

**THE RELATIONSHIP BETWEEN ADMINISTRATIVE, CODING,
AND MEDICAL DOCUMENTATION ASPECTS AND THE COMPLETENESS
OF BPJS HEALTH CLAIMS FOR OUTPATIENTS AT
RSD IDAMAN BANJARBARU**

**HUBUNGAN ASPEK ADMINISTRASI, KODING, DAN DOKUMEN MEDIS
DENGAN KELENGKAPAN KLAIM BPJS KESEHATAN
PASIEN RAWAT JALAN DI RSD IDAMAN BANJARBARU**

Siti Tanzilah ¹⁾*, Melinda Restu Pertiwi ²⁾, Hj. Zubaidah ³⁾, Hj. Rusdiana⁴⁾
^{1,2,3,4)}Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Intan Martapura, Banjar, Indonesia
e-mail* : sititanzilah15@gmail.com

ABSTRACT

Hospital claims are reimbursement submissions for healthcare services provided to National Health Insurance (JKN) participants administered by BPJS Kesehatan. Incomplete or inaccurate claim documents may result in Pending claim status, leading to delays in payment to healthcare facilities. This study aimed to determine the relationship between administrative aspects, coding processes, and medical documents with the completeness of BPJS Kesehatan outpatient claims at RSD Idaman Banjarbaru. This research employed a quantitative method with a cross-sectional approach. The research instrument consisted of a checklist sheet for claim document completeness. The study population included all outpatient claim submission files for the period of July–September 2025, totaling 386 files. The sample comprised 196 files selected using purposive sampling techniques based on predetermined inclusion and exclusion criteria. Data analysis was conducted through univariate and bivariate approaches using the chi-square test. The statistical analysis results demonstrated significant relationships between administrative aspects, coding processes, and medical documents with the completeness of BPJS Kesehatan outpatient claims, as indicated by a p-value of 0.001 ($p < 0.05$). It can therefore be concluded that improving administrative accuracy, coding precision, and the completeness of medical documents is essential to minimize incomplete claims and prevent Pending claim status. It is recommended to strengthen coordination among coding staff, physicians, and verifiers to improve claim accuracy, as well as to implement double-check procedures for coding before claim submission. In addition, continuous training programs and routine internal audits are necessary to identify and address the causes of claim discrepancies.

Keywords: Claim Completeness, Administration, Coding, Medical Documents, BPJS Health, Outpatient Care.

ABSTRAK

Klaim rumah sakit merupakan pengajuan tagihan biaya atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien peserta JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Berkas klaim yang tidak lengkap atau tidak sesuai dapat mengakibatkan klaim berstatus *Pending* sehingga menyebabkan keterlambatan pembayaran kepada fasilitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara aspek administrasi, koding, dan dokumen medis terhadap kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan di RSD Idaman Banjarbaru. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Instrumen penelitian berupa lembar *checklist* kelengkapan berkas klaim. Populasi penelitian adalah seluruh berkas pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan periode Juli–September 2025 sebanyak 386 berkas. Sampel penelitian berjumlah 196 berkas yang ditentukan menggunakan teknik *purposive sampling* sesuai kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan. Analisis data dilakukan melalui pendekatan univariat dan bivariat dengan menggunakan uji *chi-square*. Berdasarkan hasil pengujian statistik, ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara aspek administrasi, proses koding, serta dokumen medis terhadap kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat jalan, yang ditunjukkan oleh nilai *p-value* 0,001 berarti *p-value* < 0,05. Disimpulkan bahwa peningkatan ketelitian administrasi, ketepatan pengkodean, serta kelengkapan dokumen medis sangat diperlukan untuk meminimalkan klaim tidak lengkap dan mencegah terjadinya *Pending* klaim. Disarankan agar dilakukan penguatan koordinasi antara petugas koding, dokter, dan verifikator untuk meningkatkan ketepatan klaim, serta penerapan *double check* koding sebelum pengajuan. Selain itu, perlu pelatihan berkelanjutan dan audit internal rutin guna mengidentifikasi serta memperbaiki penyebab ketidaksesuaian klaim.

Kata Kunci: Kelengkapan Klaim, Administrasi, Koding, Dokumen Medis, BPJS Kesehatan, Rawat Jalan.

