

**DETERMINANTS OF THE TIMELINESS OF JKN CLAIM SETTLEMENT: A CASE  
STUDY AT DR. SOERATNO GEMOLONG GENERAL HOSPITAL**

**DETERMINAN KETEPATAN WAKTU PENAGIHAN KLAIM JKN: STUDI  
KASUS PADA RSUD DR. SOERATNO GEMOLONG**

**Wahyu Rizky<sup>1)</sup>\*, Airin Muyasaroh<sup>2)</sup>, Amara Valentina<sup>3)</sup>, Yogi Catur Putra<sup>4)</sup>, Septin  
Maisharah Karyono<sup>5)</sup>,**

<sup>1,2,3)</sup>Program Studi Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Kusuma  
Husada Surakarta, Indonesia

<sup>4)</sup>Program Studi Administrasi Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Metro, Indonesia

<sup>5)</sup>Program Studi Administrasi Rumah Sakit, STIKES Muhammadiyah Bojonegoro, Indonesia

Email\*: [w.rizky1604@gmail.com](mailto:w.rizky1604@gmail.com)

**ABSTRACT**

*Claim submission is a crucial aspect of the healthcare financing system, particularly within the context of the National Health Insurance (JKN) program administered by BPJS Kesehatan. A BPJS Kesehatan claim is the process of submitting invoices for healthcare services provided by hospitals to JKN participants, which are then billed collectively to BPJS on a monthly basis. To this end, hospitals are required to submit complete supporting documents that comply with applicable regulations. This study aims to analyze the factors influencing the timeliness of BPJS Health claims submission at Dr. Soeratno Gemolong General Hospital. The method used in this study is a qualitative method with a descriptive approach, which allows the researcher to gain a deep and comprehensive understanding of the issues occurring in the field. Data collection was conducted through triangulation, which combines observation, in-depth interviews with relevant informants, and a document review. The research findings indicate that delays in claim submission are influenced by several factors, including the lack of specific Standard Operating Procedures (SOPs) in the Medical Records unit that detail the claims process, frequent incompleteness of medical records due to important documents not yet being filled out or signed by the attending physician, human resources for claims processing being sufficiently optimized but still facing challenges at certain times due to incomplete medical records, as well as infrastructure constraints such as a lack of computers, scanners, printers, and internet connectivity issues. These factors significantly hinder the document digitization and verification process, resulting in delays in submitting claims to BPJS Kesehatan.*

**Keywords :** BPJS, Timeliness, Claims, Medical Records

**ABSTRAK**

Pengajuan klaim merupakan salah satu aspek krusial dalam sistem pembiayaan pelayanan kesehatan, khususnya dalam konteks Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Klaim BPJS Kesehatan adalah proses pengajuan tagihan atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan rumah sakit kepada pasien peserta JKN, yang kemudian ditagihkan kepada BPJS secara kolektif setiap bulan. Untuk itu, rumah sakit berkewajiban menyerahkan dokumen pendukung yang lengkap dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan

waktu pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD dr. Soeratno Gemolong. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif, yang memungkinkan peneliti memperoleh pemahaman yang mendalam dan menyeluruh mengenai permasalahan yang terjadi di lapangan. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui triangulasi, yakni menggabungkan observasi, wawancara mendalam dengan informan terkait, dan studi dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keterlambatan pengajuan klaim dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain belum tersedianya Standar Operasional Prosedur (SOP) khusus di unit Rekam Medis yang mengatur proses klaim secara rinci, sering terjadi ketidaklengkapan dokumen rekam medis akibat belum diisinya atau belum ditandatanganinya berkas penting oleh dokter penanggung jawab, sumber daya manusia pelayanan klaim sudah cukup optimal namun diwaktu tertentu masih mengalami kendala akibat ketidaklengkapan berkas rekam medis, serta kendala sarana prasarana seperti kurangnya komputer, scanner, printer, dan kendala koneksi jaringan internet. Faktor-faktor ini secara signifikan menghambat proses digitalisasi dan verifikasi dokumen, yang berujung pada keterlambatan pengiriman klaim ke BPJS Kesehatan.

**Kata Kunci :** BPJS, Ketepatan Waktu, Klaim, Rekam Medis

## **PENDAHULUAN**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk menurunkan biaya layanan kesehatan dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Tujuannya adalah melindungi kesehatan peserta agar mereka dapat menikmati layanan kesehatan dan terlindungi dalam hal kebutuhan medis dasar (Kementerian Kesehatan, 2017).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dibentuk untuk mengawasi penyelenggaraan program jaminan sosial. Sistem Jaminan Sosial yang merupakan program negara ini bertujuan untuk menjamin keamanan agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan dasarnya untuk hidup layak (Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011). Dalam sistem pembiayaan kesehatan BPJS, tarif yang digunakan adalah tarif berdasarkan Kelompok Dasar Kasus Indonesia (INACBG) (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014).

