

ANALYSIS OF BPJS HEALTH CLAIM IMPLEMENTATION AT IHC LAVALEETTE HOSPITAL, MALANG CITY

(Aristi Antoneta Bulu¹) (Soraya²)

Sekolah Tinggi Ilmu Adminstrasi (STIA) Malang Program
Diploma III Perekam Medis & Informasi Medis

(Aristi Antoneta Bulu¹)

email : aristiantonetabulu06@gmail.com

ABSTRACT

Claims must be accompanied by various supporting documents, such as a medical resume and accurate diagnosis coding. If these documents are incomplete or incomplete, claims will be delayed or even rejected. This will undoubtedly impact cash flow and the smooth operation of the hospital. Therefore, it is crucial to analyze the implementation of BPJS Kesehatan claims at Lavallette Hospital in Malang City to understand the process and any obstacles encountered.

This study analyzes the implementation of BPJS Kesehatan claims at Lavallette Hospital in Malang City, including the process flow, requirements, obstacles, and solutions. The research method used is descriptive qualitative, with data collection techniques including observation, interviews, and documentation. The study results indicate that claims processing has been progressing well, but challenges remain, including downtime hindering data input and pending and ineligible claims for both outpatient and inpatient care during the January–March 2025 period.

For outpatient care, January recorded 16,965 visits, with 747 pending claims and 186 ineligible claims. February saw a decrease to 16,246 visits, with 524 pending claims and 67 ineligible claims. In March, from 16,295 visits, only 65 pending and ineligible claims remained. For inpatient care, January saw 1,694 visits, with 133 pending claims, February saw 1,529 visits, with 138 pending claims, and March saw an increase to 1,885 visits, with only 5 pending claims. BPJS Kesehatan claims processing at Lavalette Hospital has been progressing well, but remains hampered by system downtime and pending and ineligible claims due to document inconsistencies. However, data from January–March 2025 showed significant improvement, with a decrease in the number of pending and ineligible claims for both outpatient and inpatient care, resulting in a more effective claims process.

Keywords: Claims, BPJS Kesehatan, Outpatient, Inpatient.

ANALISIS PELAKSANAAN KLAIM BPJS KESEHATAN DI IHC RUMAH SAKIT LAVALETTE KOTA MALANG

(Aristi Antoneta Bulu¹) (Soraya²)

Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (STIA) Malang
Program Diploma III Perkam Medis & Informasi Medis

(Aristi Antoneta Bulu¹)
email : aristiantonetabulu06@gmail.com

ABSTRAK

Dalam pelaksanaannya klaim harus dilengkapi dengan berbagai dokumen pendukung seperti resume medis dan pengkodean diagnosis yang akurat. Apabila tidak sesuai atau kurang maka klaim akan mengalami penundaan(pending) dan bahkan ditolak. Hal ini tentu berdampak terhadap arus kas dan kelancaran operasional Rumah Sakit. oleh karena itu penting untuk dilakukan analisis terhadap pelaksanaan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah sakit Lavalette Kota Malang. Guna mengetahui pelaksanaan serta hambatan yang ada saat proses berlangsung.

Penelitian ini menganalisis pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Lavalette Kota Malang, mencakup alur, persyaratan, kendala, dan solusi pelaksanaan klaim. Metode penelitian deskriptif kualitatif dengan teknik pengumpulan data berupa observasi, wawancara, dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan klaim sudah berjalan baik, namun masih terdapat kendala berupa down time yang menghambat input data serta adanya klaim pending dan tidak layak pada rawat jalan maupun rawat inap periode Januari–Maret 2025.

Untuk Rawat Jalan, Januari tercatat 16.965 kunjungan dengan 747 klaim pending dan 186 tidak layak, Februari menurun menjadi 16.246 kunjungan dengan 524 klaim pending dan 67 tidak layak, sedangkan Maret dari 16.295 kunjungan hanya tersisa 65 klaim pending dan tidak layak. Untuk Rawat Inap, Januari terdapat 1.694 kunjungan dengan 133 klaim pending, Februari 1.529 kunjungan dengan 138 pending, dan Maret meningkat menjadi 1.885 kunjungan namun hanya 5 klaim pending. Pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Lavalette sudah berjalan baik, namun masih terkendala down time sistem serta adanya klaim pending dan tidak layak akibat ketidaksesuaian dokumen. Meski begitu, data Januari–Maret 2025 menunjukkan perbaikan signifikan dengan menurunnya jumlah klaim pending dan tidak layak pada rawat jalan maupun rawat inap, sehingga proses klaim menjadi lebih efektif.