PENDAHULUAN

Program BPJS Kesehatan melalui skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadi salah satu kebijakan penting pemerintah untuk memastikan seluruh masyarakat memperoleh akses layanan kesehatan yang adil dan merata. Sampai tahun 2024, jumlah peserta JKN tercatat telah melampaui 260 juta jiwa atau mencakup lebih dari 90% populasi Indonesia (BPJS Kesehatan, 2024). Tingginya cakupan kepesertaan tersebut berdampak pada meningkatnya pemanfaatan layanan kesehatan, khususnya

pelayanan rawat jalan di rumah sakit. Peningkatan jumlah kunjungan pasien secara langsung menyebabkan bertambahnya *volume* pengajuan klaim BPJS Kesehatan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

Peningkatan jumlah klaim diikuti dengan berbagai kendala dalam proses verifikasi dan pembayaran klaim. Salah satu permasalahan yang sering terjadi adalah klaim berstatus *Pending* atau dikembalikan untuk dilengkapi akibat ketidaklengkapan administrasi, kesalahan koding diagnosis

dan tindakan, serta ketidaksesuaian dokumen medis pendukung. Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan mengacu pada sistem pembayaran INA-CBGs yang mewajibkan kelengkapan administrasi, ketepatan coding, dan kesesuaian dokumen medis sebagai syarat pembayaran klaim. Kelengkapan klaim merupakan terpenuhinya seluruh persyaratan administrasi, coding, dan dokumen medis yang diperlukan dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Apabila persyaratan tersebut tidak terpenuhi, maka proses verifikasi klaim dapat terhambat dan menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim kepada rumah sakit (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Secara nasional, tingginya kepesertaan JKN menunjukkan besarnya beban pelayanan dan pengelolaan klaim yang harus ditangani rumah sakit. Kondisi tersebut juga terlihat di Provinsi Kalimantan Selatan. Menurut data Badan Pusat Statistik Kalimantan Selatan tahun 2024, persentase peserta Jaminan Kesehatan Nasional pada kategori Penerima Bantuan Iuran (PBI) mencapai 38,80%, sedangkan peserta non-PBI tercatat sebesar 28,45%, dan peserta Jamkesda sebesar 1,82% (Rahayu *et al.*, 2025). Tingginya jumlah peserta jaminan kesehatan tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat telah memanfaatkan layanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan.

Pada tingkat daerah, cakupan kepesertaan jaminan kesehatan di Kota Banjarbaru menunjukkan tren yang sangat tinggi dalam tiga tahun terakhir. Pada tahun 2023, cakupan kepesertaan mencapai

95,77% atau sebanyak 258.922 jiwa dari total 270.346 penduduk (Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru, 2024). Cakupan tersebut meningkat pada tahun 2024 menjadi 99,69% atau sebanyak 277.448 jiwa dari 278.318 penduduk (Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru, 2025). Meskipun mengalami sedikit penurunan pada tahun 2025, cakupan kepesertaan tetap berada pada tingkat yang tinggi, yaitu 98,22% atau sebanyak 280.464 jiwa dari total 285.546 penduduk (Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru, 2025). Tingginya cakupan kepesertaan tersebut berdampak pada meningkatnya pemanfaatan pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan rawat jalan, sehingga jumlah klaim BPJS Kesehatan yang diajukan rumah sakit juga semakin meningkat. Kondisi ini menuntut rumah sakit untuk mampu mengelola proses klaim secara efektif dan sesuai ketentuan agar proses verifikasi dan pembayaran klaim dapat berjalan lancar.

Permasalahan pengelolaan klaim juga ditemukan di RSD Idaman Banjarbaru. Berdasarkan studi pendahuluan diketahui bahwa berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan masih sering mengalami penundaan karena harus dikonfirmasi kembali oleh verifikasi. Berdasarkan data klaim rawat jalan periode Juli–September 2025, sebanyak 37.014 berkas telah diajukan kepada BPJS Kesehatan dan telah mendapatkan umpan balik terkait hasil verifikasi klaim yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Dari jumlah tersebut, 386 berkas atau sekitar 1,04% harus dikembalikan karena memerlukan kelengkapan dokumen lebih lanjut. Persentase tersebut memang relatif kecil, namun tetap menunjukkan bahwa proses

pengelolaan klaim belum berjalan optimal dan masih ditemukan ketidaksesuaian dalam aspek administrasi, koding, maupun dokumen medis.

Pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan di RSD Idaman Banjarbaru telah menggunakan sistem digital dan mengacu pada kebijakan internal rumah sakit. Proses klaim dimulai dengan pengumpulan berkas rawat jalan untuk diverifikasi oleh Unit JKN. Berkas yang belum lengkap atau masih terdapat kesalahan koding dikembalikan kepada petugas administrasi untuk diperbaiki sebelum diajukan kembali kepada BPJS Kesehatan. Namun, pelaksanaan sistem tersebut belum sepenuhnya optimal karena masih ditemukan klaim dengan status *Pending*. Kondisi ini menunjukkan bahwa penggunaan sistem digital belum sepenuhnya mampu mengurangi masalah ketidaklengkapan klaim apabila tidak didukung oleh ketelitian petugas administrasi, ketepatan koding, dan kelengkapan dokumen medis.

Penelitian terdahulu oleh *Rahmah et al.* (2025) mengungkapkan bahwa faktor administrasi, koding, dan dokumen medis berpengaruh terhadap kelancaran proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Dalam penelitian yang dilakukan di RSUD Kanjuruhan Malang, ditemukan bahwa selama periode Januari hingga Juli 2024 terdapat 367 berkas klaim rawat jalan yang mengalami *Pending*. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa penyebab *Pending* klaim berasal dari aspek medis sebesar 40%, aspek administrasi sebesar 38%, dan aspek koding sebesar 22%. Selain itu, *Prihatin et al.* (2024) menjelaskan

bahwa hambatan yang kerap terjadi meliputi penulisan rekam medis yang belum sesuai standar, ketidaksesuaian antara diagnosis dengan kode ICD-10, serta tindakan medis yang tidak sesuai dengan kode INA-CBGs. Kondisi tersebut mengakibatkan berkas klaim harus dikembalikan terlebih dahulu untuk dilakukan perbaikan sebelum dapat diproses lebih lanjut.

Kelengkapan dokumen klaim sangat dipengaruhi oleh kerja sama dan koordinasi antarbagian pelayanan di rumah sakit. Berkas klaim terdiri atas rekam medis, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), *Resume* medis, hasil pemeriksaan penunjang, formulir tindakan medis, serta bukti pelayanan obat dan tindakan medis lainnya. Seluruh dokumen tersebut berasal dari berbagai unit, seperti unit pelayanan medis, laboratorium, farmasi, dan rekam medis. Apabila koordinasi antarunit tidak berjalan dengan baik, proses pengumpulan dokumen dapat mengalami keterlambatan dan menimbulkan ketidaksesuaian data, sehingga pengajuan klaim tidak dapat diproses sesuai waktu yang ditentukan. Menurut Kementerian Kesehatan RI tahun 2022, rumah sakit bertanggung jawab terhadap kelengkapan administrasi klaim, sehingga seluruh dokumen wajib dipastikan lengkap sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan.

Ketidakefisienan dalam pengajuan klaim dapat berdampak pada kondisi keuangan rumah sakit. Keterlambatan pembayaran klaim dapat mengurangi likuiditas rumah sakit, menghambat pembayaran jasa tenaga kesehatan, dan mengganggu dana operasional (Winarsih,

2024). Jika terjadi terus-menerus, hal ini dapat menurunkan mutu pelayanan kesehatan karena keterbatasan fasilitas, obat, dan sumber daya pelayanan. Oleh karena itu, pengelolaan klaim perlu dilakukan dengan baik melalui administrasi yang teliti, koding yang tepat, dan dokumen medis yang lengkap agar proses verifikasi dan pembayaran klaim berjalan lebih efektif dan efisien.

Berdasarkan hasil telaah penelitian sebelumnya yaitu penelitian dari Rahmah *et al.* (2025) sebagian besar penelitian hanya mendeskripsikan penyebab *Pending* klaim secara deskriptif tanpa menganalisis hubungan antarvariabel. Selain itu, penelitian mengenai hubungan aspek administrasi, koding, dan dokumen medis dengan kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan masih terbatas, khususnya pada rumah sakit daerah di Kalimantan Selatan. Oleh karena itu, penelitian ini penting dilakukan untuk memberikan gambaran empiris mengenai hubungan aspek administrasi, koding, dan dokumen medis dengan kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan di RSD Idaman Banjarbaru.

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji keterkaitan antara aspek administrasi, koding, serta dokumen medis terhadap kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat jalan di RSD Idaman Banjarbaru. Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dan pertimbangan bagi rumah sakit dalam upaya meningkatkan mutu pengelolaan klaim BPJS Kesehatan, sehingga proses verifikasi maupun

pembayaran klaim dapat berlangsung secara lebih efektif, akurat, dan efisien.

