E-ISSN: 3025-2326
DINASTI HEALTH AND PHARMACY SCIENCE
https://dinastires.org/DHPS dinasti.info@gmail.com +62 811 7404 455

DOI: https://doi.org/10.38035/dhps.v4i2
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Received: 26 September 2026 | **Revised:** 11 October 2026 | **Accepted:** 16 October 2026

Analisis Faktor Penyebab *Pending* Klaim Bpjs pada Pasien Rawat Jalan Menggunakan Data Rme di Rumah Sakit TNI AU Lanud Sulaiman

Anggun Aprilia Lestari[1], Diansyah[2]
[1]Politeknik Piksi Ganesha, Bandung, Indonesia, aprilanggun6@gmail.com
[2]Politeknik Piksi Ganesha, Bandung, Indonesia, Diansyahrm1@gmail.com

Corresponding Author: aprilanggun6@gmail.com[1]

Abstract: *Pending BPJS claims can hinder hospital operations. This study aimed to analyze the factors causing Pending outpatient claims using Electronic Medical Record (EMR) data at the TNI AU Lanud Sulaiman Hospital. A mixed-methods approach combining descriptive quantitative and qualitative analyses was employed. A cross-sectional study was conducted on 350 out of 2,748 claim files selected via purposive sampling. The results showed that 97 files (27.7%) were Pending; these were attributed to coding issues (39 files or 11.1%), medical factors (39 files or 11.1%), and administrative issues (38 files or 10.9%). Primary causes included incomplete files (8.9%), SEP (Eligibility Guarantee Letter) discrepancies (8.0%), incorrect ICD-9-CM codes (7.4%), and inconsistencies between procedures and documentation (7.4%). The prevalence of Pending claims highlights the need to optimize EMR systems, ensure coding accuracy, and improve inter-unit coordination.*

Keyword: *Pending BPJS Claims, Outpatient, Electronic Medical Record*

Abstrak: *Pending* klaim BPJS dapat menghambat operasional rumah sakit. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor penyebab *Pending* klaim pasien rawat jalan menggunakan data Rekam Medis Elektronik (RME) di RS TNI AU Lanud Sulaiman.Metode pada penelitian ini menggunakan kuantitatif deskriptif dan kualitatif. Dengan pendekatan *cross-sectional* dilakukan pada 350 dari 2.748 berkas klaim dengan *purposive sampling*. Hasil menunjukkan 97 berkas (27,7%) *Pending*, terdiri atas faktor koding dan medis masing-masing 39 berkas (11,1%) dan administrasi 38 berkas (10,9%). Penyebab utama meliputi ketidaklengkapan berkas (8,9%), ketidaksesuaian SEP (8,0%), ketidaktepatan kode ICD-9-CM (7,4%), dan ketidaksesuaian tindakan dengan dokumentasi (7,4%). *Pending* klaim menunjukkan perlunya optimalisasi RME, ketepatan koding, dan koordinasi antarunit.

Kata Kunci: *Pending* Klaim BPJS, Rawat Jalan, Rekam Medis Elektronik

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan universal atau *Universal Health Coverage* (UHC) merupakan tujuan strategis Pembangunan Kesehatan global yang ditetapkan dalam agenda *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2030. Di Indonesia, cita-cita UCH diwujudkan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Program JKN mulai dilaksanakan secara nasional pada 1 Januari 2014 dan terus mengalami perkembangan yang sangat signifikan. Berdasarkan data BPJS Kesehatan per April 2026, jumlah peserta JKN telah mencapai 284.337.094 jiwa, menjadikan Indonesia sebagai negara dengan program jaminan Kesehatan sosial terbesar di dunia dalam satu sistem Tunggal (BPJS Kesehatan, 2026).

Sejalan dengan meningkatnya kepesertaan, pemanfaatan layanan kesehatan oleh peserta JKN juga terus tumbuh konsisten. Berdasarkan Laporan Kinerja Program JKN Kuartal IV Tahun 2024 yang diterbitkan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), kunjungan Rawat Jalan Lanjutan (RJTL) hingga Desember 2024 mencapai 143,47 juta kunjungan, meningkat 13% dibandingkan periode yang sama tahun sebelumnya ((DJSN), 2024) . Tingginya volume pemanfaatan layanan ini berimplikasi langsung pada meningkatnya beban pengajuan klaim BPJS Kesehatan oleh fasilitas Kesehatan rujukan Tingkat lanjutan (FKRTL), termasuk rumah sakit. Klaim yang diajukan rumah sakit kepada BPJS Kesehatan harus memenuhi persyaratan administratif, medis, dan koding yang ketat sebelum dapat diverifikasi dan dibayarkan (Sri Mulya et al., 2024).