Penyediaan kode diagnosis ICD 10 dan kode aktivitas CM ICD 9 menjadi dasar pengelompokan tarif dalam INA CBG. Tarif yang diterima pasien ditentukan berdasarkan penyakit yang telah didiagnosis.

Pasien tidak lagi menerima layanan di luar yang disesuaikan dengan kondisinya dan tidak perlu mengeluarkan biaya apa pun di rumah sakit, sistem paket INA-CBG menjamin pasien menerima perawatan terbaik dari fasilitas tanpa mengeluarkan biaya tambahan. Rumah sakit harus melakukan ini dengan menawarkan perawatan terbaik dan mengamankan pendanaan yang efisien. Masyarakat pada umumnya mengharapkan layanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau. Rumah sakit dapat diartikan oleh Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yaitu dijadikan sebagai sarana kebutuhan kesehatan yang melayani pelayanan kesehatan seseorang dengan benar dan

lengkap diantaranya gawat darurat, rawat jalan, dan rawat (Nur dan Rahimul, 2020).

Salah satu layanan yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat adalah layanan kesehatan. Rumah sakit merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan yang berperan penting dalam memberikan layanan kesehatan bagi masyarakat. Rumah sakit didefinisikan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara lengkap, meliputi gawat darurat, rawat jalan, dan rawat inap (Elsa et al., 2021). Pelayanan kesehatan komprehensif yang dimaksud meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023).

Upaya peningkatan pelayanan rumah sakit, rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki layanan rekam medis yang baik. Salah satu layanan yang diberikan di rumah sakit adalah layanan rekam medis. Rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dokumen tentang identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, kegiatan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, sesuai dengan Permenkes No. 24 Tahun 2022 (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022). Rekam medis memiliki berbagai fungsi vital, antara lain sebagai landasan perawatan dan pelayanan kesehatan pasien, sebagai alat bukti di pengadilan, sebagai alat bantu penelitian dan pengajaran, sebagai penyedia data statistik kesehatan, dan

sebagai sumber pendanaan pelayanan kesehatan. Selain rumitnya struktur dan fitur penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) juga telah ditetapkan pada bulan Januari 2014.

Berkas rekam medis yang tidak lengkap dan kode diagnosis serta tindakan yang tidak tepat menjadi penyebab utama berkas klaim tertunda. Perbedaan penafsiran kode rumah sakit dan petugas verifikasi BPJS menyebabkan kesalahan penulisan kode diagnosis dan tindakan. Perbedaan penafsiran kode rumah sakit dan petugas verifikasi BPJS menyebabkan kesalahan penulisan kode diagnosis dan tindakan. Perhitungan tarif biaya klaim INA-CBG dipengaruhi oleh kesalahan kode tindakan dan diagnostik, yang menyebabkan tarif INA-CBG tidak akurat.

Rekam medis yang tidak lengkap dan penyusunan kode diagnostik dan tindakan yang tidak akurat merupakan penyebab utama klaim tertunda atau tertunda. Kode rumah sakit dan kode petugas verifikasi BPJS dipersepsikan secara berbeda, sehingga menghasilkan kode diagnosis dan tindakan yang tidak akurat. Kode rumah sakit dan kode petugas verifikasi BPJS dipersepsikan secara berbeda, sehingga menghasilkan kode diagnosis dan tindakan yang tidak akurat. Kode diagnosis dan tindakan yang tidak akurat menyebabkan tarif INA-CBG tidak akurat dan berdampak pada perhitungan tarif klaim INA-CBG (Devid et al., 2020).

Pihak rumah sakit dan BPJS sudah bermitra dalam sistem pendanaan, namun masih saja terdapat kendala dalam pelaksanaannya, seperti klaim yang belum terselesaikan.

Persyaratan yang belum lengkap atau resume medis yang belum lengkap, kesalahan pengkodean atau koding untuk menentukan diagnosis utama, dan faktor lainnya menjadi penyebab masih adanya permasalahan klaim yang belum tuntas ini. Akibatnya, verifikator BPJS harus terlebih dahulu menyerahkan dokumen klaim ke bagian verifikasi rumah sakit atau dokter yang merawat pasien untuk dimintakan kelengkapan dokumen (Pratama et al., 2023). Operasional pelayanan dan pembiayaan RSUD dr. Soeratno Gemolong dikhawatirkan akan terdampak oleh keterlambatan penagihan klaim dari BPJS Kesehatan ke pihak rumah sakit, yang berdampak pada keuangan rumah sakit dan menyebabkan penyaluran pelayanan medis dari dokter dan tenaga kesehatan lainnya menjadi tidak tepat sasaran.

