

MANAJEMEN KLAIM BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT: FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM DAN IMPLIKASI FINANSIAL BAGI FASILITAS KESEHATAN

Hotmaria Hertawaty Sijabat
GW Learning Centre sijabat
hotmaria@gmail.com

Abstract

BPJS Kesehatan claims management is a crucial aspect in supporting the operational sustainability and financial stability of hospitals. In practice, the claims submission process still faces issues in the form of pending claims—that is, claims that cannot yet be paid due to incomplete documentation, discrepancies in medical information, coding errors, as well as administrative and information system issues. This paper aims to analyse the factors causing pending claims under the BPJS Kesehatan scheme and their implications for the financial condition of healthcare facilities. The method used was a literature review. The results of the study indicate that the main causes of pending claims include incomplete medical records, discrepancies in diagnoses and procedures, coding errors, a lack of administrative documents, limited human resource competence, poor coordination between units, and sub-optimal integration of information systems. From a financial perspective, pending claims can lead to delays in cash receipts, an increase in receivables, disrupted liquidity, rising administrative costs, delayed payments to suppliers and healthcare staff, and hindered procurement and service development. Therefore, hospitals need to strengthen internal verification, improve the competence of casemix teams and coders, enhance inter-departmental coordination, implement standard operating procedures (SOPs) for claims management, and optimise integrated information systems. Effective claims management is expected to expedite payments, reduce the risk of losses, and ensure the continuity of healthcare services.

Keywords: *claims management, BPJS Health, pending claims, hospitals, financial implications, cash flow.*

Abstrak

Manajemen klaim BPJS Kesehatan merupakan aspek penting dalam mendukung keberlangsungan operasional dan stabilitas keuangan rumah sakit. Dalam pelaksanaannya, pengajuan klaim masih menghadapi permasalahan berupa *pending claim*, yaitu klaim yang belum dapat dibayarkan karena adanya ketidaklengkapan dokumen, ketidaksesuaian informasi medis, kesalahan koding, serta permasalahan administratif dan sistem informasi. Penulisan ini bertujuan untuk menganalisis faktor penyebab *pending claim* BPJS Kesehatan dan implikasinya terhadap kondisi finansial fasilitas kesehatan. Metode yang digunakan adalah kajian pustaka. Hasil kajian menunjukkan bahwa penyebab utama *pending claim* meliputi ketidaklengkapan resume medis, ketidaksesuaian diagnosis dan tindakan, kesalahan pengodean, kekurangan dokumen administrasi, keterbatasan kompetensi sumber daya manusia, lemahnya koordinasi antarunit, dan belum optimalnya integrasi sistem informasi. Dari sisi finansial, *pending claim* dapat menyebabkan keterlambatan penerimaan kas, peningkatan piutang, terganggunya likuiditas, bertambahnya biaya administrasi, keterlambatan

pembayaran kepada pemasok dan tenaga kesehatan, serta terhambatnya pengadaan dan pengembangan pelayanan. Oleh karena itu, rumah sakit perlu memperkuat verifikasi internal, meningkatkan kompetensi tim casemix dan koder, memperbaiki koordinasi antarunit, menerapkan SOP pengelolaan klaim, serta mengoptimalkan sistem informasi terintegrasi. Pengelolaan klaim yang efektif diharapkan dapat mempercepat pembayaran, mengurangi risiko kerugian, dan menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan.

Kata kunci: manajemen klaim, BPJS Kesehatan, *pending claim*, rumah sakit, implikasi finansial, arus kas.

Pendahuluan

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu instrumen penting dalam memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Melalui penyelenggaraan JKN, peserta memperoleh jaminan pembiayaan atas pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut memiliki peran strategis dalam memberikan pelayanan kepada peserta JKN sekaligus mengajukan klaim pembiayaan kepada BPJS Kesehatan (E. A. M. Putra dkk., 2024). Oleh karena itu, keberhasilan operasional rumah sakit tidak hanya ditentukan oleh kualitas pelayanan medis, tetapi juga oleh kemampuan rumah sakit dalam mengelola proses klaim secara akurat, lengkap, dan tepat waktu.