Dalam praktik pengajuan klaim, salah satu permasalahan yang kerap dihadapi rumah sakit adalah terjadinya *Pending* klaim*,* yaitu kondisi Ketika berkas klaim tidak dapat diproses atau ditangguhkan pembayarannya karena terdapat ketidaksesuaian, ketidaklengkapan, atau kesalahan pada dokumen yang diajukan (Santiasih et al., 2021) . *Pending* klaim bukan sekedar permasalahan administratif, kondisi ini berdampak langsung pada arus kas rumah sakit, meningkatkan beban kerja petugas verifikator, dan berpotensi mengganggu keberlangsungan operasional pelayanan Kesehatan (Maulida & Djunawan, 2022) . Penelitian (Mukaromah & Wahab, et al.) di RSUD Bandung mengonfirmasi bahwa *Pending* klaim rawat jalan disebabkan leh kombinasi beberapa faktor seperti kunjungan berulang tanpa dokumentasi yang tepat, ketidaklengkapan hasil penunjang, koding yang keliru, serta ketidaksesuaian biaya *grouping*. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung pada tahun 2025, yang menemukan sebanyak 3.940 berkas mengalami *Pending* dari total 89.442 berkas klaim rawat jalan selama tiga bulan, dengan faktor dominan berasal dari aspek administrasi berupa ketidaklengkapan berkas penunjang dan SOP yang belum diperbarui (Damayanti, 2025).

Secara umum faktor penyebab *Pending* klaim dapat dikategorikan ke dalam tiga aspek utama. Pertama, aspek administrasi yang meliputi ketidaklengkapan berkas, ketidaksesuaian data kepesertaan, perbedaan kelas perawatan, dan ketidaksesuaian surat rujukan. Kedua, aspek koding, yang terjadi akibat ketidaktepatan penetapan kode diagnosis menggunakan ICD-10 maupun kode Tindakan menggunakan ICD-9-CM sehingga tidak sesuai dengan kondisi klinis pasien. Ketiga, aspek medis, yaitu kurang lengkapnya data klinis dalam rekam medis, tidak tersedianya hasil pemeriksaan penunjang, atau adanya ketidaksesuaian antara tindakan yang dilakukan dengan dokumentasi yang (Saputri et al., 2022). Penelitian (Hikmah et al., 2026) pada pelayanan rawat jalan layanan unggulan memperkuat temuan ini dengan menunjukan bahwa faktor koding dan kelengkapan berkas medis secara konsisten menjadi penyebab dominan *Pending* klaim di berbagai jenis rumah sakit.

Salah satu upaya sistemik yang dapat mendukung perbaikan mutu dokumentasi dan meminimalkan Risiko *Pending* klaim Adalah implementasi Rekam Medis Elektronik (RME). RME memungkinkan pencatatan data medis secara terstruktur, lengkap, dan mudah ditelusuri,

sehingga meningkatkan akurasi dokumentasi klinis yang menjadi dasar pengajuan klaim (Widiastuti et al., 2024). Penelitian (Fenilho & Ilyas, 2023), menunjukan bahwa penerapan RME secara signifikan berperan dalam meningkatkan kualitas berkas klaim Asuransi dan mengurangi kesalahan pencatatan administrative. Lebih lanjut, (Agustin et al., 2025) dalam kajian penggunaan RME di rumah sakit membuktikan bahwa penggunaan RME merupakan variabel mediator yang berpengaruh terhadap kualitas pendokumentasian klaim pelayanan jaminan Kesehatan. Sementara itu, kajian strategis integrasi RME rawat jalan dengan sistem klaim elektronik BPJS Kesehatan menunjukan bahwa RME yang belum sepenuhnya mengakomodasi persyaratan pengajuan klaim termasuk surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan formula bukti pelayanan masih menjadi hambatan yang perlu diatasi melalui penguatan integrasi sistem (JHIMI, 2025).

Komitmen pemerintah terhadap penyelenggaraan rekam medis yang berkualitas tercermin dalam sejumlah regulasi yang mengikat. Peraturan Menteri Kesehatan No 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan Kesehatan untuk menyelenggarakan rekam medis secara elektronik paling lambat 31 Desember 2023. Pasal 19 regulasi tersebut secara tegas menyatakan bahwa data untuk klaim pembiayaan pada aplikasi klaim harus didasarkan pada hasil diagnosis dan Tindakan yang tercatat dalam rekam medis (Permenkes No.24, 2022) . Di sisi lain, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBGs) mengatur mekanisme pembayaran klaim berbasis kelompok diagnosis yang menuntut ketepatan koding sebagai syarat mutlak kelancaran klaim(Permenkes No. 26, 2021) . Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan Kesehatan juga menegaskan kewajiban kesesuaian tarif dengan prosedur yang terdokumentasi dalam rekam medis. Kerangka regulasi ini menunjukan bahwa kelengkapan dan keakuratan rekam medis bukan sekedar standar mutu pelayanan, melainkan juga persyarat hukum bagi kelancaran proses klaim BPJS Kesehatan.