Menurut penelitian Elsa et al., (2021) pertimbangan material, terutama dokumentasi klaim rawat inap yang tidak memadai seperti resume medis dan hasil analisis pendukung, merupakan alasan utama kegagalan klaim BPJS Kesehatan. Daftar periksa berkas klaim BPJS Kesehatan, prosedur operasi standar (SOP) pengajuan klaim BPJS Kesehatan di unit rawat inap, dan SOP untuk memastikan keakuratan dan kesesuaian isi berkas klaim rawat inap merupakan bagian dari hal ini. Yang dilakukan adalah mengkomunikasikan SOP ini kepada direktur rumah sakit. Tahapan pemeriksaan mengungkapkan hasil angka keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit sepanjang bulan Februari sampai dengan April 2020. Dari tindakan tersebut terlihat jelas bahwa tindakan ini dapat membantu proses klaim BPJS Kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian Sawal (2021) menunjukkan bahwa proses pengajuan klaim belum terlaksana dengan baik dikarenakan belum adanya SOP yang mengatur tentang pengklaiman BPJS di bagian Casemix RSUD Otanaha, terdapat ketidaklengkapan pada pengisian berkas rekam medis seperti resume medis, tanda tangan dokter, nama dokter, dan identitas pasien. Selain itu, penyebab lainnya adalah kurangnya Sumber Daya Manusia pada bagian pengkodean klaim BPJS, serta kurangnya sarana dan prasarana seperti computer dan jaringan internet atau wifi yang memadai. Adanya penelitian ini sebaiknya pihak RSUD Otanaha segera menetapkan SOP pengklaiman, teliti dalam menilai kelengkapan berkas rekam medis, dan menambah sarana prasarana yang masih kurang serta sebaiknya ada dokter jaga yang ditempatkan pada bagian casemix untuk mengontrol proses klaim BPJS. Hasil penelitian Sawal (2021) menunjukkan 4 faktor ketepatan waktu pengajuan klaim yang sama dengan hasil dari studi pendahuluan peneliti, sehingga peneliti mengangkat masalah penelitian berdasarkan faktor standar operasional prosedur, kelengkapan berkas rekam medis, sumber daya manusia, dan sarana prasarana.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeratno Gemolong pada bulan Oktober 2024 bahwa adanya keterlambatan klaim BPJS pasien di rawat inap dan rawat jalan. Seringnya berkas rekam medis pasien masih kosong atau belum diisi diagnosis oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) yang dimana harus dikembalikan ke DPJP untuk

dilengkapi, selain itu keterbatasan Sumber Daya Manusia (SDM) di Rekam Medik yang dapat menghambat terhambatnya proses pengajuan klaim kepada BPJS.

Penulis memberikan rumusan masalah yaitu Apa saja faktor yang mempengaruhi ketepatan waktu pengajuan klaim BPJS di RSUD dr. Soerarno Gemolong. Tujuan penelitian ini adalah Mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap ketepatan waktu pengajuan klaim BPJS di RSUD dr. Soerarno Gemolong.

## **METODE**

Jenis penelitian ini menggunakan deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian ini memberikan gambaran dan penjelasan yang tepat mengenai suatu keadaan atau masalah yang dihadapi. Teknik penentuan informan dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik purposive sampling. Pengambilan sampel ini berdasarkan pertimbangan tertentu dengan 3 informan yang terdiri dari kepala unit rekam medis, petugas input data pasien BPJS, dan petugas klaim BPJS pasien. Sumber data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Menggunakan alat ukur berupa pedoman wawancara, lembar observasi, dan dokumentasi. Analisis data yang digunakan menggunakan triangulasi metode dengan tujuan untuk untuk mengabungkan hasil observasi, wawancara, dan dokumentasi dari ketiga informan penelitian.

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Soerarno Gemolong di Unit Rekam Medik yang berlokasi di Jl. Rngt. Tjitro Santjoko No. 10, Gemolong Kabupaten Sragen, Jawa Tengah 577274. Penelitian dilakukan

selama kurang lebih 2 (dua) bulan dimulai sejak bulan Januari hingga Februari 2025. Teknik pengumpulan data yang digunakan untuk penelitian ini yaitu menggunakan observasi, wawancara dan dokumentasi. Teknik keabsahan data melalui triangulasi sumber, teknik, dan waktu. Analisis data yang digunakan ialah Pengumpulan Data, Reduksi Data, Penyajian Data, dan Penarikan Kesimpulan.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Faktor Ketepatan Waktu Pengajuan Klaim BPJS

### **a. Faktor Kelengkapan Standar Operasional Prosedur**

Hasil wawancara dengan informan di unit rekam medis menunjukkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi ketepatan waktu pengajuan klaim BPJS adalah tidak adanya SOP khusus sebagai acuan yang digunakan untuk klaim pasien BPJS di RSUD dr. Soerarno Gemolong. Rumah sakit ini menggunakan SOP yang telah dibuat oleh pihak BPJS tanpa adanya standar internal yang disesuaikan dengan kondisi fasilitas kesehatan setempat.