Manajemen klaim BPJS Kesehatan merupakan rangkaian kegiatan yang mencakup pengumpulan dokumen, verifikasi administratif, pemeriksaan kesesuaian medis, pengodean diagnosis dan tindakan, pengelompokan tarif, pengajuan klaim, serta penyelesaian klaim yang dikembalikan atau tertunda (Nur Waldy & Inayah S. H., 2019). Proses tersebut melibatkan berbagai unit, seperti bagian pendaftaran, rekam medis, dokter penanggung jawab pelayanan, koder, tim casemix, bagian keuangan, dan unit penagihan. Setiap unit memiliki keterkaitan dalam memastikan bahwa informasi pasien, pelayanan medis, diagnosis, tindakan, dan biaya tercatat secara konsisten. Apabila salah satu komponen tersebut tidak berjalan dengan baik, proses pengajuan klaim dapat mengalami hambatan (Muthoharoh & Wibowo, 2021).

Salah satu permasalahan yang sering dihadapi rumah sakit adalah terjadinya *pending claim*. Pending claim terjadi ketika berkas klaim yang diajukan rumah sakit belum dapat diproses atau dibayarkan karena terdapat ketidaksesuaian, kekurangan dokumen, atau kebutuhan klarifikasi lebih lanjut. Kondisi tersebut berbeda dengan klaim yang ditolak secara permanen karena klaim *pending* masih memiliki peluang untuk diperbaiki dan diajukan kembali. Namun, apabila tidak segera ditangani, klaim yang tertunda dapat menumpuk dan memperpanjang waktu penerimaan pembayaran rumah sakit (M. F. Putra dkk., 2015).

Penyebab pending claim dapat dikategorikan ke dalam beberapa aspek, yaitu aspek medis, coding, administrasi, sumber daya manusia, dan sistem informasi. Pada aspek medis, masalah dapat berupa resume medis yang tidak lengkap, ketidaksesuaian

antara diagnosis dan tindakan, serta tidak adanya justifikasi medis yang memadai. Pada aspek koding, kesalahan dapat terjadi dalam penentuan kode diagnosis, kode tindakan, diagnosis utama, maupun pengelompokan tarif INA-CBGs. Sementara itu, aspek administrasi dapat mencakup ketidaklengkapan dokumen, kesalahan identitas pasien, ketidaksesuaian Surat Eligibilitas Peserta, dan perbedaan data antara rekam medis, sistem informasi manajemen rumah sakit, serta berkas klaim (Putri & Koto, 2024). Kelengkapan dan ketepatan dokumentasi medis merupakan faktor penting dalam proses verifikasi klaim. Resume medis tidak hanya berfungsi sebagai dokumen klinis, tetapi juga menjadi dasar untuk membuktikan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan kondisi pasien dan ketentuan penjaminan. Apabila diagnosis, tindakan, hasil pemeriksaan penunjang, atau alasan medis tidak ditulis secara jelas, verifikator akan mengalami kesulitan dalam menilai kesesuaian klaim. Dengan demikian, kualitas pencatatan dokter dan tenaga kesehatan memiliki hubungan langsung dengan kelancaran proses klaim rumah sakit (Mani, 2019).

Selain dokumentasi medis, akurasi koding juga menjadi faktor penting dalam menentukan keberhasilan pengajuan klaim. Koder harus mampu menerjemahkan informasi klinis ke dalam kode diagnosis dan prosedur secara tepat berdasarkan dokumentasi yang tersedia. Kesalahan koding dapat menyebabkan ketidaksesuaian antara diagnosis, tindakan, dan kelompok tarif yang ditetapkan. Bahkan, penelitian mengenai klaim rawat inap menunjukkan bahwa masalah koding menjadi salah satu penyebab dominan pending claim, di samping faktor medis dan administrasi (Santoso & Wardhana, 2025). Kondisi ini menunjukkan bahwa penguatan kompetensi koder dan koordinasi antara koder dengan dokter penanggung jawab pelayanan merupakan kebutuhan penting dalam manajemen klaim.

