JIKES: JURNAL ILMU KESEHATAN
Tahun 2026, Volume 5, Nomor 1, Bulan Juli-Desember: hlm 2112-2116
e-ISSN: 2963-069X | URL: https://yptb.org/index.php/jik | e-Mail: jurnalq17@gmail.com

Lisensi: CC-BY

DOI: https://doi.org/10.71456/jik.v5i1.3035

ANALISIS FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM PASIEN BPJS RAWAT JALAN DI RSUD DR. H. KUMPULAN PANE TEBING TINGGI

Amanda Dwika Nasution

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara, Medan
e-Mail: amandadwika81@gmail.com

Submit Tgl: 20-Oktober-2026 Diterima Tgl: 21-Oktober-2026 Diterbitkan Tgl: 12-November-2026

Abstrak: Pending klaim BPJS Kesehatan dapat menghambat penyelesaian pembayaran pelayanan rumah sakit. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor penyebab pending klaim pasien BPJS rawat jalan di RSUD Dr. H. Kumpulan Pane, Tebing Tinggi. Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi, kemudian dianalisis melalui reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan dengan triangulasi sumber. Informan meliputi kepala instalasi rekam medis serta petugas kelengkapan berkas, *coding*, entri klaim, dan dokter penanggung jawab pelayanan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pending klaim berkaitan dengan rangkaian proses yang saling bergantung. Kelengkapan dan kejelasan rekam medis menjadi kendala yang paling menonjol, terutama ketidaklengkapan resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang. Kondisi ini dapat memperlambat *coding*, entri, dan verifikasi. Kendala administrasi dasar relatif dapat dikendalikan melalui pemeriksaan dokumen, sedangkan masalah *coding*, sistem, dan sumber daya manusia bukan faktor dominan secara tersendiri. Perbaikan perlu difokuskan pada penyelesaian dokumentasi tepat waktu, koordinasi lintas unit, klarifikasi diagnosis, dan evaluasi klaim secara berkala.

Kata Kunci: Pending Klaim; Bpjs Kesehatan; Rawat Jalan; Rekam Medis; Verifikasi Klaim

Abstract: *W Pending BPJS Health claims may delay the reimbursement process for hospital services. This study aimed to analyze factors contributing to pending BPJS claims for outpatients at Dr. H. Kumpulan Pane Regional General Hospital, Tebing Tinggi. A qualitative case-study design was used. Data were collected through in-depth interviews, observation, and documentation, then analyzed through data reduction, data display, and conclusion drawing with source triangulation. Informants included the head of the medical records unit, medical-record completeness staff, coding staff, claim-entry staff, and an attending physician. The findings indicate that pending claims are related to interconnected stages of the claim process. Medical-record completeness and clarity were the most prominent issues, particularly incomplete medical summaries and supporting examination results. These deficiencies may delay coding, claim entry, and verification. Basic administrative checks were generally supported by document checklists, while coding, system, and human-resource issues were not identified as dominant standalone factors. Improvements should focus on timely completion of medical records, coordination across units, clarification of diagnoses, and regular claim-process evaluation.*

Keywords: *Pending Claims; Bpjs Health; Outpatient Services; Medical Records; Claim Verification*

Copyright©2026: Amanda Dwika Nasution

Cara mengutip Nasution, A. D. (2026). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Rawat Jalan di RSUD DR. H. Kumpulan Pane Tebing Tinggi. *JIKES : Jurnal Ilmu Kesehatan*, *5*(1), 2112–2116. https://doi.org/10.71456/jik.v5i1.3035

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu upaya untuk memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan perlu mengajukan klaim atas pelayanan yang telah diberikan. Proses tersebut memerlukan kesesuaian data peserta, dokumen administrasi, dokumentasi klinis, kode diagnosis dan tindakan, serta hasil verifikasi agar klaim dapat diproses sesuai ketentuan.