Secara konseptual, kelengkapan klaim BPJS Kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu aspek administrasi, koding, dan dokumen medis. Kelengkapan administrasi berkaitan dengan pemenuhan persyaratan administratif, ketepatan koding berhubungan dengan kesesuaian penentuan kode diagnosis dan tindakan sesuai standar klasifikasi, sedangkan dokumen medis menjadi dasar utama dalam proses verifikasi klaim karena memuat informasi pelayanan yang diberikan kepada pasien. Ketidaksesuaian pada salah satu aspek tersebut dapat menyebabkan klaim tertunda atau tidak dapat diproses.

Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa aspek administrasi, koding, dan dokumen medis berkontribusi terhadap terjadinya klaim *Pending*. Penelitian terdahulu umumnya menemukan bahwa ketidaklengkapan administrasi dan dokumen medis menjadi penyebab utama klaim dikembalikan, sedangkan ketidaktepatan koding berkontribusi terhadap ketidaksesuaian klaim dengan sistem INA-CBGs. Namun, sebagian besar penelitian masih membahas faktor-faktor tersebut secara terpisah dan belum meneliti hubungan ketiganya secara bersama dalam satu model analisis, terutama pada pelayanan rawat jalan di rumah sakit daerah.

Penelitian pada rumah sakit daerah dengan sistem klaim berbasis digital masih terbatas, sehingga belum sepenuhnya mencerminkan kondisi nyata pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di lapangan. Oleh

karena itu, dibutuhkan penelitian yang lebih mendalam dan komprehensif untuk menganalisis berbagai faktor yang memengaruhi kelengkapan klaim secara menyeluruh.

Berdasarkan kesenjangan yang ada, penelitian ini menawarkan kebaruan dengan mengkaji keterkaitan aspek administrasi, koding, dan dokumen medis secara simultan terhadap kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan di RSD Idaman Banjarbaru. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan dari ketiga aspek tersebut sebagai dasar dalam meningkatkan efektivitas serta efisiensi pengelolaan klaim di rumah sakit.

METODE

Penelitian ini menerapkan pendekatan kuantitatif dengan desain *cross-sectional* guna mengkaji hubungan antara variabel independen dan variabel dependen pada satu periode pengamatan, tanpa adanya intervensi atau perlakuan terhadap objek yang diteliti. Penelitian dilaksanakan di RSD Idaman Banjarbaru pada Februari 2026.

Populasi dalam penelitian ini mencakup seluruh berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan pada periode Juli hingga September 2025 dengan total 37.014 berkas. Sampel penelitian sebanyak 196 berkas dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi, yaitu berkas klaim rawat jalan peserta BPJS Kesehatan periode Juli-September 2025 yang dapat diakses serta memiliki data lengkap untuk keperluan analisis.

Sumber data pada penelitian ini menggunakan data primer yang diperoleh melalui proses telaah dokumen berkas klaim dengan bantuan instrumen penelitian yang telah disusun berdasarkan standar RSD Idaman Banjarbaru.

Variabel dalam penelitian ini mencakup variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen terdiri atas aspek administrasi, koding, serta dokumen medis. Sementara itu, variabel dependen berupa kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat jalan yang dikelompokkan menjadi kategori lengkap dan tidak lengkap.

Pengumpulan data dilakukan dengan metode telaah dokumen terhadap arsip klaim pasien rawat jalan peserta BPJS Kesehatan. Instrumen penelitian yang digunakan adalah lembar *checklist* untuk menilai kelengkapan berkas klaim, yang disusun mengacu pada standar persyaratan klaim di RSD Idaman Banjarbaru. Penilaian mencakup aspek administrasi, koding, serta dokumen medis. Setiap komponen kemudian dikategorikan sebagai lengkap atau tidak lengkap berdasarkan kriteria yang telah ditentukan.

Metode pengolahan data dilaksanakan melalui beberapa tahap, yaitu *editing*, *coding*, *data entry*, dan *cleaning*. Tahap *editing* bertujuan untuk memeriksa kelengkapan data yang telah diperoleh. Selanjutnya, *coding* dilakukan dengan memberikan kode pada setiap variabel penelitian. Tahap *data entry* dilakukan dengan memasukkan data ke dalam perangkat lunak pengolahan data, sedangkan *cleaning* bertujuan memastikan

data yang telah diinput bebas dari kesalahan.

Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat. Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan distribusi frekuensi pada setiap variabel. Sementara itu, analisis bivariat dilakukan menggunakan uji *chi-square* guna mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dengan tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji keterkaitan antara aspek administrasi, koding, dan dokumen medis terhadap kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat jalan di RSD Idaman Banjarbaru.