Pending claim tidak hanya menimbulkan persoalan administratif, tetapi juga memiliki implikasi finansial bagi rumah sakit. Klaim yang belum dibayarkan menyebabkan rumah sakit belum menerima penggantian biaya atas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Akibatnya, terjadi ketidaksesuaian antara arus keluar dan arus masuk kas. Rumah sakit tetap harus membayar gaji tenaga kesehatan, membeli obat dan bahan medis, membiayai operasional pelayanan, serta memenuhi kewajiban kepada pemasok meskipun sebagian pendapatan dari klaim BPJS Kesehatan belum diterima (Yusuf & Thohari, 2024). Keterlambatan pembayaran klaim juga dapat meningkatkan beban biaya dan memengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Ketika arus kas terganggu, manajemen rumah sakit cenderung memprioritaskan pembayaran yang dianggap paling mendesak atau krusial. Penelitian di salah satu rumah sakit menunjukkan bahwa keterlambatan pembayaran klaim BPJS Kesehatan berada pada kisaran 7–45 hari setelah jatuh tempo dan berdampak terhadap arus kas serta kualitas pelayanan rumah sakit (Yusuf & Thohari, 2024). Dalam jangka panjang, kondisi tersebut dapat memengaruhi ketersediaan obat, pemeliharaan peralatan medis, pembayaran jasa pelayanan, serta kenyamanan dan keamanan pasien.

Dampak finansial pending claim menjadi semakin besar apabila rumah sakit memiliki ketergantungan tinggi terhadap pendapatan dari BPJS Kesehatan. Klaim yang tertunda dapat menghambat perencanaan anggaran, mengurangi likuiditas, meningkatkan biaya administrasi, dan menimbulkan ketidakpastian dalam pengakuan pendapatan. Selain itu, petugas harus melakukan pemeriksaan ulang, melengkapi dokumen, berkoordinasi dengan unit pelayanan, serta mengajukan perbaikan klaim (Mani, 2019). Oleh karena itu, manajemen klaim perlu dipandang sebagai bagian dari pengendalian keuangan dan manajemen risiko rumah sakit, bukan sekadar kegiatan administratif.

Berdasarkan uraian tersebut, kajian mengenai manajemen klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit menjadi penting untuk dilakukan. Pembahasan perlu diarahkan pada dua aspek utama, yaitu faktor-faktor penyebab terjadinya pending claim dan implikasinya terhadap kondisi finansial fasilitas kesehatan. Analisis terhadap kedua aspek tersebut diharapkan dapat membantu rumah sakit mengidentifikasi titik lemah dalam alur klaim, memperbaiki koordinasi antarunit, meningkatkan kualitas dokumentasi medis, memperkuat akurasi coding, dan mengembangkan sistem monitoring klaim yang lebih efektif. Dengan manajemen klaim yang baik, rumah sakit dapat mempercepat penerimaan pembayaran, menjaga stabilitas arus kas, serta mempertahankan kesinambungan pelayanan kepada peserta JKN.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kajian pustaka dengan mengumpulkan, menelaah, dan menganalisis berbagai sumber literatur yang relevan dengan manajemen klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit, faktor penyebab *pending claim*, serta implikasinya terhadap kondisi finansial fasilitas kesehatan. Sumber data yang digunakan meliputi artikel jurnal nasional dan internasional, buku, peraturan perundang-undangan, dan dokumen lainnya yang diperoleh melalui penelusuran pada basis data akademik dan situs resmi terkait (Zed, 2008). Literatur dipilih berdasarkan kesesuaian topik, kredibilitas sumber, serta keterbaruan informasi. Data dianalisis secara deskriptif-kualitatif melalui tahapan identifikasi sumber, seleksi literatur, pengelompokan informasi berdasarkan tema, interpretasi isi, dan penyusunan sintesis. Hasil kajian kemudian disajikan dalam bentuk uraian yang membahas dua fokus utama, yaitu faktor penyebab *pending claim* dan dampaknya terhadap arus kas, pendapatan, biaya operasional, serta keberlanjutan pelayanan rumah sakit (Elijah & Aslan, 2025).

Hasil dan Pembahasan

Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan

Pending klaim BPJS Kesehatan merupakan kondisi ketika klaim yang diajukan rumah sakit belum dapat dibayarkan karena masih terdapat ketidaksesuaian, kekurangan informasi, atau dokumen yang memerlukan perbaikan dan klarifikasi.

Dalam prosesnya, BPJS Kesehatan melakukan pemeriksaan terhadap kelayakan klaim berdasarkan aspek administratif, medis, dan coding. Klaim yang belum memenuhi persyaratan akan dikembalikan kepada rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki. Oleh karena itu, pending klaim tidak hanya mencerminkan permasalahan pada tahap pengajuan, tetapi juga menunjukkan adanya kelemahan dalam koordinasi dan pengendalian proses pelayanan sejak pasien diterima hingga klaim dikirimkan (M. F. Putra dkk., 2015).