Hasil wawancara dengan petugas menunjukkan bahwa meskipun ada SOP terkait INA-CBG's yang mengatur mekanisme penangan klaim BPJS, SOP tersebut tidak mencakup seluruh prosedur pengajuan klaim, termasuk persyaratan pengajuan dan mekanisme penyelesaian kendala administrasi yang sering terjadi. Kurangnya sistem pelaporan kendala dalam proses klaim BPJS juga menjadi faktor yang memperburuk keterlambatan. Ketika

terjadi ketidaksesuaian dalam data klaim, petugas rekam medis harus menghubungi dokter atau perawat untuk melakukan klarifikasi. Namun, karena tidak ada mekanisme yang jelas untuk menangani kendala ini, proses revisi klaim sering kali tertunda.

Berdasarkan wawancara dengan petugas casemix dan petugas klaim BPJS, diketahui bahwa rumah sakit telah memiliki SOP pengajuan klaim BPJS yang digunakan sebagai pedoman dalam proses pengajuan klaim. Namun, beberapa informan menyampaikan bahwa SOP yang tersedia belum mengatur secara rinci langkah-langkah yang harus dilakukan ketika terjadi ketidaksesuaian data, berkas klaim tidak lengkap, atau adanya perubahan regulasi dari BPJS Kesehatan. Salah satu informan menyatakan: "SOP pengajuan klaim sudah ada dan menjadi acuan kerja kami. Akan tetapi, untuk beberapa kondisi tertentu seperti berkas yang dikembalikan atau perubahan aturan dari BPJS, belum ada petunjuk yang rinci sehingga kami harus melakukan koordinasi terlebih dahulu dengan bagian terkait." Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa SOP telah berfungsi sebagai pedoman dasar, namun masih terdapat kebutuhan untuk memperjelas prosedur pada kondisi-kondisi khusus yang berpotensi menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim. Hal ini mengakibatkan keterlambatan dalam memahami dan mengimplementasikan perubahan regulasi yang berhubungan dengan proses klaim. Menurut penelitian Ramadhan et al., (2021) menegaskan bahwa perubahan kebijakan yang tidak segera dikomunikasikan dan disosialisasikan kepada petugas rumah sakit dapat memperpanjang proses klaim,

terutama jika regulasi yang baru membutuhkan tambahan dokumen atau prosedur yang sebelumnya tidak diwajibkan.

Mengatasi permasalahan ini, diperlukan penyusunan SOP internal yang lebih spesifik dan sesuai dengan kondisi operasional rumah sakit. Putri dan Nugroho (2022) dengan judul Strategi Rumah Sakit dalam Mengurangi Tingkat Pending Klaim BPJS, menyarankan bahwa rumah sakit sebaiknya memiliki SOP yang dapat disesuaikan dengan kebijakan BPJS, sehingga proses klaim dapat berjalan lebih efisien tanpa adanya kendala administratif yang berkepanjangan. Selain itu, pelatihan berkala kepada petugas rekam medis dan verifikator klaim juga penting untuk memastikan bahwa mereka selalu memahami prosedur terbaru dalam pengajuan klaim BPJS.

#### **b. Faktor Kelengkapan Berkas Rekam Medis**

Faktor lain yang sangat berpengaruh terhadap ketepatan waktu pengajuan klaim BPJS adalah kelengkapan berkas rekam medis. Berdasarkan hasil wawancara, berkas yang sering kali mengalami kendala adalah resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, surat bukti tindakan, serta billing obat. Ketidaklengkapan berkas ini sering menyebabkan pending klaim, yang berdampak pada keterlambatan pembayaran dari BPJS kepada rumah sakit. Sejalan dengan penelitian oleh Rika (2023) menunjukkan bahwa keterlambatan klaim sering kali terjadi karena kurangnya dokumen pendukung yang seharusnya disertakan dalam pengajuan klaim.