Kata Kunci : Klaim,BPJS Kesehatan,Rawat Jalan,Rawat Inap.

1) PENDAHULUAN

Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat. (Presiden RI, 2023) Dalam upaya meningkatkan kesehatan perseorangan Rumah Sakit harus menyediakan data dan informasi kesehatan pasien yang lengkap dan akurat supaya terciptanya tertib administrasi. Oleh karena itu di butuhkan Unit Rekam medis.

Berdasarkan Permenkes Nomor 24 Tahun 2022, rekam medis adalah dokumen yang memuat identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan lainnya. Seiring perkembangan teknologi, rekam medis kini telah beralih ke sistem elektronik (RME) yang mendukung efisiensi pengelolaan data pasien. Saat ini sudah banyak Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS.

Badan penyelenggara jaminan sosial adalah badan hukum yang menyelenggarakan jaminan sosial. Salah satu program yang diselenggarakan oleh BPJS adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Jaminan Kesehatan Nasional adalah program pemerintah yang memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh masyarakat Indonesia, termasuk jaminan finansial saat mereka membutuhkan layanan kesehatan. Dengan diberlakukannya program JKN maka BPJS

Kesehatan menerapkan metode pembayaran ke Fasilitas pelayanan kesehatan dengan menggunakan sistem *casemix*.

Klaim BPJS Kesehatan merupakan proses pengajuan biaya perawatan pasien peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit, kepada pihak BPJS Kesehatan. Pengajuan klaim ini dilakukan secara kolektif dan biasanya ditagihkan setiap bulan (Maulida & Djunawan, 2022). Dalam pelaksanaannya, klaim harus dilengkapi dengan berbagai dokumen pendukung seperti resume medis dan pengkodean diagnosis yang akurat. Apabila terdapat ketidaksesuaian atau kekurangan dalam dokumen tersebut, klaim dapat mengalami penundaan (*pending*) atau bahkan penolakan. Hal ini tentu berdampak terhadap arus kas dan kelancaran operasional rumah sakit.

Permasalahan terkait klaim BPJS Kesehatan, khususnya klaim *pending*, masih banyak dijumpai di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu penelitian terdahulu yang dilakukan oleh May Rabiulyati (2023) di RSUD Kebayoran Baru menunjukkan bahwa sebanyak 10,97% dari total klaim mengalami *pending*. Penyebab utamanya antara lain adalah ketidaklengkapan resume medis dokter (59 berkas) dan ketidaksesuaian dalam pengajuan berkas klaim (81 berkas). Temuan ini menunjukkan bahwa masih terdapat kendala administratif dan prosedural dalam proses klaim.

Berdasarkan permasalahan tersebut, penting untuk dilakukan evaluasi dan analisis

terhadap pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “**Analisis Pelaksanaan Klaim BPJS Kesehatan di IHC Rumah Sakit Lavalette Kota Malang**” guna mengetahui bagaimana proses klaim BPJS Kesehatan dilaksanakan di rumah sakit tersebut, serta mengidentifikasi hambatan-hambatan yang muncul selama proses tersebut berlangsung.

2) TINJUAN PUSTAKA

Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang No 27 Tahun 2023 tentang kesehatan Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.(Presiden RI, 2023)

Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Undang -Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 4, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perseorangan melalui pelayanan kesehatan

yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;

- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;

Rekam Medis

Menurut Permenkes No 269/MENKES/PER/III/2008,Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Rekam Medis Elektronik adalah Rekam Medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan Rekam Medis.(Permenkes No. 24, 2022)

BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Definisi ini mengacu pada Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.(Presiden, RI 2011)

Klaim BPJS Kesehatan

Klaim BPJS adalah pengajuan seluruh biaya perawatan pasien BPJS oleh pihak Rumah Sakit kepada pihak BPJS Kesehatan,

dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya melalui proses verifikasi(Ibrahim et al., 2024)

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS Kesehatan oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya(Maulida & Djunawan, 2022)

Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional, disebutkan bahwa klaim yang diajukan oleh fasyankes harus melalui proses verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan.