Faktor administrasi menjadi salah satu penyebab utama terjadinya pending klaim. Dokumen administrasi berfungsi sebagai bukti bahwa pasien memenuhi persyaratan kepesertaan dan bahwa pelayanan telah diberikan oleh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Dokumen tersebut antara lain Surat Eligibilitas Peserta (SEP), identitas pasien, surat rujukan, surat perintah rawat inap, billing, rekapitulasi pelayanan, serta dokumen pendukung lainnya. Apabila salah satu dokumen tidak tersedia, tidak terbaca, tidak ditandatangani, atau memuat informasi yang tidak sesuai, klaim dapat dikembalikan untuk dilakukan perbaikan (Yuditia dkk., 2021).

Ketidaksesuaian identitas dan data kepesertaan juga dapat menyebabkan klaim mengalami penundaan. Kesalahan nama pasien, nomor kartu peserta, tanggal lahir, nomor SEP, tanggal masuk, tanggal keluar, maupun jenis pelayanan dapat menimbulkan perbedaan antara data pada sistem BPJS Kesehatan dan dokumen rumah sakit. Perbedaan tersebut menyulitkan proses validasi serta menimbulkan keraguan mengenai keabsahan pelayanan yang ditagihkan (Malik, 2019). Oleh sebab itu, pemeriksaan data pasien perlu dilakukan sejak tahap pendaftaran dan diulang kembali sebelum berkas klaim diajukan. Selain administrasi kepesertaan, kelengkapan administrasi pelayanan juga menjadi perhatian penting. Beberapa dokumen yang sering menjadi penyebab pending antara lain resume medis, laporan operasi, laporan anestesi, catatan perkembangan pasien terintegrasi, hasil laboratorium, hasil radiologi, serta bukti pemberian obat atau tindakan tertentu. Dalam kajian mengenai pending klaim rawat inap, ketidaklengkapan resume medis, kurangnya pemeriksaan penunjang, dan tidak tersedianya bukti pelayanan menjadi faktor yang berulang kali ditemukan (Sangidu, 2026). Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa kelengkapan berkas harus dipastikan tidak hanya oleh petugas klaim, tetapi juga oleh unit pelayanan yang menghasilkan dokumen.

Faktor medis berhubungan dengan ketidaksesuaian atau ketidakjelasan informasi klinis yang digunakan sebagai dasar pengajuan klaim. Permasalahan dapat terjadi apabila diagnosis yang ditulis tidak sesuai dengan kondisi pasien, tindakan medis tidak didukung oleh indikasi yang jelas, atau terapi yang diberikan tidak disertai dokumentasi yang memadai. Verifikator memerlukan bukti klinis untuk memastikan bahwa pelayanan yang ditagihkan memang diperlukan secara medis dan sesuai dengan

ketentuan JKN. Apabila bukti tersebut tidak memadai, klaim dapat ditunda sampai rumah sakit memberikan klarifikasi atau dokumen tambahan (Widiastuti, 2017).

Ketidaklengkapan resume medis merupakan salah satu bentuk permasalahan medis yang paling sering menyebabkan pending klaim. Resume medis seharusnya memuat identitas pasien, tanggal masuk dan keluar, diagnosis, kondisi pasien, tindakan, terapi, hasil pemeriksaan, serta rencana tindak lanjut. Namun, dalam praktiknya, resume medis terkadang belum ditandatangani oleh dokter, tidak mencantumkan diagnosis secara lengkap, tidak menjelaskan perjalanan penyakit, atau tidak menggambarkan hubungan antara diagnosis dan tindakan yang dilakukan. Akibatnya, dokumen tersebut belum dapat digunakan sebagai dasar yang kuat untuk membuktikan kelayakan klaim (Madakusuma dkk., 2025).