Penelitian ini, ditemukan bahwa proses melengkapi berkas yang tidak lengkap dapat memakan waktu hingga dua minggu atau lebih, tergantung dari kesiapan petugas dan tenaga medis yang bertanggung jawab dalam pengisian rekam medis. Sesuai dengan temuan Firyal et al., (2020) dengan judul Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas rekam Medis pasien Rawat Inap di RSUD dr. Cipto Mangunkusumo, keterlambatan ini sering kali terjadi karena dokter yang bertanggung jawab atas pasien belum mengisi atau menandatangani dokumen penting yang dibutuhkan dalam klaim. Selain itu, penelitian Amran (2023) dengan judul Pengaruh Keterlambatan Klaim BPJS terhadap Keuangan Rumah Sakit, di beberapa rumah sakit daerah, lebih dari 60% keterlambatan klaim disebabkan oleh keterlambatan dokter dalam mengisi resume medis, yang berdampak pada keterlambatan proses verifikasi dan pembayaran klaim oleh BPJS. Perawat juga memegang peranan penting dalam mencatat tindakan medis yang telah dilakukan kepada pasien. Jika pencatatan ini tidak dilakukan dengan benar atau tidak sesuai dengan prosedur, maka kemungkinan besar klaim akan ditolak atau harus direvisi sebelum diajukan kembali. Keterbatasan sistem rekam medis elektronik (E-RM) juga menjadi hambatan dalam pengolahan klaim, di mana sebagian besar dokumen masih harus diproses secara manual sebelum dikirimkan ke BPJS untuk diverifikasi.

Solusi yang dapat diterapkan untuk mengatasi kendala ini adalah dengan mengoptimalkan sistem rekam medis elektronik yang memungkinkan akses data

yang lebih cepat dan akurat. Hapsari et al. (2024) dengan judul Implementasi Rekam Medis Elektronik dalam Efisiensi Pengajuan Klaim BPJS, merekomendasikan penggunaan sistem E-RM yang terintegrasi dengan data BPJS, sehingga setiap berkas yang dibutuhkan dapat langsung tersedia dalam sistem tanpa perlu dilakukan pemindaian ulang. Perlu adanya penguatan prosedur validasi internal sebelum berkas dikirimkan ke BPJS untuk meminimalisir risiko pengembalian klaim akibat dokumen yang kurang lengkap.

### **c. Faktor Sumber Daya Manusia (SDM)**

Hasil wawancara yang telah dilakukan oleh peneliti ditemukan bahwa, jumlah petugas yang menangani proses klaim di RSUD dr. Soeratno Gemolong juga menjadi faktor yang mempengaruhi ketepatan waktu pengajuan klaim. Berdasarkan hasil wawancara, jumlah petugas rekam medis yang bertanggung jawab terhadap klaim BPJS hanya 9 orang, ditambah dengan 4 orang petugas verifikator. Jumlah pasien yang cukup banyak, beban kerja petugas menjadi sangat tinggi, yang berakibat pada kemungkinan keterlambatan dalam pengolahan dokumen klaim.

Sejalan dengan penelitian Opitasari dan Nurhayati (2019) dengan judul Evaluation of claim submission and returning for BPJS inpatient services: a case study of hospital X in 2017, dari hasil penelitian bahwa RS tidak pernah mengalami keterlambatan dalam pengajuan klaim, namun berkas klaim yang dikembalikan BPJS masih banyak, yang utamanya disebabkan oleh permasalahan koding dan ketidaklengkapan resume medis.

Peningkatan beban kerja tenaga medis dan administrasi juga menjadi dampak lain dari keterlambatan klaim. Petugas administrasi harus melakukan revisi berulang kali terhadap klaim yang dikembalikan oleh BPJS, yang pada akhirnya memperlambat proses klaim baru. Selain itu, dokter dan perawat juga harus melengkapi catatan rekam medis yang tertunda untuk memenuhi persyaratan verifikasi klaim, yang mengurangi waktu mereka dalam memberikan pelayanan langsung kepada pasien.

Mengatasi kendala ini, diperlukan pengembangan program pelatihan yang lebih terstruktur bagi sumber daya manusia di RSUD dr. Soeratto Gemolong. Penelitian Apda dan Oktamianiza (2022) menekankan pentingnya pelatihan dan sertifikasi bagi petugas rekam medis, agar mereka dapat memahami dan mengimplementasikan prosedur klaim BPJS dengan lebih efektif. Selain itu, adanya SOP khusus terkait pelayanan proses klaim juga sangat diperlukan supaya petugas lebih memahami dan melakukan prosedur sesuai SOP guna meminimalisir kekurangan dalam kelengkapan berkas rekam medis.

