Ni'mah et al (2025) penyebab klaim pending aspek administrasi yaitu berkas klaim belum terlampir, tidak memberikan lampiran bukti tindakan operasi maupun hasil pemeriksaan penunjangnya.

e. Penyebab Pengembalian Klaim ditinjau dari unsur *Man*

Unsur *man* (manusia) mengacu pada SDM yang ikut terkait dapat tahapan klaim . Didapatkan dari hasil wawancara kepada 4 dokter penanggung jawab pasien bahwasanya: 1 (satu) dokter yang menjawab selalu lengkap dalam pengisian resume medis dan laporan operasi dan 3 (tiga) dokter lainnya dapat diketahui dari hasil wawancara belum cukup disiplin dalam melakukan pengisian resume medis dengan berbagai keterangan yang berbeda. Hal tersebut belum sesuai dengan Permekes No. 26 tahun 2021 mengenai pedoman INA-CBGs bahwasanyasanya tugas dan tanggungjawab dokter adalah menegakkan diagnosis utama, sekunder, prosedur/tindakan serta terapi yang di berikan harus mengisi resume medis dengan lengkap, jelas maupun spesifik. Kendala yang dialami oleh petugas koding adalah menentukan kode diagnosis utama maupun kode diagnosis sekunder. Terdapat anamnesis dan indikasi medis yang

dituliskan oleh dokter belum sesuai, selain itu terdapat singkatan sama namun pada devisi yang berbeda, seperti dokter spesialis saraf menuliskan singkatan TIA, disisi lain dokter spesialis bedah juga menuliskan singkatan TIA. Singkatan tersebut memiliki makna yang berbeda, pada devisi saraf singkatan TIA diartikan sebagai penyakit *Transient Ischemic Attack* sedangkan singkatan TIA pada devisi bedah di artikan sebagai penyakit *Tumor Intra Abdomen* sehingga petugas koder harus melakukan konfirmasi kepada dokter yang bersangkutan mengenai diagnosis maupun tindakan yang diteggakkan dalam resume medis pasien agar dapat menentukan kode yang tepat. Sesuai dengan penelitian Triatmaja et al (2022) bahwasanya petugas casemix atau koder mengalami kesulitan dalam melakukan pengkodingan diagnosis maupun tindakan karena keterbacaan tulisan dokter, terdapat singkatan istilah medis.

f. Penyebab Pemngembalian Klaim ditinjau dari unsur *Method*

Unsur *method* merujuk pada ketersediaan Panduan Praktek Klinik (PPK) yang di gunakan oleh Dokter Penanggungn Jawab Pasien (DPJP) dalam memberikan pelayanan. Didapatkan melalui kegiatan wawancara, dapat diketahui ada *method* yang menyebabkan terjadinya pengembalian klaim yaitu belum semuanya

menggunkan PPK. Ketersediaan *Clinical Pathway* yang digunakan dalam memberikan pelayanan tidak semua kasus ada *clinical pathway* . Untuk SOP koding juga tidak ada yang menyebabkan klaim pending. Informasi yang disampaikan oleh petugas koding terdapat secara lengkap terkait SOP yang tertulis dalam pedoman pelayanan rekam medis, yang menyebutkan bahwasanya pemberian kode penyakit berlandaskan aturan umum pengkodean sesuai ICD 10 tahun 2010 maupun ICD 9 CM tahun 2010. Sedangkan dalam alur kerja mengenai manajemen klaim cukup jelas sesuai informasi dari unit casemix bahwasanya ketika pasien sudah diperbolehkan pulang oleh dokter, maka berkas tersebut diturunkan oleh perawat ke kasir untuk update pulang SEP melalui system BPJS Kesehatan yaitu V-Klaim, selanjutnya berkas rekam medis pasien diambil oleh petugas rekam medis untuk dilakukan assembling dan koding, selanjutnya dilakukan verifikasi ulang di unit casemix. Sejalan dengan penelitian Triatmaja et al (2022) bahwasanya casemix menggunakan SOP pengkodean secara umum dan belum ada SOP pemberian kode diagnosis maupun prosedur sesuai system IN-CBGs.

g. Penyebab Pengembalian Klaim ditinjau dari unsur *Material*

Unsur *material* merujuk pada kelengkapan dokumen klaim yang dapat menjadi penyebab pengembalian klaim apabila tidak dilengkapi. Didapatkan dari wawancara petugas casemix dan verifikator internal dapat diketahui kelengkapan berkas klaim menjadi satu dari sekian syarat yang harus dipenuhi rumah sakit pada saat melakukan pengajuan klaim. Hal tersebut tertera pada perjanjian kerja sama antara RS dengan BPJS Kesehatan yaitu harus melakukan dokumentasi pada setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien. Apabila berkas klaim yang diberikan pada pihak BPJS Kesehatan tidak lengkap, maka berdampak pada klaim pending. Sejalan dengan kajian Triatmaja et al (2022) penyebab klaim pending dari faktor material karena berkas yang tidak lengkap dan tidak dicantumkan dalam klaim seperti hasil pemeriksaan penunjang.