Berdasarkan observasi awal yang dilakukan pada bulan April hingga Juni 2026 di Rumah Sakit TNI AU Lanud Sulaiman, ditemukan beberapa permasalahan yang berpotensi memengaruhi tingginya angka *Pending* klaim BPJS pada pasien rawat jalan, antara lain ketidaklengkapan berkas administrasi, ketidaktepatan penetapan kode diagnosis dan Tindakan, kurang lengkapnya dokumentasi data klinis dalam Rekam Medis Elektronik (RME), serta belum optimalnya proses verifikasi berkas sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan. Wawancara awal dengan petugas verifikator klaim mengonfirmasi bahwa permasalahan tersebut kerap menyebabkan tertundanya proses verifikasi dan ketidaksesuaian data pada berkas klaim yang diajukan. Temuan ini diperkuat oleh laporan *Pending* klaim rawat jalan pada periode tersebut yang menunjukkan bahwa jumlah berkas yang tertunda pembayarannya masih berada di atas batas toleransi yang ditetapkan rumah sakit. Kondisi ini mengindikasikan bahwa pengelolaan dokumentasi klaim berbasis RME di Rumah Sakit TNI AU Lanud Sulaiman masih perlu ditingkatkan dan diduga berkaitan dengan belum optimalnya pemanfaatan RME dalam mendukung kelengkapan dan ketepatan berkas pengajuan klaim.

Meskipun penelitian tentang *Pending* klaim BPJS telah banyak dilakukan, sebagian besar berfokus pada pelayanan rawat inap (Kurnia & Mahdalena, 2022). atau mengkaji faktor Tunggal tanpa mengintegrasikan data RME sebagai sumber analisis utama. Kajian yang secara spesifik menganalisis faktor penyebab *Pending* klaim pada pelayanan rawat jalan dengan memanfaatkan data RME, khususnya pada konteks rumah sakit militer, masih sangat terbatas. Penelitian ini hadir untuk mengisi celah tersebut dengan pendekatan yang lebih komprehensif, yaitu menganalisis ketiga aspek penyebab *Pending* klaim administrasi, koding, dan medis secara simultan berdasarkan data RME di RS TNI AU Lanud Sulaiman.

Berdasarkan uraian di atas. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor penyebab *Pending* klaim BPJS pada pasien rawat jalan menggunakan data RME di Rumah Sakit TNI AU Lanud Sulaiman. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan Gambaran

yang objektif mengenai penyebab *Pending* klaim, sekaligus menjadi rekomendasi berbasis bukti bagi rumah sakit dalam meningkatkan mutu dokumentasi medis, mengoptimalkan sistem pengkodean diagnosis, dan meminimalkan angka *Pending* klaim di masa mendatang, sehingga alur pembayaran klaim BPJS Kesehatan dapat berjalan lebih lancar dan efisien.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode campuran *(mixed methods)* dengan desain sekuensial *eksplanatori (sequential explanatory design)*, yaitu data kuantitatif dikumpulkan dan dianalisis terlebih dahulu, kemudian hasilnya diperdalam melalui data kualitatif pada tahap berikutnya(Sugiyono, 2023). Pendekatan ini dipilih karena penelitian tidak hanya bertujuan mengukur dan menggambarkan distribusi frekuensi faktor penyebab Pending klaim secara numerik, tetapi juga untuk memahami secara mendalam faktor-faktor tersebut berdasarkan pengalaman para petugas yang terlibat langsung dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit TNI AU Lanud Sulaiman.

Komponen kuantitatif dalam penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*, yaitu pengumpulan data dilakukan pada satu periode waktu tertentu terhadap seluruh variabel penelitian sehingga dapat memberikan gambaran mengenai kondisi *Pending* klaim BPJS berdasarkan faktor administrasi, faktor koding, dan faktor medis pada periode penelitian (Sari et al., 2023). Metode ini digunakan untuk menggambarkan fakta-fakta yang menyebabkan terjadinya *Pending* klaim BPJS pada pasien rawat jalan secara sistematis, faktual, dan akurat berdasarkan data Rekam Medis Elektronik (RME).

Komponen kualitatif menggunakan pendekatan deskriptif dengan teknik wawancara mendalam (*in-depth interview*) terhadap informan kunci yang terlibat langsung dalam proses pengajuan dan verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Data kualitatif berfungsi untuk memperkuat, memperjelas, dan memberikan interpretasi terhadap temuan kuantitatif yang telah diperoleh, sehingga menghasilkan gambaran yang lebih komprehensif mengenai faktor-faktor penyebab *Pending* klaim.