Analisis Univariat

Tabel 1 | Distribusi Frekuensi berdasarkan Aspek Administrasi, Koding, dan Dokumen Medis Juli-September 2025

Variabel	Kategori	F	Persen (%)
Aspek Administrasi	Tidak Lengkap	29	14,8
	Lengkap	167	85,2
	Jumlah	196	100
Aspek Koding	Tidak Sesuai	125	63,8
	Sesuai	71	36,2
	Jumlah	196	100
Aspek Dokumen Medis	Tidak Lengkap	20	10,2
	Lengkap	176	89,8
	Jumlah	196	100

Sumber: Data Primer, 2025

Analisis Bivariat

Tabel 2 | Hubungan Variabel Independen dengan Kelengkapan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Jalan Juli-September 2025

Variabel	<i>p-value</i>	RP	95% CI
Aspek Administrasi	0,001	24,94	7,55-82,35
Aspek Koding	0,001	0,13	0,04-0,44
Aspek Dokumen Medis	0,001	8,80	3,71-20,87

Aspek administrasi merupakan salah satu unsur penting dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Kelengkapan dokumen administrasi seperti surat kontrol, surat rujukan, dan identitas pasien menjadi syarat utama dalam proses verifikasi klaim. Administrasi yang lengkap dan sesuai akan mempermudah proses verifikasi serta mengurangi risiko terjadinya *Pending* klaim.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 167 berkas (85,2%) termasuk kategori lengkap dan 29 berkas (14,8%) termasuk kategori tidak lengkap. Uji *chi-square* yang dilakukan pada hubungan aspek administrasi dengan kelengkapan klaim BPJS Kesehatan menunjukkan nilai *p value* sebesar 0,001 yang berarti *p value* < 0,05. Hasil uji statistik menunjukkan nilai *significance* sebesar 0,001 < 0,05, yang artinya terdapat hubungan antara aspek administrasi dengan kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan di RSD Idaman Banjarbaru.

Ketidaklengkapan ditemukan pada surat kontrol, surat rujukan, dan tulisan

yang tidak terbaca dengan jelas. Menurut Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan Tahun 2014, kelengkapan administrasi merupakan persyaratan utama dalam pelaksanaan proses verifikasi klaim. Penelitian Maimun *et al.* (2024) dan Putri dan Nugroho (2022) juga menyebutkan bahwa dokumen administrasi yang lengkap berperan penting dalam kelancaran proses pengajuan klaim. Meskipun proporsi ketidaklengkapan relatif kecil, kondisi tersebut tetap berdampak terhadap proses verifikasi klaim karena setiap dokumen menjadi syarat administratif yang wajib dipenuhi. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa ketelitian petugas dan konsistensi pelaksanaan prosedur administrasi masih perlu ditingkatkan agar proses pengajuan klaim dapat berjalan lebih efektif.

Aspek koding memiliki peran penting sebagai penghubung antara layanan klinis dengan sistem pembiayaan INA-CBGs. Ketepatan dalam pemberian kode diagnosis dan kode tindakan berdasarkan standar ICD-10 serta ICD-9-CM menjadi faktor utama yang memengaruhi kelancaran proses verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 71 berkas (36,2%) termasuk kategori sesuai dan 125 berkas (63,8%) termasuk kategori tidak sesuai. Uji *chi-square* yang dilakukan pada hubungan aspek koding dengan kelengkapan klaim BPJS Kesehatan menunjukkan nilai *p value* sebesar 0,001 yang berarti *p value* < 0,05. Hasil uji statistik menunjukkan nilai *significance* sebesar 0,001 < 0,05, yang artinya terdapat hubungan antara aspek

koding dengan kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan di RSD Idaman Banjarbaru.

Ketidaksesuaian paling banyak ditemukan pada kode tindakan serta adanya revisi kode oleh pihak BPJS Kesehatan saat proses verifikasi klaim. Penelitian Ulhamdiati dan Iqbal (2024), Yulia *et al.* (2023), serta (Kamalia, F dan Indawati (2024) menjelaskan bahwa ketidaktepatan koding dipengaruhi oleh kurang jelasnya informasi klinis dan ketidaklengkapan dokumentasi diagnosis. Aspek koding menjadi komponen dengan tingkat ketidaksesuaian tertinggi dibandingkan aspek administrasi dan dokumen medis sehingga berpotensi menjadi penyebab utama *Pending* klaim. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa evaluasi rutin terhadap ketepatan pengkodean dan kualitas dokumentasi medis masih perlu ditingkatkan.