h. Penyebab Pengembalian Klaim ditinjau dari unsur *Machine*

Unsur *machine* merujuk pada integrasi SIMRS dengan Aplikasi INA-CBGs dan keandalan komputer dan jaringan. Hasil wawancara kepada tim casemix dan staf IT, ditemukan adanya penyebab klaim pending dari unsur *machine* yaitu peralihan rekam medis manual ke elektronik belum diterapkan secara komprehensif. SIMRS

belum terintegrasi secara menyeluruh sehingga untuk klaim rawat inap masih mengentri data kepesertaan, billing , data diagnosis dan prosedur masih bersifat manual pada aplikasi E-Klaim INA-CBGs. Astuti dan Hidayah (2022) penyebab terjadinya pengembalian klaim adalah sistem informasi RS yang belum *terbridging* dengan aplikasi e-klaim maupun v-klaim. Selaras dengan penelitian Ariyanti et al (2025) bahwasanya dalam klaim didapatkan empat variabel data krusial yang harus di entri yakni identifikasi pasien, informasi medis, informasi pelayanan maupun variable khusus *casemix main group*. Keandalan komputer cukup mumpuni karena pada unit casemix, rekam medis, pelayanan rawat inap dengan spesifikasi *core i5* namun belum secara menyeluruh. Jaringan internet yang di gunakan pada pelayanan rawat inap sampai dengan administrasi klaim cukup stabil. Sejalan dengan penelitian Triatmaja at al (2022) penyebab klaim pending dari aspek *machine*, komputer pada ruang casemix perlu dilakukan upgrade, jaringan internet perlu perbaikan secara berkala

i. Penyebab Pengembalian Klaim ditinjau dari unsur *Money*

Unsur *money* pada penelitian ini merujuk pada ketersediaan anggaran operasional yang di butuhkan oleh tim casemix di

Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Malang.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

1. Distribusi frekuensi, persentase dan rata-rata penyebab pengembalian klaim dari aspek medis 125 (52,9%) dengan rata-rata 20,8(51,6%) aspek koding 53 (22,5%) dengan rata-rata 8,8 (26,3%) aspek administrasi 58 (24,6%) dengan rata-rata 9,6 (22%)
2. Unsur *man* turut berkontribusi dominan terhadap penyebab pengembalian klaim karena kurangnya kedisiplinan para petugas medis dalam menentukan diagnosis, tindakan dan terapi serta temuan penggunaan istilah medis dengan singkatan tidak standar yang memicu terjadinya kesalahan koding.
3. Unsur *method* turut berkontribusi terhadap penyebab pengembalian klaim karena tidak semua DPJP menjalankan PPK,CP serta SOP yang sudah di buat meskipun SOP tersebut sudah ada
4. Unsur *material* kelengkapan dokumen klaim masih sebagian yang sudah elektronik namun sebagian lain masih manual sehingga memicu ketidaklengkapan dokumen sebagai syarat klaim.

5. Unsur *machine* SIMRS belum terintegrasi secara komprehensif, masih dalam proses pengerjaan, keadaan komputer dan jaringan sudah cukup memadai
6. Unsur *money* tidak menjadi penyebab pengembalian klaim karena ketersediaan anggaran yang didistribusikan kepada petugas yang terlibat klaim sudah sesuai.

Saran

1. Saran bagi Rumah Umum Universitas Muhammadiyah Malang adalah menjadikan klaim pending sebagai skala prioritas untuk di selesaikan dengan akslerasi integrasi SIMRS dengan aplikasi yang digunakan untuk klaim, serta memberikan *reward* dan *punishment* kepada petugas yang terlibat dalam proses klaim. Atas temuan daftar singkatan penyakit saran menempelkan daftar singkatan pada *dashboard* komputer setiap poliklinik, nurse satation. Petugas koder segera membuat data update singakatan sesuai pedoman pelayanan rekam medis
2. Saran untuk peneliti selanjutnya
Menentukan rincian dari setiap variable yang sesuai dengan topik pembahasan pada judul penelitian yang disesuaikan dengan keterangan yang terdapat pada tujuan khusus.

6. DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, A. L., Ningrum, H. D., & Purnamasari, A. T. (2025). Analisis Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan pada Layanan Rawat Inap di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang. *Indonesian Journal of Health Insurance and Medical Records (IJHIMR)*, 2(1), 145–155.
- Ariyanti, M., Nugraha, E., & Rano, I. S. (2025). Evaluasi Proses Penginputan Data Klaim Pembiayaan Kesehatan di Unit Rawat Jalan UPT RSUD RAA Soewondo Pati. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 13(1), 42–50.
- Astuti, N. D., & Hidayah, A. N. (2022). Tinjauan Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Literature Review on Causes of Claim Return for Inpatients' Social Security for Health Agency. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 5(2).
- Bella, C. R., Pratama, A., & Abidin, A. Z. (2024). Overview of the Causes of BPJS Health Pending Claims Due to Inaccuracy of Diagnosis Codes in Sebelas Maret University (UNS) Hospital. *Procedia of Engineering and Life Science*, 6, 75–83.
- Hasmi, J., Cahyadi, R., & Mundakir. (2025). Anaysis Of Pending BPJS Claims Issues in the Casemix Unit of RS Islam Masyithoh Bangil 2025. *Jurnal Manajemen Pendidikan Islam*, 290–304.
- Ni'mah, F., Ardhiasti, A., & Hariyanto, S. (2025). Gambaran Faktor Penyebab Klaim Pending Rawat Inap Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Kanjuruhan Malang. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Palembang*, 20(2), 112–118.
- Nugroho, P. A., Widodo, P. P., & Sunindya, B. R. (2024). Faktor-Faktor Yang Menyebabkan Klaim Pending Rawat Inap

BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Reksa Waluya. *Indonesian Journal of Health Insurance and Medical Records (IJHIMR)*, 1(2), 54–60.

Oktamianiza, Rahmadhan, Yulia, Y., & Putri, H. M. (2021). Literatur Riview Tentang Faktor Penyebab Klaim Tidak Layak Bayar BPJS Kesehatan DI Rumah Sakit Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 6(1), 83–90.

Peraturan Menteri Kesehatan No.26 Tahun. (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 26 Tahun 2021 tentang Pedoman INA-CBG dalam Program JKN. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 26 Tahun 2021*, (26), 10–17.

Peraturan Pemerintah RI, 2021. (2021). *Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasaitan* (47; Number 086146, pp. 1–80.

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

Putri, M. O. D., & Krinawati, E. (2026). Literature Review Analisis Faktor yang Mempengaruhi Ketepatan Pemberian Kodefikasi Penyakit. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (J-MIKA)*, 1(1), 8–16.

Sugiyono. (2023). Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. In *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D* (2nd ed., p. 444). ALFABETA.

Syahira, N., Unit, D. I., Rumah, C., & Blitar, S. X. (2024). Strategi Optimalisasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Di Unit Casemix Rumah Sakit “X” Blitar. *Jurnal ARSI: Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 10(2).

Talkah, I. K., Asiani, G., & Zaman, C. (2025). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di Rumah Sakit. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 10(1), 460–474.

Triatmaja, A., Wijayanti, R. A., & Nuraini, N. (2022). Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Haji Surabaya. *Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 3(2), 131–138.

Tuzzahra, R., Hakim, A. O., Romodon, D., & Gunawan, G. (2024). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD Majenang. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 6(1), 29–39.

Undang-Undang RI, 2023. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia No. 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. In *Undang-Undang* (17; Number 187315, pp. 1–300).

Utami, Y. T., Maryati, W., & Ahmad, H. (2025). Optimalisasi Manajemen Dalam Upaya Menurunkan Angka Pending Klaim Pasien Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit. *INFOKES: Jurnal Ilmiah Rekam Medis Dan Informatika Kesehatan*, 15(1), 30–40.

Zein, E. R., & Syahirah, T. (2025). Analisis Faktor-Faktor Ketidakakuratan Kodefikasi External Cause Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pasien BPJS di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 11(2), 85–9

SUBI HARIYANTO HASIL PLAGIASI JURNAL

JURNAL
TURNITIN STIA 2026
Institut Asia Malang

Document Details

Submission ID
trn:oid::1:3606879351

Submission Date
Jul 6, 2026, 10:35 AM GMT+7

Download Date
Jul 6, 2026, 10:36 AM GMT+7

File Name
Jurnal_Subi_22333136_-_subi_hariyanto.pdf

File Size
318.4 KB

12 Pages
4,265 Words
25,719 Characters



Page 1 of 17 - Cover Page

Submission ID trn:oid::1:3606879351



Page 2 of 17 - Integrity Overview

Submission ID trn:oid::1:3606879351

17% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Exclusions

► 3 Excluded Sources

Top Sources

15% Internet sources
11% Publications
11% Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.