Pending klaim terjadi ketika klaim belum dapat diselesaikan karena terdapat data, dokumen, atau informasi yang perlu diperiksa maupun diperbaiki. Kondisi ini dapat memperlambat proses pembayaran dan menambah pekerjaan koreksi bagi unit yang terlibat. Penelitian terdahulu pada pelayanan rawat jalan juga mengidentifikasi masalah administrasi, dokumen penunjang, pengkodean, dan ketidaksesuaian berkas sebagai penyebab klaim tertunda (Mukaromah & Wahab, 2021; Muharrom et al., 2024).

Data verifikasi klaim rawat jalan RSUD Dr. H. Kumpulan Pane Tebing Tinggi untuk Februari–Maret 2026 mencatat 1.630 kasus pending. Fragmentasi klaim merupakan kategori terbanyak, yaitu 756 kasus (46,4%), diikuti kunjungan atau pelayanan berulang sebanyak 461 kasus (28,3%). Selain itu, terdapat koreksi verifikasi umum 156 kasus (9,6%), ketidaksesuaian kode diagnosis atau coding 122 kasus (7,5%), masalah administrasi SEP 115 kasus (7,1%), dan kategori SDM 19 kasus (1,2%). Data tersebut memperlihatkan bahwa kendala klaim memiliki beberapa bentuk dan perlu dipahami sesuai konteks proses di rumah sakit.

Walaupun data administrasi klaim menunjukkan penyebab yang beragam, angka tersebut belum menjelaskan bagaimana kendala muncul dan saling memengaruhi pada tahapan pelayanan, dokumentasi, coding, entri, dan verifikasi. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan menganalisis faktor administrasi, kelengkapan rekam medis, coding diagnosis dan tindakan, verifikasi klaim, sistem dan prosedur, serta sumber daya manusia yang berkaitan dengan pending klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan di RSUD Dr. H. Kumpulan Pane Tebing Tinggi.

METODE PENELITIAN

Pada Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus di RSUD Dr. H. Kumpulan Pane Tebing Tinggi. Fokus penelitian adalah proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan, dengan periode data klaim yang ditelaah mencakup Februari–Maret 2026.

Informan dipilih berdasarkan keterlibatan dan pengetahuan mereka terhadap proses klaim, meliputi kepala instalasi rekam medis, petugas kelengkapan berkas, petugas coding, petugas entri klaim, dan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi terhadap alur pengelolaan dokumen, dan dokumentasi yang berkaitan dengan proses klaim.

Analisis data dilakukan melalui reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Keabsahan temuan diperiksa melalui triangulasi sumber, yaitu membandingkan

Copyright©2026: Amanda Dwika Nasution

informasi dari informan yang memiliki peran berbeda dalam alur klaim. Analisis difokuskan pada enam aspek: administrasi, kelengkapan rekam medis, coding, verifikasi klaim, sistem dan prosedur, serta sumber daya manusia.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Pending Klaim

Dokumentasi verifikasi rumah sakit menunjukkan 1.630 kasus pending klaim rawat jalan pada Februari–Maret 2026. Fragmentasi klaim tercatat sebanyak 756 kasus (46,4%), sedangkan kunjungan atau pelayanan berulang sebanyak 461 kasus (28,3%). Kategori lain meliputi koreksi verifikasi umum sebanyak 156 kasus (9,6%), ketidaksesuaian kode diagnosis atau coding sebanyak 122 kasus (7,5%), administrasi SEP sebanyak 115 kasus (7,1%), dan SDM sebanyak 19 kasus (1,2%). Data ini merupakan gambaran administratif kasus pending pada periode tersebut, sedangkan wawancara dan observasi digunakan untuk memahami proses yang melatarbelakanginya.

Tabel 1. Gambaran Administratif Kasus Pending pada Periode Februari–Maret 2026

Kategori	Jumlah	Persentase
Fragmentasi klaim	756	46,4%
Kunjungan/pelayanan berulang	461	28,3%
Koreksi verifikasi umum	156	9,6%
Ketidaksesuaian kode/coding	122	7,5%
Administrasi SEP	115	7,1%
SDM	19	1,2%

Sumber: Data primer RSUD Dr. H. Kumpulan Pane, 2026.