Dokumen medis merupakan catatan tertulis yang memuat seluruh pelayanan yang diterima pasien serta menjadi acuan utama dalam pelaksanaan verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Kelengkapan dan kejelasan data klinis pada *Resume* medis, bukti tindakan, maupun hasil pemeriksaan penunjang sangat berpengaruh terhadap kelancaran proses pengajuan klaim.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 176 berkas (89,8%) termasuk kategori lengkap dan 20 berkas (10,2%) termasuk kategori tidak lengkap. Uji *chi-square* yang dilakukan pada hubungan aspek dokumen medis dengan kelengkapan klaim BPJS Kesehatan menunjukkan nilai *p value* sebesar 0,001 yang berarti *p value* < 0,05. Hasil uji

statistik menunjukkan nilai significance sebesar $0,001 < 0,05$, yang artinya terdapat hubungan antara aspek dokumen medis dengan kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan di RSD Idaman Banjarbaru.

Ketidaklengkapan ditemukan pada *Resume* medis, lembar bukti tindakan, dan lembar rehabilitasi. Penelitian Ivana *et al.* (2025), Dewi dan Zahwa (2023), serta Maulida dan Djunawan (2022) menjelaskan bahwa kelengkapan dan kejelasan dokumen medis menjadi dasar penting dalam proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Dokumen medis yang tidak lengkap dapat menyebabkan klaim dikembalikan untuk klarifikasi. Meskipun sebagian besar dokumen medis telah lengkap, masih ditemukan beberapa komponen yang belum terisi secara konsisten sehingga dapat menghambat proses verifikasi klaim. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kualitas pencatatan klinis masih perlu ditingkatkan agar proses pengajuan klaim dapat berjalan sesuai ketentuan BPJS Kesehatan.

Berdasarkan hasil analisis data menggunakan uji *chi-square*, diperoleh hasil bahwa aspek administrasi memiliki hubungan yang signifikan dengan kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat jalan, yang ditunjukkan oleh nilai *p-value* sebesar 0,001. Ketidaklengkapan dokumen administrasi meningkatkan risiko terjadinya *Pending* klaim karena dokumen seperti surat kontrol dan surat rujukan menjadi syarat utama dalam proses verifikasi. Penelitian Sulandjari (2023) dan Kryandhari, *et al.*

(2025) menunjukkan bahwa kelengkapan administrasi berhubungan signifikan dengan kelancaran proses klaim BPJS Kesehatan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan prosedur administrasi dan ketepatan sistem rujukan masih memerlukan peningkatan agar proses verifikasi klaim dapat berjalan lebih efektif.

Hasil analisis data menggunakan uji *chi-square* menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara aspek pengodean dengan kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat jalan, dengan nilai *p-value* sebesar 0,001. Ketidaktepatan kode diagnosis dan kode tindakan meningkatkan risiko terjadinya *Pending* klaim karena memerlukan revisi atau klarifikasi sebelum klaim diproses lebih lanjut. Penelitian Lestari *et al.* (2025) serta (Amanda, R., & Sonia (2023) menunjukkan bahwa ketidaktepatan koding berhubungan signifikan dengan terjadinya *Pending* klaim. Ketidaktepatan dalam proses pengodean tidak hanya disebabkan oleh kompetensi koder, tetapi juga dipengaruhi oleh mutu dokumentasi medis serta ketelitian tenaga medis dalam mencatat diagnosis. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa peningkatan koordinasi antara tenaga medis dan petugas koding masih diperlukan agar proses pengajuan klaim dapat berjalan lebih optimal.

Berdasarkan hasil analisis data menggunakan uji *chi-square*, ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara aspek dokumen medis dan kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat jalan, dengan nilai *p-value* sebesar 0,001. Dokumen medis yang tidak lengkap

maupun kurang jelas dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya *Pending* klaim karena diperlukan proses klarifikasi tambahan oleh verifikator BPJS Kesehatan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Zulvikar *et al.* (2026), Jayanti *et al.* (2025), serta Ivana *et al.* (2025) juga menunjukkan bahwa kelengkapan dokumen medis memiliki hubungan yang signifikan terhadap kelancaran proses verifikasi dan persetujuan klaim.

Ketidajelasan informasi klinis pada *Resume* medis, bukti tindakan, dan pemeriksaan penunjang dapat menghambat proses verifikasi klaim. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kualitas pencatatan klinis masih perlu ditingkatkan agar proses pengajuan klaim dapat berjalan lebih efektif dan sesuai dengan ketentuan BPJS Kesehatan.