Menurut (Santiasih et al., 2021) Untuk memastikan kebenaran administrasi dan menjaga kualitas pelayanan kesehatan, klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan harus diverifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan.

Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan Klaim BPJS Kesehatan

1. Kelengkapan pengisian Resume medis

Resume medis dalam prosedur klaim merupakan salah satu hal yang penting untuk diperhatikan. Resume medis adalah ringkasan kegiatan pelayanan medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan khususnya dokter selama masa perawatan hingga pasien keluar baik dalam keadaan hidup maupun meninggal (Windarti, 2023).

Menurut (Permenkes RI No 26, 2021).

Resume medis yang baik sangat dipengaruhi oleh tugas dan tanggung jawab dokter, termasuk memastikan dan menuliskan diagnosis utama dan diagnosis sekunder, serta prosedur dan tindakan yang telah dilakukan. Selama pasien dirawat di rumah sakit, dokter juga harus menyusun resume medis pasien secara lengkap, jelas, dan spesifik. Ini juga diperlukan untuk mendukung proses klaim sesuai ketentuan yang berlaku.

2. Koding

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10, serta memberikan kode tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9-CM.(Permenkes RI No 26, 2021). Koding berpengaruh dalam pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat lanjut.

Kodefikasi diagnosis dalam prosedur klaim berkaitan dengan keakuratan kodefikasi diagnosis yang ditegakkan. Hal ini karena keakuratan kode diagnosa sangat mempengaruhi kualitas pembayaran biaya kesehatan dengan sistem *case-mix*, faktor kodefikasi sangat menentukan, dimana yang digunakan untuk menentukan tarif berdasar pada pedoman ICD-10 untuk menentukan diagnosa(Windarti,2023) dalam kodefikasi yang bertugas memberikan koding adalah koder

3. Teknologi Informai

Teknologi informasi adalah suatu jenis teknologi yang digunakan untuk mengolah data. Ini termasuk memproses, mendapatkan,

menyusun, menyimpan, dan memanipulasi data dalam berbagai cara untuk menghasilkan informasi yang berkualitas, yaitu informasi yang relevan, akurat, dan tepat waktu yang digunakan untuk keperluan individu, perusahaan, dan pemerintahan, serta informasi strategis untuk pengambilan keputusan.(Cholik., C, A, 2021)

Mengacu pada Permenkes 26 Tahun 2021 Teknologi informasi (TI) memainkan peran penting dalam penerapan sistem pembayaran Case Based Group Indonesia (INA-CBG) di Indonesia, terutama dalam pengajuan klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Sistem BPJS menggunakan program INA-CBG terkomputerisasi untuk mengklasifikasikan layanan medis berdasarkan diagnosis akhir pasien dan riwayat perawatan dan prosedur mereka, sehingga menghasilkan pembayaran yang adil dan berbasis kasus.

3) METODE PENELITIAN

Penelitian ini menganalisis pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Lavalette Kota Malang, mencakup alur, persyaratan, kendala, dan solusi pelaksanaan klaim.

Data diperoleh dari sumber primer (wawancara, observasi, dokumentasi) dan sekunder (orang lain atau dokumen). Teknik pengumpulan data meliputi observasi, wawancara, dan dokumentasi dengan instrumen seperti panduan wawancara,

lembar observasi, perekam suara, dan kamera. Dalam penelitian ini adapun analisis data yang digunakan adalah analisis deskriptif

Menurut Sugiyono(2019;357), Analisis deskriptif dilakukan dengan memilih data yang penting, baru, dan unik sesuai rumusan masalah atau pertanyaan penelitian. Analisis ini didasarkan pada data yang terkumpul melalui observasi, wawancara mendalam, dokumentasi, serta triangulasi.