#### **d. Faktor Sarana dan Prasarana**

Faktor terakhir yang berpengaruh terhadap ketepatan waktu pengajuan klaim BPJS adalah ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai. Berdasarkan hasil wawancara, beberapa kendala yang sering muncul adalah terbatasnya jumlah scanner, printer, dan jaringan internet, yang menghambat proses digitalisasi dokumen sebelum dikirimkan ke BPJS. Sejalan dengan penelitian oleh Sawal (2021) dengan judul

Optimalisasi Digitalisasi Administrasi dalam Percepatan Pengajuan Klaim BPJS, mengungkapkan bahwa keterbatasan fasilitas seperti perangkat komputer yang lambat dan sistem jaringan yang tidak stabil sering menjadi penyebab utama keterlambatan klaim di rumah sakit daerah. Komputer yang lambat, jaringan serta scanner yang terbatas membuat pekerjaan jadi menumpuk dan menghambat proses pelayanan klaim, dimana yang seharusnya dapat diselesaikan dalam waktu sehari ehingga mengharuskan pengerjaan lebih dalam sehari.

Meningkatkan efisiensi pengajuan klaim BPJS, rumah sakit perlu mengalokasikan anggaran untuk pembaruan infrastruktur teknologi informasi, termasuk menambah jumlah perangkat scanner dan memperkuat jaringan internet agar proses digitalisasi dokumen dapat berjalan lebih cepat. Pratama et al. (2023) dengan judul Tantangan dan Solusi dalam Pengajuan Klaim BPJS di Rumah Sakit: Sebuah Studi Kualitatif, menyarankan bahwa rumah sakit sebaiknya mengadopsi sistem otomatisasi dalam manajemen klaim BPJS, yang memungkinkan proses verifikasi dokumen dilakukan secara lebih cepat dan akurat.

Hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi menunjukkan temuan yang konsisten bahwa rumah sakit telah memiliki SOP sebagai pedoman pengajuan klaim BPJS. Akan tetapi, ketiga sumber data tersebut juga mengindikasikan bahwa SOP yang ada belum mengatur secara rinci prosedur penanganan kondisi khusus, seperti ketidaklengkapan berkas, klaim pending, dan perubahan regulasi BPJS Kesehatan.

Kesamaan temuan dari ketiga metode pengumpulan data tersebut memperkuat validitas hasil penelitian bahwa keberadaan SOP belum sepenuhnya menjamin ketepatan waktu pengajuan klaim apabila belum didukung oleh petunjuk teknis yang lebih spesifik dan implementasi yang konsisten di lapangan.

## **PEMBAHASAN**

Penelitian ini menunjukkan bahwa SOP merupakan faktor penting dalam mendukung ketepatan waktu pengajuan klaim BPJS karena berfungsi sebagai pedoman standar bagi petugas dalam melaksanakan proses klaim. Namun demikian, SOP yang belum mengatur secara rinci berbagai kondisi operasional dapat menimbulkan variasi dalam pelaksanaan pekerjaan dan berpotensi menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori manajemen pelayanan kesehatan yang menyatakan bahwa standar prosedur kerja yang jelas dan terstruktur dapat meningkatkan efisiensi proses administrasi serta mengurangi kesalahan kerja. Oleh karena itu, rumah sakit perlu melakukan evaluasi dan pembaruan SOP secara berkala, khususnya terkait mekanisme penanganan klaim pending, ketidaklengkapan dokumen, dan perubahan kebijakan BPJS Kesehatan agar proses pengajuan klaim dapat berjalan lebih efektif dan tepat waktu.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rumah sakit telah memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) pengajuan klaim BPJS yang digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan proses klaim.

Temuan ini diperoleh secara konsisten melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi. Namun, SOP yang tersedia belum mengatur secara rinci mekanisme penanganan kondisi khusus seperti berkas klaim yang tidak lengkap, klaim pending, maupun perubahan regulasi BPJS Kesehatan. Kondisi tersebut menyebabkan petugas harus melakukan koordinasi tambahan yang berpotensi menghambat ketepatan waktu pengajuan klaim.