Faktor Administrasi

Hasil wawancara menunjukkan bahwa dokumen administrasi dasar, seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), identitas pasien, kartu BPJS, dan surat kontrol, umumnya diperiksa menggunakan daftar periksa sebelum berkas diteruskan. Dengan demikian, administrasi dasar tidak muncul sebagai faktor dominan dalam wawancara. Kendala administrasi lebih berkaitan dengan kesesuaian status pelayanan dan kunjungan berulang serta keterlambatan penyelesaian dokumen dari tahap pelayanan sebelumnya. Temuan ini mengindikasikan bahwa pemeriksaan administrasi tetap penting, tetapi perlu terhubung dengan informasi pelayanan dan ketentuan penjaminan.

Kelengkapan Rekam Medis

Kelengkapan rekam medis merupakan kendala yang paling menonjol dan paling konsisten disebutkan informan. Dokumen yang belum lengkap meliputi resume medis, hasil laboratorium, radiologi, dan pemeriksaan penunjang lain. Ketika dokumen belum tersedia, petugas perlu melakukan koordinasi kembali dengan DPJP atau unit penunjang sehingga berkas belum dapat segera diteruskan ke coding dan entri klaim. Beban pelayanan yang tinggi dan keterbatasan waktu penyelesaian dokumentasi turut memengaruhi ketepatan waktu pelengkapan berkas.

Temuan tersebut menempatkan rekam medis sebagai titik penting dalam rangkaian klaim. Dokumen klinis menjadi dasar untuk menetapkan kode dan memastikan kesesuaian klaim. Ketidaklengkapan di tahap ini dapat menyebabkan pengulangan pemeriksaan,

klarifikasi, dan keterlambatan verifikasi. Oleh karena itu, penyelesaian rekam medis memerlukan koordinasi lintas unit, bukan hanya tanggung jawab petugas rekam medis.

Copyright©2026: Amanda Dwika Nasution

Coding Diagnosis dan Tindakan

Coding diagnosis dan tindakan tidak ditemukan sebagai faktor dominan berdasarkan wawancara. Petugas menggunakan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan serta mengacu pada ketentuan INA-CBGs. Kendala yang muncul umumnya berupa diagnosis yang belum spesifik, tulisan dokter yang kurang jelas, atau tindakan yang belum didukung dokumentasi memadai. Pada kondisi tersebut, petugas coding melakukan klarifikasi kepada DPJP. Dengan demikian, ketepatan coding sangat bergantung pada kelengkapan dan kejelasan dokumentasi klinis sebelumnya.

Verifikasi Klaim

Verifikasi dilakukan untuk memeriksa kesesuaian data pasien, pelayanan, diagnosis, tindakan, kode, dan dokumen pendukung. Ketika klaim dinyatakan pending, petugas menelaah alasan yang diberikan, lalu berkoordinasi dengan unit terkait untuk melengkapi dokumen atau memperbaiki data. Temuan ini menunjukkan bahwa verifikasi sering mengidentifikasi masalah yang berasal dari tahapan sebelumnya. Pencegahan pending karenanya perlu dimulai sejak pelayanan dan dokumentasi, bukan hanya pada pemeriksaan akhir.

Sistem dan Prosedur

Rumah sakit telah memiliki prosedur operasional untuk pengisian rekam medis dan pengajuan klaim. Informan melaporkan bahwa aplikasi kadang lambat atau mengalami gangguan koneksi antara SIMRS dan aplikasi klaim, sehingga entri dapat tertunda atau perlu dilakukan secara manual. Namun, gangguan tersebut dinyatakan bersifat sesekali. Kendala yang lebih konsisten adalah keterlambatan penyelesaian dokumen ketika jumlah pasien meningkat. Sistem yang tersedia tetap bergantung pada mutu dan kelengkapan data yang dimasukkan.

Sumber Daya Manusia

Informan menilai jumlah dan kompetensi petugas secara umum memadai serta menyebutkan adanya pelatihan atau sosialisasi terkait coding, INA-CBGs, dan aplikasi klaim. Permasalahan yang lebih terlihat adalah pengelolaan beban kerja, keterbatasan waktu, serta komunikasi dan koordinasi antarunit pada saat kunjungan meningkat. Oleh sebab itu, perbaikan tidak cukup dilakukan dengan menambah tenaga, tetapi perlu mencakup pengaturan alur kerja, pembaruan pengetahuan, dan mekanisme koordinasi.