Masalah medis juga dapat muncul karena ketidaksesuaian antara diagnosis, tindakan, dan hasil pemeriksaan penunjang. Misalnya, diagnosis tertentu dicantumkan dalam resume medis, tetapi tidak didukung oleh hasil laboratorium, radiologi, atau pemeriksaan lain yang relevan. Sebaliknya, tindakan medis yang relatif kompleks dapat tercatat tanpa adanya penjelasan mengenai indikasi dan hasilnya. Ketidaksesuaian tersebut dapat menyebabkan verifikator meminta klarifikasi karena informasi klinis dalam berkas belum menunjukkan hubungan yang logis antara kondisi pasien dan pelayanan yang diberikan (Trisnawati & Afrita, 2024).

Faktor koding merupakan penyebab penting lainnya dalam pending klaim BPJS Kesehatan. Koding adalah proses menerjemahkan diagnosis dan tindakan medis ke dalam kode yang ditetapkan berdasarkan sistem klasifikasi yang berlaku. Ketepatan koding sangat menentukan pengelompokan kasus dan besaran tarif klaim. Kesalahan dalam menentukan diagnosis utama, diagnosis sekunder, kode prosedur, penggunaan kode kombinasi, atau penerapan aturan koding dapat mengakibatkan klaim tidak sesuai dengan informasi klinis yang tercantum dalam rekam medis (Yuditia dkk., 2021).

Kesalahan koding dapat berupa penggunaan kode diagnosis yang tidak tepat, pemilihan diagnosis utama yang keliru, ketidaksesuaian kode tindakan dengan laporan operasi, serta penggunaan kode *asterisk* dan *dagger* yang tidak sesuai. Selain itu, dapat terjadi *overcoding*, yaitu penggunaan kode yang menggambarkan kondisi lebih berat daripada kondisi sebenarnya, atau *undercoding*, yaitu penggunaan kode yang tidak sepenuhnya menggambarkan kompleksitas pelayanan. Penelitian di RS Islam Jakarta Sukapura menunjukkan bahwa ketidaktepatan kode merupakan kategori terbesar penyebab klaim tunda, yaitu 49,10% atau 519 kasus (Madakusuma dkk., 2025). Keterbatasan sumber daya manusia turut memperbesar risiko terjadinya pending klaim. Jumlah koder dan petugas klaim yang tidak sebanding dengan volume pelayanan dapat menyebabkan pemeriksaan dokumen dilakukan secara terburu-buru. Beban kerja yang tinggi juga dapat meningkatkan kemungkinan kesalahan input, keterlambatan pengumpulan berkas, dan terlewatnya dokumen pendukung. Selain jumlah, kompetensi petugas juga berpengaruh karena regulasi, aturan koding, dan kebijakan

pembiayaan dapat mengalami perubahan. Penelitian mengenai klaim pending merekomendasikan penambahan sumber daya manusia, sosialisasi pembaruan aturan koding, serta penyusunan uraian tugas yang lebih jelas (Sangidu, 2026).

Koordinasi antarunit yang belum optimal merupakan faktor organisasi yang sering berkaitan dengan pending klaim. Proses klaim melibatkan dokter, perawat, rekam medis, koder, casemix, administrasi, dan keuangan. Apabila komunikasi antarunit tidak berjalan baik, dokumen yang kurang lengkap tidak segera diperbaiki dan perbedaan informasi tidak segera diselesaikan (Luthfiana, 2016). Misalnya, koder menemukan diagnosis yang belum didukung dokumentasi, tetapi klarifikasi kepada dokter terlambat dilakukan. Demikian pula, bagian klaim dapat mengalami kesulitan apabila unit pelayanan tidak memiliki batas waktu yang jelas untuk menyerahkan dokumen.

Faktor sistem informasi dan sarana prasarana juga dapat memengaruhi kelancaran klaim. Sistem informasi yang belum terintegrasi dapat menyebabkan perbedaan antara data pendaftaran, rekam medis, billing, dan aplikasi klaim. Gangguan jaringan, keterbatasan akses, duplikasi data, serta input manual berulang dapat meningkatkan risiko kesalahan. Selain itu, sistem yang belum memiliki fitur pemeriksaan otomatis tidak mampu memberikan peringatan ketika dokumen belum lengkap atau terdapat ketidaksesuaian data. Karena itu, integrasi SIMRS dengan sistem rekam medis, billing, dan pengelolaan klaim diperlukan untuk mempercepat pemeriksaan dan mengurangi kesalahan (Samba Rufus, 2016).