4) HASIL PENELITIAN

Alur pelaksanaan Klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 27 Agustus 2025 dibagian Rekam Medis khususnya bagian *casemix* terkait Alur Pelaksanaan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Lavalette, dimulai setelah pasien selesai melakukan pemeriksaan. dokter akan melengkapi berkas klaim yang terdiri dari *resume* medis dan hasil pemeriksaan penunjang, kemudian berkas tersebut diserahkan ke bagian *Casemix* untuk diproses lebih lanjut. Pihak-pihak yang terlibat dalam seluruh proses klaim hingga diterima oleh BPJS adalah Para Pemberi Asuhan (PPA) dengan penanggung jawab koordinator untuk masing-masing unit. Rumah sakit telah memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengatur alur perjalanan berkas klaim, dan SOP tersebut telah digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaannya.

Pelaksanaan Klaim BPJS Kesehatan

Proses pengumpulan dan pengecekan dokumen klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit tersebut telah terstruktur. Untuk pasien rawat inap (ranap), koordinator dari ruangan yang bertugas menyetorkan berkas klaim ke bagian *casemix*. Sementara untuk pasien rawat jalan (rajal), pengumpulan berkas dilakukan oleh asisten yang kemudian juga menyetorkannya ke *casemix*. Proses pengajuan klaim sendiri tidak lagi dilakukan secara manual, melainkan sudah menggunakan aplikasi INA-CBG's. Dalam proses ini, petugas koder memegang peran kunci dengan memasukkan kode diagnosis dan tindakan ke dalam sistem INA-CBG's dengan mempertimbangkan terapi atau pengobatan yang diberikan kepada pasien. Adapun sistem pengendalian dan monitoring klaim yang diterapkan oleh Rumah Sakit adalah dengan melakukan tarikan data pasien yang sudah pulang, yang berfungsi sebagai mekanisme untuk memantau dan mengawasi proses klaim tersebut.

Berkas pelaksanaan Klaim BPJS Kesehatan

Berkas persyaratan klaim BPJS Kesehatan yang wajib disiapkan dalam satu berkas klaim meliputi *resume* medis, hasil Pemeriksaan Lab, Pemeriksaan USG, Protokol Kemoterapi, SEP (Surat Eligibilitas Peserta), laporan operasi dan surat kematian. Kelengkapan dan keakuratan *resume* medis dipastikan pada saat petugas koder melakukan proses *input* data ke dalam sistem INA-CBG's, di mana petugas juga memeriksa dan menyesuaikan

dokumen pendukung yang menguatkan diagnosis. Terkait kendala, informan menyatakan bahwa tidak ada kendala dalam pengisian *resume* medis oleh dokter, yang menunjukkan bahwa proses pengisian dokumen tersebut telah berjalan lancar dan sesuai dengan prosedur.

Koding dan Sistem INA-CBG's

Proses kodefikasi diagnosis dan tindakan dilakukan segera setelah berkas klaim lengkap diterima oleh bagian *casemix*, dimana petugas koder yang khusus ditugaskan untuk itu langsung melakukan penginputan kode. Rumah Sakit telah memiliki tenaga koder khusus yang terlibat secara aktif dan integral dalam keseluruhan proses klaim, mulai dari pengecekan kelengkapan berkas hingga *input* data. Sistem INA-CBGs digunakan secara penuh dalam memproses klaim, dengan proses *input* data yang dilakukan oleh petugas koder sesuai dengan modul dan format standar yang telah ditetapkan oleh INA-CBGs.

Kendala yang dihadapi serta solusi dalam proses Klaim BPJS Kesehatan di IHC Rumah Sakit Lavalette Kota Malang

Kendala umum yang sering terjadi dalam proses klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit adalah terjadinya *downtime* (gangguan) pada sistem yang menghambat proses *input* maupun pengajuan klaim. Selain itu. Selain itu, Rumah Sakit juga pernah mengalami situasi dimana klaim berstatus *pending*. Penyebab utama dari klaim yang tertunda tersebut adalah umumnya disebabkan oleh kurangnya kelengkapan data pendukung

terhadap diagnosis yang diajukan.

5) Pembahasan

Alur Pelaksanaan Klaim BPJS Kesehatan di IHC Rumah Sakit Lavalette Kota Malang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa alur pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Lavalette telah berjalan sesuai prosedur. Alur klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Lavalette Malang dimulai ketika pasien dinyatakan pulang oleh DPJP. Selanjutnya, unit perawatan menyerahkan berkas ke bagian *casemix* sesuai dengan diagnosis pasien. Bagian *casemix* kemudian melakukan *assembling* berkas, mengecek kelengkapan dokumen, serta menentukan kode diagnosis dan tindakan. Setelah itu, data diinput ke dalam sistem INA-CBG's untuk menetapkan tarif klaim. Tahap akhir, berkas masuk ke bagian verifikator untuk diperiksa kembali, sehingga dapat ditentukan apakah klaim dinyatakan layak, pending, atau tidak layak.