Keterkaitan Antarfaktor

Secara keseluruhan, faktor-faktor pending klaim tidak berdiri sendiri. Dokumen yang tidak lengkap dapat menghambat coding; informasi diagnosis yang tidak spesifik dapat memerlukan klarifikasi; dan ketidaksesuaian yang belum diselesaikan akan teridentifikasi pada tahap verifikasi. Fragmentasi dan kunjungan berulang juga memerlukan pemeriksaan kesesuaian administrasi serta status pelayanan. Pola ini memperlihatkan bahwa proses klaim merupakan rangkaian yang saling bergantung, sehingga perbaikan perlu dilakukan dari tahap awal sampai pengajuan klaim.

KESIMPULAN

Pending klaim BPJS Kesehatan rawat jalan di RSUD Dr. H. Kumpulan Pane Tebing Tinggi berkaitan dengan beberapa tahapan proses klaim yang saling memengaruhi. Berdasarkan wawancara, kelengkapan dan kejelasan rekam medis merupakan kendala yang paling menonjol, terutama resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang. Kendala tersebut

dapat memperlambat coding, entri, dan verifikasi. Administrasi dasar relatif terbantu oleh pemeriksaan menggunakan daftar periksa, sedangkan coding, gangguan sistem, dan jumlah SDM tidak ditemukan sebagai faktor dominan secara tersendiri. Perbaikan perlu diprioritaskan pada penyelesaian dokumen tepat waktu, klarifikasi diagnosis, koordinasi lintas unit, serta evaluasi rutin terhadap pola pending klaim.

Penelitian ini dibatasi pada pelayanan rawat jalan dan data klaim periode Februari–Maret 2026 di satu rumah sakit. Temuan kualitatif menjelaskan proses dan pengalaman informan, tetapi tidak dimaksudkan untuk digeneralisasi ke seluruh rumah sakit. Penelitian berikutnya dapat menggabungkan data kuantitatif dan kualitatif serta membandingkan periode atau fasilitas kesehatan lain.

DAFTAR PUSTAKA

Ainy, A., Idris, H., Inaku, H., & Tembo, T. (2024). Perceptions and their correlation with enrollment in the Indonesian National Health Insurance Scheme. Indonesian Journal of Health Administration, 12(2), 218–227. https://doi.org/10.20473/jaki.v12i2.2024.218-227

Farhansyah, F., Cahyani, H., & Amanda, J. (2024). Faktor penyebab pending klaim berkas BPJS Kesehatan. Jurnal Kesehatan Tambusai, 5, 8712–8722.

Mukaromah, S., & Wahab, S. (2021). Analisis penyebab pending klaim BPJS rawat jalan guna menunjang kelancaran pembayaran pelayanan kesehatan di RSUD Kota Bandung. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 7(2), 1381–1394.

Muharrom, I. R., & Gunawan, E. (2024). Pengaruh ketepatan kode diagnosis rawat jalan terhadap pending klaim BPJS di Rumah Sakit Edelweiss. Jurnal Publikasi Kesehatan Masyarakat.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan.

Pradana, A. A., Casman, C., Rohayati, R., & Kamal, M. (2022). Program Universal Health Coverage (UHC) di Indonesia. Jurnal Endurance, 7(2), 462–473. https://doi.org/10.22216/jen.v7i2.1363

Pujiatmoko, E., Jayanti, S., Nirmala Akil, A., & Sekar Pamastutiningtyas, T. (2025). Proses klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam siklus pendapatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo. YUME: Journal of Management, 8(3), 570–578.

Rismawati, D., & Sari, I. (2021). Kelengkapan berkas BPJS dalam upaya percepatan terhadap pengklaiman BPJS rawat jalan di Rumah Sakit Pelabuhan Cirebon. Jurnal Penelitian Kesehatan SUARA FORIKES, 12, 63–67.

Syahputri, F. A., Khairani, K., Gurning, F. P., et al. (2024). Analisis faktor penyebab pending klaim BPJS. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 12, 339–355.