Secara umum, hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor administrasi, proses koding, serta kelengkapan dokumen medis berhubungan secara signifikan dengan terjadinya *Pending* klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat jalan di RSD Idaman Banjarbaru. Aspek koding menjadi komponen dengan tingkat ketidaksesuaian tertinggi dibandingkan aspek lainnya sehingga berpotensi menjadi faktor utama penyebab *Pending* klaim. Ketidaktepatan koding juga dipengaruhi oleh kualitas dokumentasi medis dan kelengkapan administrasi sehingga ketiga aspek tersebut saling berkaitan dalam menentukan kelancaran proses klaim BPJS Kesehatan.

KESIMPULAN

Menurut hasil penelitian terhadap 196 dokumen klaim *Pending* BPJS Kesehatan pasien rawat jalan di RSD Idaman Banjarbaru, diketahui bahwa masih ditemukan ketidaklengkapan pada aspek administrasi, terutama pada dokumen surat kontrol, surat rujukan, dan tulisan yang tidak dapat terbaca dengan jelas. Aspek koding juga menunjukkan masih adanya ketidaksesuaian, terutama pada kode tindakan serta adanya revisi kode oleh pihak BPJS Kesehatan saat proses verifikasi klaim. Aspek dokumen medis menunjukkan masih adanya ketidaklengkapan pengisian pada *Resume* medis, lembar bukti tindakan, dan lembar rehabilitasi. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara aspek administrasi, koding, dan dokumen medis dengan kelengkapan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan di RSD Idaman Banjarbaru dengan nilai $p\text{-value} = 0,001$, dimana $p\text{-value} < \alpha (0,05)$.

SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, disarankan kepada pihak rumah sakit untuk meningkatkan ketelitian dalam pemenuhan aspek administrasi klaim serta melakukan evaluasi secara berkala terhadap kelengkapan berkas sebelum diajukan. Selain itu, diperlukan peningkatan kompetensi petugas koding melalui pelatihan dan pembinaan secara berkelanjutan mengingat ketepatan koding merupakan aspek dengan persentase terendah. Penguatan koordinasi antara tenaga medis, petugas administrasi, dan coder juga perlu ditingkatkan dalam melengkapi dokumen medis agar proses

klaim dapat berjalan lebih efektif dan meminimalkan terjadinya klaim *Pending*.

Bagi pasien perlu dilakukan edukasi melalui *x-banner* atau himbauan di area pelayanan mengenai alur rujukan berjenjang dan kewajiban membawa surat rujukan serta surat kontrol, agar pasien tidak langsung ke FKTL (Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan) tanpa melalui FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama).

Bagi peneliti berikutnya, dianjurkan untuk mengembangkan kajian ini dengan memasukkan variabel tambahan yang diduga dapat memengaruhi kelengkapan klaim, serta menerapkan metode analisis yang lebih mendalam sehingga hasil penelitian dapat memberikan gambaran yang lebih menyeluruh dan komprehensif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan hormat, penulis mengucapkan terima kasih kepada Direktur RSD Idaman Banjarbaru beserta seluruh jajaran, khususnya bagian JKN RSD Idaman Banjarbaru, yang telah memberikan izin dan dukungan selama pelaksanaan penelitian. Penulis juga menyampaikan rasa terima kasih kepada dosen pembimbing atas segala arahan, saran, dan pendampingan yang diberikan selama proses penyusunan penelitian ini berlangsung. Selain itu, apresiasi diberikan kepada semua pihak yang turut berkontribusi dalam pengumpulan data maupun penyelesaian penelitian. Diharapkan hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan serta mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amanda, R., & Sonia, D. (2023). Hubungan Ketepatan Kode Diagnosis terhadap Status Klaim JKN Rawat Inap di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 8(2), 175–182. <https://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI/article/view/1436>.
- BPJS Kesehatan. (2024). *Laporan Kinerja Program JKN*.
- Dewi, N. F., & Zahwa, A. (2023). Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien Rawat Jalan BPJS Kesehatan RS Hermina Galaxy. *Jurnal Administrasi Bisnis Terapan*, 5(2), 1. <https://scholarhub.ui.ac.id/jabt/vol5/iss2/1/>.
- Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru. (2024). *Profil Kesehatan Kota Banjarbaru Tahun 2024* (p. 250).
- Dinas Kesehatan Kota Banjarbaru. (2025). *Profil Kesehatan Kota Banjarbaru Tahun 2024* (p. 250).
- Ivana, S., Romodon, D., Hakim, A. O., & Al, L. F. (2025). Analisis Kategori Penyebab Klaim *Pending* BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Jalan di RSUD Dr . Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 10(1), 47–58. <https://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI/article/view/1800>.
- Jayanti, A., Waskito, DY, & Sugiarsi, S. (2025). Analisis Kelengkapan Rekam Medis dengan Kelayakan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 6(4), 257–264. <https://publikasi.polije.ac.id/j-remi/article/view/6198>.
- Kamalia, F dan Indawati, L. (2024). Tinjauan Ketepatan Kode Diagnosis pada Kasus Neoplasma di RSIJ Cempaka Putih. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 10(7), 454–462. <https://jurnal.peneliti.net/index.php/I>