Pelaksanaan Klaim BPJS Kesehatan di IHC Rumah Sakit Lavalette kota Malang

Hasil penelitian menunjukkan penyetoran berkas klaim juga sudah berjalan dengan baik dimana untuk rawat inap dikumpulkan oleh koordinator lalu di setorkan ke bagian *Casemix* dan untuk rawat jalan dikumpulkan oleh Asisten dan di setorkan juga ke bagian *casemix* untuk di proses lebih lanjut.

Seluruh proses pengajuan klaim telah menggunakan aplikasi INA-CBG's, yang mempermudah *input* data dan mempercepat proses klaim dibandingkan sistem manual. Dalam sistem ini, peran petugas koder

sangat penting, karena mereka bertanggung jawab memasukkan kode diagnosis dan tindakan berdasarkan data medis, terapi, maupun pengobatan pasien. Selain itu, Rumah Sakit Lavalette menerapkan monitoring klaim melalui tarikan data pasien yang sudah pulang, sehingga setiap klaim dapat dipastikan telah diperiksa sebelum diajukan.

Berkas persyaratan klaim BPJS Kesehatan di IHC Rumah Sakit Lavalette Kota Malang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam proses klaim BPJS di Rumah Sakit Lavalette terdapat beberapa dokumen penting yang wajib dilampirkan, yaitu *resume* medis, hasil pemeriksaan laboratorium, hasil USG, protokol kemoterapi, SEP (Surat Eligibilitas Peserta), laporan operasi dan surat kematian. Dokumen-dokumen ini menjadi dasar bagi petugas koder dalam melakukan *input* ke sistem INA-CBG's. Koder tidak hanya bertugas memasukkan kode diagnosis dan tindakan, tetapi juga memastikan kelengkapan dokumen pendukung sebelum klaim diajukan. Berdasarkan wawancara, tidak ditemukan kendala signifikan dalam pengisian *resume* medis oleh dokter, sehingga berkas klaim yang diajukan relatif lengkap dan akurat.

Koding dan sistem INA-CBG's di IHC Rumah Sakit Lavalette Kota Malang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kodefikasi diagnosis dan tindakan dilakukan segera setelah berkas klaim masuk ke bagian *casemix*. Rumah Sakit Lavalette telah memiliki tenaga koder khusus yang berperan

penting dalam memastikan ketepatan kode yang digunakan. Seluruh proses *input* data klaim sudah menggunakan sistem INA-CBG's secara penuh, di mana data dimasukkan sesuai dengan modul atau format standar nasional. Kehadiran tenaga koder khusus memperlihatkan keseriusan Rumah Sakit dalam menjaga mutu dan keakuratan klaim.

Kendala yang dihadapi serta solusi dalam proses Klaim BPJS Kesehatan di IHC Rumah Sakit Lavalette Kota Malang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kendala utama dalam pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit Lavalette adalah terjadinya *downtime* sistem yang menghambat input dan pengajuan klaim, serta klaim *pending* yang disebabkan oleh ketidaklengkapan data pendukung diagnosis.

6) Kesimpulan

Alur Klaim BPJS Kesehatan
Hasil penelitian menunjukkan bahwa alur pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Lavalette sudah berjalan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku. Proses pengumpulan berkas dari unit pelayanan ke bagian *casemix* dilakukan secara terstruktur dengan adanya peran koordinator di tiap unit. Kehadiran koordinator ini sangat penting karena mampu memastikan bahwa setiap berkas klaim terkumpul dengan baik, tidak tercecer, dan dapat diserahkan tepat waktu. Alur ini menjadikan pengajuan klaim lebih tertib, sistematis. Dengan demikian, Rumah

Sakit telah menunjukkan kesiapannya dalam mengatur manajemen klaim secara profesional.