Menurut teori manajemen yang dikemukakan oleh George R. Terry, SOP merupakan salah satu instrumen pengendalian (controlling) yang berfungsi untuk memastikan setiap aktivitas organisasi berjalan sesuai standar yang telah ditetapkan. SOP yang jelas dan terstandarisasi dapat meminimalkan variasi pelaksanaan pekerjaan, meningkatkan efisiensi proses kerja, dan mengurangi risiko kesalahan. Sebaliknya, SOP yang kurang rinci dapat menimbulkan interpretasi yang berbeda antarpetugas sehingga berpotensi menyebabkan keterlambatan dalam penyelesaian pekerjaan. Temuan penelitian ini juga dapat dijelaskan melalui teori kualitas pelayanan kesehatan yang dikemukakan oleh Avedis Donabedian, yang menyatakan bahwa kualitas pelayanan dipengaruhi oleh tiga komponen utama yaitu struktur (structure), proses (process), dan hasil (outcome). Dalam konteks pengajuan klaim BPJS, SOP merupakan bagian dari komponen struktur yang mendukung pelaksanaan proses administrasi klaim. Ketika struktur yang tersedia belum optimal, maka proses pengajuan klaim menjadi kurang efektif dan berdampak pada hasil berupa keterlambatan pengajuan klaim.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Pratiwi et al. yang menemukan bahwa ketidaklengkapan prosedur operasional dan kurangnya kejelasan alur kerja menjadi salah satu penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS di rumah sakit. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa petugas sering mengalami kesulitan ketika menghadapi kasus yang tidak tercantum secara rinci dalam SOP sehingga membutuhkan waktu tambahan untuk koordinasi dan verifikasi dokumen. Temuan ini juga didukung oleh penelitian Siswati dan Pratami yang menjelaskan bahwa proses administrasi klaim yang tidak terstandarisasi dengan baik dapat meningkatkan risiko pengembalian berkas klaim dan memperpanjang waktu penyelesaian klaim. Keterlambatan tersebut pada akhirnya berdampak pada arus kas rumah sakit karena pembayaran klaim menjadi tertunda. Selain itu, penelitian Amran menunjukkan bahwa keberhasilan pengelolaan klaim BPJS tidak hanya ditentukan oleh kompetensi petugas, tetapi juga oleh ketersediaan regulasi internal yang jelas dan mudah diimplementasikan. Rumah sakit yang memiliki SOP yang rinci dan selalu diperbarui sesuai perkembangan kebijakan BPJS Kesehatan cenderung memiliki tingkat ketepatan waktu pengajuan klaim yang lebih baik dibandingkan rumah sakit yang SOP-nya belum diperbarui secara berkala.

Berdasarkan hasil triangulasi data dan dukungan penelitian terdahulu, dapat disimpulkan bahwa keberadaan SOP merupakan faktor penting dalam mendukung ketepatan waktu pengajuan klaim BPJS. Namun, efektivitas SOP tidak

hanya ditentukan oleh keberadaannya, melainkan juga oleh kelengkapan isi, kejelasan alur kerja, kesesuaian dengan regulasi terbaru, serta konsistensi implementasinya. Oleh karena itu, rumah sakit perlu melakukan evaluasi dan revisi SOP secara berkala, menyusun prosedur khusus untuk penanganan klaim pending dan berkas tidak lengkap, serta meningkatkan koordinasi antarunit yang terlibat dalam proses klaim. Upaya tersebut diharapkan dapat meningkatkan efisiensi proses pengajuan klaim dan meminimalkan risiko keterlambatan pembayaran klaim BPJS. Mengacu pada teori manajemen dan teori kualitas pelayanan kesehatan, serta didukung oleh hasil penelitian terdahulu, temuan penelitian ini menunjukkan bahwa SOP berperan sebagai instrumen pengendalian proses administrasi klaim. SOP yang belum rinci menyebabkan ketidakseragaman pelaksanaan pekerjaan, memperpanjang proses verifikasi, dan meningkatkan potensi keterlambatan pengajuan klaim. Oleh karena itu, penguatan SOP menjadi strategi penting dalam meningkatkan efektivitas pengelolaan klaim BPJS dan menjaga keberlangsungan keuangan rumah sakit.

## **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan Faktor ketidak tersediaan SOP khusus di Unit Rekam Medis terkait proses pelayanan klaim sering kali menjadi penyebab terjadinya pending pengajuan klaim, kelengkapan berkas rekam medis sering kali terjadi kendala adalah resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, surat bukti tindakan, billing obat, serta dokter penanggung jawab belum mengisi atau

menandatangani berkas penting yang dibutuhkan dalam proses klaim, terbatasnya sumber daya manusia yang mengakibatkan petugas keteteran dalam melaksanakan proses pelayanan klaim sehingga mempengaruhi ketepatan waktu pengajuan klaim BPJS pasien dan ketersediaan sarana prasarana memadai akan tetapi terdapat beberapa kendala yang sering muncul yaitu terbatasnya jumlah komputer, scanner, printer, dan jaringan internet yang menghambat proses digitalisasi dokumen sebelum dikirimkan ke BPJS Kesehatan.