- <IWP/article/view/6618>.
- Kemenkes. (2022). Permenkes No. 6 Tahun 2022. In *Kemenkes Republik Indonesia*.
- Kryandhari, C. A., Hatta, G. R., & Istiqlal, H. (2025). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat *Pending* Klaim BPJS Kesehatan di RS Bhayangkara Pekanbaru Periode Semester 1 Tahun 2024. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSII)*, 9(3), 305-310.
- Lestari, J., Muchlis, HA, Hosizah, H., & Temesvari, N. (2025). Pengaruh Akurasi Koding terhadap Hasil Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di RS Sentra Medika Cibinong. *Journal of Science and Social Research*, 8(1), 906-913. <https://jurnal.goretanpena.com/index.php/JSSR/article/view/2798>.
- Maimun, et al. (2024). Prosedur Klaim Bpjs Kesehatan Pasien Rawat Jalan Guna Menunjang Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat (Journal of Public Health Sciences)*, 13(1), 39-47. <https://jurnal.ikta.ac.id/kesmas/id/article/view/2673>.
- 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://ejournal.undip.ac.id/index.php/mkmi/article/view/46178>.
- Prihatin et al. (2024). Analysis of *Pending* Claim of BPJS Kesehatan Inpatient Due to Incompatibility Coding and Its Strategies at Muhammadiyah Selogiri Hospital. *AEBMR*, 2, 193-206. https://doi.org/10.2991/978-94-6463-204-0_17.
- Putri, E., & Nugroho, R. (2022). Analisis Penyebab Keterlambatan Verifikasi Klaim BPJS pada Pembiayaan Pasien di Rumah Sakit Umum Mitra Paramedika. *Jurnal Permata Indonesia*, 13(1), 43-53.
- Rahayu, N. I., Arisa, A., Pratama, M. N. A., Adhani, R., & Kunci, K. (2025). Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS di RS Militer Banjarmasin. *JMIAM: Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan*, 8(2), 142-150.
- Rahmah, et al. (2025). Gambaran Penyebab Klaim *Pending* Rawat Jalan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di RSUD Kanjuruhan Malang. *Jurnal Teknologi Konseptual Desain*, 2(2), 273-288. <https://doi.org/10.1980/jurnalteknologikonseptualdesign.v1i1>.
- Sulandjari, A. S. (2023). Hubungan Kelengkapan Persyaratan Administrasi Klaim Rawat Inap terhadap Persetujuan Klaim oleh Verifikator BPJS di RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang Tahun 2023 [Skripsi]. In *STIKes Mitra Husada Karanganyar*.
- Ulhamdiati & Iqbal. (2024). Ketepatan Pengodean Lanjutan Diagnosis Pasien Rawat Jalan di RSIJ Cempaka Putih. *Surya Medika Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Dan Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 19(03), 71-81. <https://journal.stikessuryaglobal.ac.id/index.php/SM/article/view/1159>.
- Winarsih, T. (2024). Pengaruh Keterlambatan Klaim BPJS terhadap Arus Kas Rumah Sakit. *Jurnal Keuangan Dan Manajemen Kesehatan*, 12(4), 112-125.
- Yulia, Y. (2023). Tinjauan Kejelasan Kelengkapan Penulisan Diagnosis dalam Ketepatan Pengodean Berkas *Pending* Klaim di RSUD M.Natsir Solok 2023. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 6(2), 111-118. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v6i2.10505>.
- Zulvikar, Y. A., Satar, Y. P., & Rosa, T. (2026). Analisis Faktor Penyebab Klaim Tunda Rawat Inap Pasien BPJS di Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah

Malang. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSJ)*, 10(1), 484-503.
<https://ejournal.urindo.ac.id/index.php/MARSJ/article/view/8058>.

JHAM