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit TNI AU Lanud Sulaiman, Kabupaten Bandung, Jawa Barat, pada bulan April hingga Juni 2026. Lokasi penelitian difokuskan pada Unit Rekam Medis, Unit *Casemix*, dan Unit Penjaminan/JKN, karena ketiga unit tersebut berperan langsung dalam pengelolaan RME, proses pengkodean diagnosis dan tindakan, verifikasi dokumen klaim, serta pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas klaim BPJS pasien rawat jalan yang diajukan oleh Rumah Sakit TNI AU Lanud Sulaiman pada periode penelitian, yaitu sebanyak 2.748 berkas. Jumlah sampel dihitung menggunakan rumus Slovin dengan tingkat kesalahan (*margin of error*) sebesar 5%, sehingga diperoleh sampel sebanyak 350 berkas klaim BPJS pasien rawat jalan. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive ampling*, yaitu penentuan sampel berdasarkan kriteria tertentu yang sesuai dengan tujuan penelitian (Muliagusni, 2024). Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi: berkas klaim BPJS pasien rawat jalan yang telah diajukan pada periode penelitian, berkas klaim yang memiliki data RME lengkap, serta berkas klaim yang telah memperoleh hasil verifikasi dari BPJS Kesehatan. Adapun kriteria eksklusi meliputi berkas klaim yang belum diverifikasi, berkas klaim dengan data RME tidak lengkap atau tidak dapat diakses, serta berkas klaim yang dibatalkan atau tidak diproses lebih lanjut.

Untuk komponen kualitatif, informan penelitian ditentukan menggunakan teknik *purposive sampling* dengan memilih empat informan kunci berdasarkan keterlibatan dan pengetahuan langsung dalam proses pengajuan dan verifikasi klaim BPJS Kesehatan rawat jalan, yaitu satu Kepala Unit Rekam Medis, satu Petugas Rekam Medis bagian pendaftaran, satu Petugas *Casemix* Rawat Jalan BPJS, dan satu Verifikator klaim rumah sakit.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui dua cara: pertama, observasi terstruktur

menggunakan lembar ceklis terhadap 350 berkas klaim untuk menilai kelengkapan dan kesesuaian dokumen berdasarkan tiga faktor, yaitu faktor administrasi, faktor koding, dan faktor medis; kedua, wawancara mendalam (*in-depth interview*) terstruktur terhadap empat informan kunci menggunakan panduan wawancara yang telah disusun berdasarkan aspek-aspek yang diteliti. Data sekunder diperoleh dari data Rekam Medis Elektronik (RME), rekapitulasi data klaim BPJS pasien rawat jalan, laporan *Pending* klaim BPJS, serta laporan hasil verifikasi klaim pada periode penelitian yang diperoleh dari Unit *Casemix* dan Unit Rekam Medis RS TNI AU Lanud Sulaiman.

Instrumen penelitian yang digunakan terdiri atas dua jenis. Untuk komponen kuantitatif, digunakan lembar ceklis verifikasi berkas klaim yang dikembangkan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis dan panduan administrasi klaim BPJS Kesehatan. Lembar ceklis mencakup 28 item penilaian pada tiga faktor, yaitu administrasi (6 item), koding (5 item), dan medis (5 item), dengan skala dikotomis sesuai atau tidak sesuai. Untuk komponen kualitatif, digunakan panduan wawancara (*interview guide*) terstruktur yang berisi pertanyaan terbuka sesuai aspek tiga faktor yang diteliti, untuk memperoleh pemahaman mendalam dari setiap informan.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas klaim BPJS pasien rawat jalan yang diajukan Rumah Sakit TNI AU Lanud Sulaiman selama masa penelitian. 2.748 berkas disesuaikan dengan jumlah klaim yang tersedia pada periode penelitian.

Maka jumlah sempel dihitung menggunakan rumus Slovin dengan Tingkat kesalahan (*margin of error*) sebesar 5%

Rumus Slovin: $n = \frac{N}{1+N\,(e^2)}$

$$n = \frac{2.748}{1+2.748(0,05)^2}$$

$$n = \frac{2.748}{1+2.748(0,0025)}$$

$$n = \frac{2.748}{1+6.87}$$

$$n = \frac{2.748}{7.87} = 349,17\ dibulatkan\ 350.$$

$$Sehingga\ jumlah\ sampel\ dalam\ penelitian\ ini\ yaitu\ 350\ sampel.$$

Analisis data dilakukan secara terpisah untuk komponen kuantitatif dan kualitatif, kemudian diintegrasikan untuk menghasilkan interpretasi yang komprehensif. Analisis data kuantitatif menggunakan analisis univariat berupa distribusi frekuensi (n) dan persentase (%). Tahapan pengolahan data meliputi *editing*, *coding*, dan tabulasi untuk memastikan kelengkapan serta konsistensi data, kemudian diproses menggunakan perangkat lunak SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versi 25 (Muliagusni, 2024). Hasil disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase untuk menggambarkan proporsi masing-masing faktor penyebab *Pending* klaim. Analisis data kualitatif menggunakan analisis isi (*content analysis*) melalui tahapan transkripsi hasil wawancara, reduksi data, penyajian data dalam narasi deskriptif, dan penarikan kesimpulan berdasarkan pola dan tema yang ditemukan. Keabsahan data kualitatif dijaga melalui triangulasi sumber, yaitu membandingkan dan mengonfirmasi hasil wawancara antarinforman serta antara data kualitatif dengan temuan kuantitatif yang telah diperoleh sebelumnya.