#### **SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dipaparkan dalam dokumen tersebut, berikut adalah beberapa saran strategis untuk meningkatkan ketepatan waktu pengajuan klaim di RSUD dr. Soeratno Gemolong: Penyusunan dan Standardisasi SOP Internal: Pihak manajemen rumah sakit, khususnya Unit Rekam Medis, perlu segera menyusun dan menetapkan Standar Operasional Prosedur (SOP) internal yang spesifik mengenai alur pelayanan klaim. SOP ini harus mencakup persyaratan pengajuan, mekanisme koordinasi antarunit, serta prosedur penyelesaian kendala administrasi yang sering terjadi agar petugas memiliki panduan yang jelas, Optimalisasi Kelengkapan Rekam Medis oleh DPJP: Diperlukan penguatan pengawasan dan komitmen dari Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dalam mengisi serta menandatangani resume medis dan dokumen pendukung lainnya secara tepat waktu. Hal ini penting untuk meminimalisir berkas yang harus dikembalikan (pending) yang selama ini

memakan waktu hingga dua minggu, Penguatan Sistem Rekam Medis Elektronik (E-RM): Rumah sakit disarankan untuk mengoptimalkan penggunaan sistem E-RM yang terintegrasi langsung dengan data BPJS. Digitalisasi yang terintegrasi akan mempercepat akses data dan mengurangi beban verifikasi manual yang selama ini menghambat proses pengajuan, Manajemen Beban Kerja dan Pelatihan SDM: Mengingat beban kerja petugas rekam medis yang tinggi dibandingkan volume pasien, perlu dipertimbangkan penambahan personel atau redistribusi tugas agar pengolahan dokumen tidak menumpuk. Selain itu, pelatihan berkala mengenai regulasi terbaru BPJS dan pengkodean (coding) sangat diperlukan untuk meningkatkan akurasi dan efisiensi kerja petugas, dan Pembaruan Infrastruktur Teknologi Informasi: Manajemen perlu mengalokasikan anggaran untuk pengadaan sarana penunjang seperti penambahan jumlah scanner, printer, dan pemeliharaan jaringan internet yang stabil. Infrastruktur yang memadai akan mempercepat proses digitalisasi dokumen sebelum dikirimkan ke sistem BPJS Kesehatan.

#### **UCAPAN TERIMAKASIH**

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Universitas Kusuma Husada Surakarta telah memberikan wadah untuk menulis dari hasil penelitian yang dilakukan

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Apda, R. I., & Oktamianiza. (2022). Tinjauan Ketepatan Kode dengan Pending Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD dr. Adnaan Wd Payakumbuh Tahun 2021. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 5(1), 37-46.

- <https://doi.org/10.31983/jrmik.v4i2.8397>
- Devid, L., Yulia, F., Tri, W., Sulaiman, S. A. R., Putri, F. A., Elga, Y., Sumiyati, & Rahmawita. (2020). Sosialisasi Pelaksanaan Sistem INA-CBGs di Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Abdidas*, 1(6), 842–846. <https://doi.org/10.31004/abdidas.v1i6.222>
- Elsa, M., Atma, D., Novita, N., & Weka, S. M. (2021). Upaya Perbaikan Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan pada Unit Rawat Inap di RSIA Srikandi IBI Jember Tahun 2019. *Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 2(4), 461–470. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v2i4.2301>
- Firyal, N. S., Weka, S. M., & Atma, D. (2020). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 519–528. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2157>
- Kementerian, K. (2017). *Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Bagi Populasi Kunci*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit, 1 (2022).
- Nur, M., & Rahimul, R. (2020). Faktor-Faktor Keterlambatan Proses Pelayanan Klaim Asuransi (BPJS) Di Rumah Sakit Bersalin Annisa Pekanbaru. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 6(2), 188–193. <https://doi.org/10.25311/keskom.Vol6.Iss2.548>
- Opitasari, C., & Nurhayati, N. (2019). Evaluation of Claim Submission and Returning for BPJS Inpatient Services: A Case Study of Hospital X in 2017. *Evaluation*, 10(1).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) (2014).
- Pratama, A., Fauzi, H., Nur Indira, Z., & Purnama Adi, P. (2023). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 8(1), 124–134. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v8i1.1225>
- Ramadhan, P. M. R., Hamdani, P. M. R., & Ceria, F. (2021). Analisis Tarif RS dan INA-CBGs Kasus Reproduksi Pria pada Rawat Inap di RS X. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 2(3), 23–31.
- Rika, A. (2023). Prosedur BPJS dan Klaim BPJS oleh Rumah Sakit. *Health and Medical Journal*, 52, 147–154. <https://doi.org/10.33854/heme.v5i2.1338>
- Sawal, S. P. (2021). ANALISIS FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB KETERLAMBATAN PROSES PELAYANAN KLAIM BPJS RAWAT JALAN DI RSUD OTANAHA TAHUN 2021. STIKES BAKTI NUSANTARA GORONTALO.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, Undang-Undang 1 (2023).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (2011).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (2009).