Pelaksanaan Klaim BPJS Kesehatan
Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan klaim di Rumah Sakit Lavalette sudah dilaksanakan dengan baik, baik untuk pasien rawat jalan maupun rawat inap. Berkas klaim rawat inap dikumpulkan oleh koordinator ruangan, sedangkan berkas rawat jalan dikumpulkan oleh asisten unit, kemudian keduanya diserahkan ke bagian *casemix* untuk diproses. Seluruh mekanisme pengajuan klaim sudah memanfaatkan aplikasi INA-CBG's, yang terbukti mempermudah *input* data serta mempercepat proses verifikasi dibandingkan dengan sistem manual. Peran petugas koder sangat besar, karena mereka bertugas melakukan kodefikasi diagnosis dan tindakan berdasarkan data rekam medis pasien. Selain itu, adanya monitoring klaim melalui data pasien yang sudah pulang menjadi langkah penting untuk memastikan setiap klaim sudah diperiksa dan divalidasi sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan.

1. **Berkas Persyaratan Klaim BPJS Kesehatan**
Hasil penelitian menunjukkan bahwa dokumen persyaratan klaim di Rumah Sakit Lavalette umumnya sudah lengkap dan sesuai standar. Dokumen yang wajib dilampirkan mencakup *resume* medis, hasil laboratorium, hasil USG, protokol kemoterapi, SEP (Surat Eligibilitas Peserta), laporan operasi dan surat kematian. Kelengkapan dokumen ini

menjadi faktor utama dalam memperlancar proses klaim, karena berkas tersebut menjadi dasar bagi petugas koder dalam melakukan input ke sistem INA-CBG's. Selain memasukkan kode, koder juga memastikan bahwa dokumen pendukung benar-benar tersedia dan akurat. Berdasarkan hasil wawancara dengan narasumber, tidak ditemukan kendala dalam pengisian resume medis oleh dokter.

2. Koding dan Sistem INA-CBG's

Hasil penelitian Menunjukkan bahwa proses kodefikasi diagnosis dan tindakan sudah dilakukan secara cepat setelah berkas klaim masuk ke bagian *casemix*. Rumah Sakit Lavalette memiliki tenaga koder khusus yang berkompeten dalam memastikan ketepatan kode yang digunakan. Keberadaan koder ini sangat penting untuk menjamin akurasi klaim, mengingat sistem pembayaran berbasis INA-CBG's menuntut kelengkapan serta ketepatan data rekam medis. Seluruh proses klaim telah menggunakan aplikasi INA-CBG's sesuai standar nasional, sehingga klaim dapat diproses lebih transparan dan akuntabel. Hal ini menunjukkan komitmen Rumah Sakit dalam menjaga mutu klaim, serta mengurangi risiko klaim *pending* maupun ditolak akibat kesalahan koding.

3. Kendala dalam Proses Klaim BPJS Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Secara umum pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Lavalette sudah berjalan baik, namun masih ditemukan adanya kendala. adapun kendala utama yang dihadapi adalah *downtime* sistem yang menghambat proses input klaim, serta klaim *pending* akibat ketidaklengkapan data pendukung diagnosa. Namun, data verifikasi klaim periode Januari hingga Maret 2025 menunjukkan adanya perbaikan yang signifikan baik pada pelayanan rawat jalan maupun rawat inap. Hal ini terlihat dari menurunnya jumlah klaim *pending* dan tidak layak dari bulan ke bulan. Meski begitu, kendala administratif seperti kelengkapan dokumen dan kesiapan infrastruktur teknologi informasi tetap perlu mendapatkan perhatian serius agar tidak menjadi penghambat di kemudian hari.

7) Saran

1. Berdasarkan hasil wawancara, upaya yang dilakukan Rumah Sakit dalam memperbaiki klaim yang bermasalah adalah dengan menyesuaikan dan memperbaiki sesuai permintaan dari BPJS Kesehatan.
2. Rumah Sakit perlu terus mempertahankan dan menyempurnakan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada agar alur klaim tetap berjalan tertib dan sistematis. Koordinasi antarunit harus terus diperkuat melalui evaluasi rutin, sehingga potensi

keterlambatan atau kehilangan berkas dapat diminimalkan.