Penelitian ini dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etika penelitian di bidang kesehatan. Kerahasiaan data pasien dijaga sepenuhnya dengan tidak mencantumkan identitas pribadi dalam laporan penelitian. Seluruh informan telah memberikan persetujuan (*informed consent*) sebelum wawancara dilaksanakan dan berhak mengundurkan diri kapan saja tanpa konsekuensi apapun. Penelitian dilaksanakan setelah memperoleh izin resmi dari

pihak Rumah Sakit TNI AU Lanud Sulaiman, dan seluruh data yang diperoleh hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini diperoleh melalui analisis *univariat* menggunakan distribusi frekuensi untuk menggambarkan proporsi masing-masing faktor penyebab *Pending* klaim, yaitu faktor administrasi, faktor koding, dan faktor medis, berdasarkan hasil observasi lembar ceklis terhadap 350 berkas klaim BPJS pasien rawat jalan. Analisis ini menghasilkan nilai frekuensi (n) dan persentase (%) pada setiap kategori variabel, sehingga dapat menggambarkan kondisi nyata penyebab *Pending* klaim di Rumah Sakit TNI AU Lanud Sulaiman secara sistematis. Uji ini dipilih karena sesuai dengan tujuan penelitian yang bersifat deskriptif, yaitu untuk memperoleh gambaran suatu fenomena tanpa menguji hubungan atau perbedaan antar variabel, serta cocok digunakan pada data berskala nominal dalam desain penelitian *cross-sectional.*

Distribusi Faktor Penyebab *Pending* Klaim Berdasarkan Aspek Administrasi

No	Komponen	Tidak Bermasalah	Bermasalah	TTL (%)
1.	Ketidaklengkapan berkas administrasi klaim	319	31	8,9%
2.	Ketidaksesuaian data kepesertaan (NIK/BPJS)	324	26	7,4%
3.	Ketidaksesuaian Surat Eligibilitas Pasien (SEP)	322	28	8,0%
4.	Ketidaksesuaian surat rujukan	335	15	4,3%
5.	Perbedaan kelas perawatan dengan hak pasien	330	20	5,7%
6.	Faktor administrasi lain-lain	330	20	5,7%

Tabel 1 Distribusi Faktor Penyebab *Pending* Klaim Berdasarkan Aspek Administrasi
Sumber : Diolah peneliti (2026)

Tabel ini menunjukkan enam komponen penyebab *pending* klaim BPJS dari aspek administrasi. Persentase masalah tertinggi terdapat pada ketidaklengkapan berkas administrasi klaim (8,9%; 31 dari 350 berkas), diikuti ketidaksesuaian Surat Eligibilitas Pasien/SEP (8,0%) dan ketidaksesuaian data kepesertaan NIK/BPJS (7,4%), sedangkan komponen dengan persentase terendah adalah ketidaksesuaian surat rujukan (4,3%). Temuan ini sejalan dengan (Nugroho et al., 2024) yang menyatakan ketidaklengkapan dokumen administrasi sebagai penyebab dominan *pending* klaim rawat inap BPJS.

Distribusi Faktor Penyebab *Pending* Klaim Berdasarkan Aspek Koding

No	Komponen	Tidak Bermasalah	Bermasalah	TTL (%)
1.	Ketidaktepatan kode diagnosis (ICD-10)	329	21	6,0%
2.	Ketidaktepatan kode Tindakan (ICD-9-CM)	324	26	7,4%
3.	Ketidaksesuaian urutan diagnosis utama dan sekunder	326	24	6,9%

4.	Ketidaksesuaian hasil *grouping* INA-CBGs	327	23	6,6%
5.	Faktor koding lain-lain	331	19	5,4%

Tabel 2 Distribusi Faktor Penyebab *Pending* Klaim Berdasarkan Aspek Koding
Sumber : Diolah Peneliti (2026)

Tabel ini menyajikan lima komponen penyebab *pending* klaim dari aspek koding. Ketidaktepatan kode Tindakan (ICD-9-CM) menjadi kontributor tertinggi (7,4%; 26 berkas), diikuti ketidaksesuaian hasil *grouping* INA-CBGs (6,6%) dan ketidaksesuaian urutan diagnosis utama-sekunder (6,9%), sedangkan faktor koding lain-lain memiliki persentase terendah (5,4%). Hasil ini konsisten dengan Widyaningrum et al. (2022) yang mengidentifikasi ketidaktepatan koding sebagai salah satu kontributor signifikan *pending* klaim BPJS Kesehatan.

Distribusi Faktor Penyebab *Pending* Klaim Berdasarkan Aspek Medis

No	Komponen	Tidak Bermasalah	Bermasalah	TTL (%)
1.	Ketidaklengkapan data klinis dalam RME	326	24	6,9%
2.	Tidak tersediannya hasil pemeriksaan penunjang	325	25	7,1%
3.	Ketidaksesuaian Tindakan dan dokumentasi klinis	324	26	7,4%
4.	Ketidaklengkapan resume medis/TTD DPJP	328	22	6,3%
5.	Faktor medis lain-lain	322	28	8,0%

Tabel 3 Distribusi Faktor Penyebab *Pending* Klaim Berdasarkan Aspek Medis
Sumber : Diolah Peneliti (2026)

Tabel ini memaparkan lima komponen penyebab *pending* klaim dari aspek medis. Faktor medis lain-lain memiliki proporsi tertinggi (8,0%; 28 berkas), diikuti tidak tersedianya hasil pemeriksaan penunjang (7,1%) dan ketidaksesuaian tindakan-dokumentasi klinis (7,4%), sementara ketidaklengkapan resume medis/TTD DPJP paling rendah (6,3%). Temuan ini sejalan dengan (Triatmaja et al., 2022) yang menyatakan kelengkapan dokumentasi klinis turut berkontribusi terhadap status *pending* klaim BPJS di rumah sakit.

Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit TNI AU Lanud Sulaiman terhadap 350 berkas klaim BPJS pasien rawat jalan, diketahui bahwa sebanyak 253 berkas (72,3%) berstatus disetujui, sedangkan sebanyak 97 berkas (27,7%) berstatus *pending*. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar klaim telah berhasil diproses, namun masih terdapat berkas yang mengalami *pending* sehingga perlu dilakukan identifikasi terhadap faktor penyebabnya. Berdasarkan hasil analisis deskriptif, faktor penyebab *pending* klaim meliputi faktor administrasi, faktor koding, dan faktor medis. Faktor koding dan faktor medis masing-masing ditemukan pada 39 berkas (11,1%), sedangkan faktor administrasi ditemukan pada 38 berkas (10,9%). Kondisi tersebut menunjukkan bahwa ketiga faktor memiliki persentase yang relatif berdekatan dan dapat menjadi penyebab terjadinya *pending* klaim pada

pasien rawat jalan. Selain itu, terdapat berkas yang mengalami lebih dari satu permasalahan sehingga penyebab pending tidak hanya berasal dari satu faktor.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada faktor administrasi permasalahan yang ditemukan meliputi ketidaklengkapan berkas administrasi sebanyak 31 berkas (8,9%), ketidaksesuaian SEP sebanyak 28 berkas (8,0%), ketidaksesuaian data kepesertaan sebanyak 26 berkas (7,4%), dan ketidaksesuaian surat rujukan sebanyak 15 berkas (4,3%). Pada faktor koding, permasalahan yang paling banyak ditemukan adalah ketidaktepatan kode tindakan ICD-9-CM sebanyak 26 berkas (7,4%), ketidaksesuaian urutan diagnosis utama dan sekunder sebanyak 24 berkas (6,9%), ketidaksesuaian hasil *grouping* INA-CBG's sebanyak 23 berkas (6,6%), serta ketidaktepatan kode diagnosis ICD-10 sebanyak 21 berkas (6,0%). Sementara itu, pada faktor medis ditemukan ketidaksesuaian tindakan dengan dokumentasi sebanyak 26 berkas (7,4%), ketidaktersediaan hasil pemeriksaan penunjang sebanyak 25 berkas (7,1%), ketidaklengkapan data klinis dalam RME sebanyak 24 berkas (6,9%), serta ketidaklengkapan resume medis atau tanda tangan DPJP sebanyak 22 berkas (6,3%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa permasalahan administrasi, ketepatan koding, dan kelengkapan dokumentasi medis masih menjadi bagian yang perlu diperhatikan dalam proses pengajuan klaim BPJS.

Selain dari hasil analisis deskriptif yang telah dilakukan, peneliti juga melakukan wawancara kepada 4 informan yang terdiri dari Kepala Rekam Medis, Petugas Rekam Medis, Petugas Casemix Rawat Jalan BPJS, dan Verifikator Rumah Sakit untuk mendukung hasil penelitian kuantitatif. Hasil wawancara menunjukkan bahwa *pending* klaim dapat terjadi karena adanya ketidaklengkapan administrasi, dokumentasi medis, ketidaksesuaian koding, serta kendala dalam proses verifikasi dan sistem RME. Kepala Rekam Medis menyampaikan bahwa kelengkapan identitas pasien, SEP, surat rujukan, dan dokumen pendukung lainnya sangat berpengaruh terhadap proses pengajuan klaim karena seluruh dokumen harus sesuai dengan ketentuan BPJS Kesehatan.

Adapun berdasarkan hasil wawancara dengan narasumber yang terlibat dalam proses pengajuan klaim BPJS pasien rawat jalan di Rumah Sakit TNI AU Lanud Sulaiman, diketahui bahwa *pending* klaim dipengaruhi oleh beberapa permasalahan, terutama pada aspek administrasi, kelengkapan dokumen medis, koding, serta proses verifikasi klaim. Narasumber pertama, selaku Kepala Rekam Medis, menyampaikan bahwa kelengkapan administrasi pasien sangat berpengaruh terhadap proses pengajuan klaim BPJS. Identitas pasien, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), surat rujukan, dan dokumen pendukung lainnya harus lengkap serta sesuai dengan ketentuan BPJS Kesehatan. Apabila terdapat kekurangan atau ketidaksesuaian pada dokumen tersebut, maka dapat menghambat proses pengajuan klaim.

Hal serupa juga disampaikan oleh narasumber kedua, selaku Petugas Rekam Medis, yang menjelaskan bahwa proses pelayanan pasien rawat jalan dimulai dari pendaftaran, kemudian dilakukan pencetakan SEP, pasien mendapatkan pelayanan, dan selanjutnya berkas diproses untuk pengajuan klaim BPJS. Menurut narasumber, faktor yang dapat menyebabkan *pending* klaim antara lain diagnosis yang tidak sesuai dan berkas yang tidak lengkap. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kelengkapan administrasi dan kesesuaian informasi pelayanan diperlukan untuk menunjang kelancaran proses pengajuan klaim BPJS.

Selain itu, hasil wawancara dengan narasumber ketiga, Petugas Casemix Rawat Jalan BPJS, menjelaskan bahwa proses klaim dilakukan dengan mengumpulkan berkas pasien rawat jalan dari IGD maupun poli, kemudian berkas diproses dan dilakukan *entry* melalui aplikasi *e-Claim*. Data pelayanan selama satu bulan selanjutnya diajukan kepada BPJS melalui aplikasi DIVA untuk dilakukan verifikasi. Menurut narasumber, *pending* klaim paling sering disebabkan oleh ketidaklengkapan administrasi dan berkas, seperti pemeriksaan penunjang dan tanda tangan pasien, serta diagnosis yang tidak *ter-cover* BPJS. Narasumber juga menyampaikan bahwa pernah ditemukan kesalahan koding, seperti kode rujuk yang tidak masuk, kode gabung yang salah, dan diagnosis yang belum dikoding seluruhnya. Sebelum

klaim diajukan, berkas diperiksa oleh verifikator internal bersama tim Casemix. Apabila ditemukan ketidaksesuaian, dilakukan koordinasi dengan unit terkait untuk melengkapi dan memperbaiki berkas sesuai ketentuan. Upaya yang dilakukan untuk mengurangi *pending* antara lain meminimalkan *human error*, menyesuaikan diagnosis dengan kode, serta memastikan kesesuaian nomor SEP.

Wawancara lainnya dilakukan dengan narasumber keempat, selaku Verifikator Rumah Sakit, yang menjelaskan bahwa proses klaim dimulai setelah pasien mendapatkan pelayanan, kemudian dokter melengkapi RME berupa diagnosis dan tindakan. Setelah itu dilakukan koding, pengecekan oleh Casemix, dan verifikasi sebelum klaim diajukan kepada BPJS. Menurut narasumber, *pending* klaim dapat disebabkan oleh ketidaklengkapan administrasi, dokumentasi medis, ketidaksesuaian koding, serta kendala pada sistem RME. Kelengkapan identitas, SEP, surat rujukan, dan dokumen medis sangat berpengaruh karena menjadi dasar dalam proses verifikasi dan pengajuan klaim. Apabila ditemukan ketidaksesuaian, dilakukan koordinasi antara Rekam Medis, koding, Casemix, dan dokter untuk melengkapi atau memperbaiki data. Upaya yang dilakukan yaitu meningkatkan pemeriksaan berkas sebelum pengajuan, meningkatkan kelengkapan RME, serta memperkuat koordinasi antar unit. Menurut narasumber, faktor yang cukup dominan adalah kelengkapan dan kesesuaian administrasi serta dokumentasi medis karena keduanya sangat menentukan kelancaran proses koding dan verifikasi klaim.

Dari keempat narasumber tersebut dapat disimpulkan bahwa pernyataan yang diberikan sejalan dengan hasil penelitian, yaitu *pending* klaim BPJS pasien rawat jalan berkaitan dengan ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian administrasi, dokumentasi medis, serta koding. Hasil wawancara juga menunjukkan bahwa proses verifikasi dan koordinasi antar unit memiliki peranan penting dalam menemukan dan memperbaiki ketidaksesuaian sebelum klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan. Dengan demikian, diperlukan peningkatan ketelitian dalam pemeriksaan administrasi, kelengkapan dokumentasi RME, ketepatan koding, serta koordinasi antara unit Rekam Medis, Casemix, dokter, dan verifikator untuk meminimalkan terjadinya *pending* klaim.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 350 berkas klaim BPJS pasien rawat jalan di Rumah Sakit TNI AU Lanud Sulaiman, diketahui bahwa sebanyak 253 berkas (72,3%) berstatus disetujui, sedangkan 97 berkas (27,7%) berstatus *pending*. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar klaim telah berhasil diproses, namun masih terdapat proporsi klaim *pending* yang memerlukan perbaikan dan penyempurnaan dokumen. Faktor penyebab *pending* klaim meliputi faktor administrasi, koding, dan medis. Faktor koding dan medis masing-masing ditemukan pada 39 berkas (11,1%), sedangkan faktor administrasi ditemukan pada 38 berkas (10,9%). Persentase yang relatif berdekatan menunjukkan bahwa *pending* klaim tidak disebabkan oleh satu faktor tunggal, melainkan dapat dipengaruhi oleh beberapa permasalahan dalam satu berkas klaim.