3. Penguatan Fungsi *Casemix* dan Koder:
Meski sudah ada, fungsi *casemix* dan koder perlu terus diperkuat. Disarankan untuk melakukan pelatihan berkala bagi koder mengenai kodifikasi terbaru dan pengecekan kelengkapan berkas. Selain itu, bisa diterapkan sistem *double-check* atau *audit internal* sampel berkas klaim secara rutin untuk meminimalisir kesalahan dan klaim pending
4. Peningkatan Infrastruktur TI: Perlu upaya mitigasi untuk mengatasi kendala *downtime* sistem, seperti koordinasi yang lebih baik dengan penyedia layanan, memiliki cadangan *backup* sistem, atau menjadwalkan *input* data di luar jam padat untuk meminimalisir dampak gangguan.
5. Terkait klaim *pending*, perlu ada evaluasi rutin terhadap penyebab ketidaklengkapan dokumen serta pemberian *feedback* langsung kepada unit pelayanan yang bertanggung jawab. Dengan demikian, Rumah Sakit dapat menekan jumlah klaim pending maupun ditolak, sekaligus meningkatkan efektivitas pengelolaan klaim di masa mendatang.

8) DAFTAR PUSTAKA

- Bpjs kesehatan rev (2014). Paduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan bpjs kesehatan.
- cholik., c, a. (2021). Teknologi informasi, ict,. *Jurnal fakultas teknik*, 2(2), 39–46.
- Departemen kesehatan ri. 2006. Pedoman penyelenggaraan dan prosedur rekam medis rumah sakit di indonesia (rev. 2). Jakarta: depkes ri
- Ibrahim, m. M., maulana, a. F., anwar, h. S., bilqis, i., nurjayanti, t. P., munawaroh, w., & miladiyah, z. (2024). Faktor penyebab pending klaim bpjs kesehatan pasien rawat inap di rumah sakit. *Medicordhif jurnal rekam medis*, 11(2), 57–62. <https://doi.org/10.59300/mjrm.v11i2.124>
- Indriadi, r. (2014). Sejarah perkembangan, pengertian dasar rekam medis dan pormiki. *Buku petunjuk teknis penyelenggaraan rekam medis/medical record rumah sakit*, 428.
- Leonard, d., fitriani, y., wijayanto, t., rezal, a., senopati, s., fajriati, a. P., & yolanda, e. (2020). *Jurnal abdidas*. 1(6), 842–846.
- Maulida, e. S., & djunawan, a. (2022). Analisis penyebab pending claim berkas bpjs kesehatan pelayanan rawat inap rumah sakit universitas airangga. *Media kesehatan masyarakat indonesia*, 21(6), 374–379. <https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379>
- Padaniyah, y., & s.pd, m.si, h. (2021). Perspektif sosiologi ekonomi dalam keputusan hubungan kerja karyawan perusahaan di masa pandemi covid-19. *Point: jurnal ekonomi dan manajemen*, 3(1), 32–44. <https://doi.org/10.46918/point.v3i1.9>

- Peraturan presiden. (2018). Peraturan presiden nomor 82 tahun 2018 tentang jaminan kesehatan. *Undang-undang*, 1, 1–74.
- Permenkes no. 24. (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.
- Permenkes no, 76. (2016). *Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 76 tahun 2016 tentang pedoman*.
- Permenkes ri no 26. (2021). *Tentang pedoman indonesian case base groups (ina-cbg) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan dengan*.
- Presiden, r. (2011). *Undang-undang no. 24 tahun 2011*. 66(july), 6–17.
- Presiden ri. (2023). Undang-undang republik indonesia nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan. *Undang-undang*, 187315, 1–300.
- Sekretaris negara ri. (2004). Uu ri no.40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional. *Jdih bpk ri*, 1–45.
- Sriyani windarti, s.km., m. K. (2023). Pembiayaan kesehatan. In hairil akbar (ed.), *sustainability (switzerland)* (issue 1). Cv.media sains indonesia. [Http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/red2017-eng-8ene.pdf?sequence=12&isallowed=y%0ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_sistem_pembetungan_terpusat_strategi_melestari](http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/red2017-eng-8ene.pdf?sequence=12&isallowed=y%0ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_sistem_pembetungan_terpusat_strategi_melestari)
- Turban, e., pollard, c., & wood, g. R. (2018). *Information technology for management: on-demand strategies for performance, growth, and*