Ditinjau dari komponen penyebab secara lebih rinci, faktor penyebab *pending* klaim tertinggi ditemukan pada komponen ketidaklengkapan berkas administrasi klaim, yaitu sebanyak 31 berkas (8,9%), yang menunjukkan bahwa kelengkapan berkas administrasi masih menjadi kendala utama sebelum klaim dapat diverifikasi oleh BPJS Kesehatan. Sebaliknya, faktor penyebab *pending* klaim terendah ditemukan pada komponen ketidaksesuaian surat rujukan, yaitu sebanyak 15 berkas (4,3%), yang mengindikasikan bahwa proses administrasi rujukan pasien secara umum telah berjalan cukup baik dibandingkan komponen lainnya.

Pada faktor administrasi, permasalahan yang paling banyak ditemukan adalah ketidaklengkapan berkas administrasi, sedangkan pada faktor koding permasalahan yang paling dominan adalah ketidaktepatan kode tindakan ICD-9-CM. Pada faktor medis, permasalahan terutama berkaitan dengan ketidaksesuaian tindakan dengan dokumentasi,

ketidaktersediaan hasil pemeriksaan penunjang, ketidaklengkapan data klinis dalam Rekam Medis Elektronik (RME), serta ketidaklengkapan resume medis atau tanda tangan DPJP. Temuan tersebut menunjukkan bahwa kelengkapan dokumen administrasi, ketepatan pengkodean diagnosis dan tindakan, serta kesesuaian antara pelayanan dengan dokumentasi medis merupakan komponen penting dalam mendukung kelancaran proses pengajuan dan verifikasi klaim BPJS Kesehatan.

Hasil wawancara dengan empat informan, yaitu Kepala Rekam Medis, Petugas Rekam Medis, Petugas Casemix Rawat Jalan BPJS, dan Verifikator Rumah Sakit, memperkuat hasil analisis kuantitatif. Para informan menyampaikan bahwa *pending* klaim berkaitan dengan ketidaklengkapan administrasi, ketidaksesuaian diagnosis dan koding, ketidaklengkapan dokumentasi medis, kendala dalam pemanfaatan RME, serta proses verifikasi yang belum optimal. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan pemeriksaan berkas sebelum pengajuan, penguatan kelengkapan dokumentasi RME, peningkatan ketepatan koding, serta koordinasi yang lebih efektif antara unit Rekam Medis, dokter, Casemix, dan verifikator untuk meminimalkan terjadinya *pending* klaim BPJS pada pasien rawat jalan.

REFERENSI

Agustin, K., Markam, H., & Mustikawati, I. S. (2025). Penggunaan Rekam Medis Elektronik Meningkatkan Akurasi dan Efisiensi Pendokumentasian Klaim Pelayanan Jaminan Kesehatan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS. Dr. Soetomo*, *11*(2), 273–288.

Damayanti, N. A. (2025). *Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan dalam Aspek Administrasi Pasien Rawat Jalan dengan Menggunakan Metode 6M di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2025*.

(DJSN), D. J. S. N. (2024). *Laporan Kinerja Program Jaminan Kesehatan Nasional Kuartal IV Tahun 2024*. DJSN.

Fenilho, Y., & Ilyas, J. (2023). Evaluasi Penerapan Rekam Medis Elektronik Rawat Inap di RS X Bengkulu Utara: Sistem dan Pengguna. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, *11*(2), 142–149. https://doi.org/10.33560/jmiki.v11i2.583

Hikmah, S. N., Elfi, E., & Subianto, T. (2026). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan pada Rawat Jalan Layanan Unggulan. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, *8*(2), 177–180. https://doi.org/10.37287/jppp.v8i2.1937

Kurnia, E. K., & Mahdalena. (2022). Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit X Periode Triwulan I Tahun 2022. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKesNas)*, *11*(2), 57–62. https://doi.org/10.59300/mjrm.v11i2.124

Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, *21*(6), 374–379. https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379

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. https://doi.org/10.31290/ijhimr.v1i2.4979

Permenkes No. 26 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan (2021).

Permenkes No.24 2022 Tentang Rekam Medis (2022).

Santiasih, W. A., Simanjorang, A., & Satria, B. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, *7*(2), 1381–1394.

Saputri, F. R. A., Indira, Z. N., & Fauzi, H. (2022). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Jalan Bulan September Tahun 2022 di RS X. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan (J-REMIKES)*, *2*(1), 12–19.

Sri Mulya, S., Sonia, D., Putra, D. H., & Yulia, N. (2024). Analisis Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi Tahun 2023. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *3*(3), 140–152. https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v3i3.3021

Sugiyono. (2023). *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods) dengan 9 Desain*. Alfabeta.

Triatmaja, A. B., Wijayanti, R. A., & Nuraini, N. (2022). Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSU Haji Surabaya. *Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan (J-REMI)*, *3*(2), 131–138. https://doi.org/10.25047/j-remi.v3i2.2252