Berdasarkan uraian tersebut, dapat diketahui bahwa pending klaim BPJS Kesehatan disebabkan oleh berbagai faktor yang saling berkaitan. Ketidaklengkapan dokumen administrasi, lemahnya dokumentasi medis, ketidaktepatan koding, keterbatasan sumber daya manusia, koordinasi yang belum efektif, serta kendala sistem informasi dapat terjadi secara bersamaan dalam satu berkas klaim. Oleh karena itu, penyelesaiannya tidak cukup dilakukan hanya dengan memperbaiki berkas yang telah dikembalikan, tetapi perlu dilakukan melalui penguatan manajemen klaim secara menyeluruh. Rumah sakit perlu menerapkan verifikasi internal, memperjelas SOP, meningkatkan kompetensi koder dan tenaga medis, memperkuat koordinasi antarunit, serta menggunakan sistem informasi terintegrasi agar jumlah pending klaim dapat dikurangi.

Implikasi Finansial dan Strategi Pengelolaan Klaim

Pending claim BPJS Kesehatan memiliki implikasi langsung terhadap arus kas rumah sakit karena pembayaran atas pelayanan yang telah diberikan belum diterima secara penuh pada periode yang seharusnya. Rumah sakit tetap harus menyediakan obat, bahan medis habis pakai, tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan, serta biaya operasional lainnya sebelum memperoleh penggantian dari BPJS Kesehatan. Ketidakseimbangan antara arus kas masuk dan arus kas keluar tersebut dapat

menurunkan kemampuan rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan jangka pendek. Penelitian mengenai keterlambatan pembayaran klaim menunjukkan bahwa kondisi tersebut dapat mengganggu siklus keuangan dan ketersediaan dana rumah sakit (Samba Rufus, 2016).

Dampak berikutnya adalah meningkatnya saldo piutang rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Klaim yang masih berstatus pending belum dapat sepenuhnya dicatat sebagai penerimaan kas sehingga menambah jumlah piutang yang harus dipantau dan ditagihkan. Apabila penyelesaian klaim membutuhkan waktu yang lama, periode penagihan rata-rata atau *Average Collection Period* menjadi lebih panjang. Peningkatan periode penagihan menunjukkan bahwa rumah sakit membutuhkan waktu lebih lama untuk mengubah piutang menjadi kas, sehingga rasio perputaran piutang menurun dan efisiensi pengelolaan modal kerja menjadi lebih rendah (Putri & Koto, 2024).

Pending claim juga dapat memengaruhi ketepatan pengakuan pendapatan rumah sakit. Nilai klaim yang diajukan belum tentu sama dengan nilai yang disetujui setelah proses verifikasi. Perbedaan tersebut dapat terjadi karena adanya koreksi coding, pengurangan nilai klaim, ketidaksesuaian tarif, atau sebagian pelayanan yang tidak dapat dibayarkan. Akibatnya, rumah sakit menghadapi ketidakpastian dalam menentukan jumlah pendapatan yang dapat diakui. Apabila pencatatan dilakukan tanpa memperhatikan kemungkinan koreksi, laporan keuangan berisiko menunjukkan pendapatan yang lebih tinggi daripada nilai yang pada akhirnya diterima (Faradila, 2021).

Dari perspektif likuiditas, pending claim dapat meningkatkan risiko kesulitan pembayaran kewajiban jangka pendek. Rumah sakit perlu membiayai pembelian obat, pembayaran listrik dan air, pemeliharaan alat kesehatan, jasa tenaga medis, serta kewajiban kepada pihak ketiga. Ketika dana klaim belum cair, manajemen mungkin harus menggunakan saldo kas yang tersedia, menunda pembayaran kepada vendor, atau memanfaatkan sumber pembiayaan jangka pendek. Evaluasi terhadap klaim tertunda menunjukkan bahwa keterlambatan pembayaran dapat mengganggu pembayaran vendor, jasa tenaga kesehatan, dan pengadaan obat serta bahan medis habis pakai (Santoso & Wardhana, 2025). Keterlambatan penerimaan klaim juga dapat meningkatkan biaya administrasi rumah sakit. Berkas yang dikembalikan harus ditelusuri kembali, diperiksa, dilengkapi, dan diajukan ulang. Kegiatan tersebut membutuhkan waktu petugas casemix, koder, rekam medis, dokter, bagian keuangan, serta unit pelayanan terkait. Semakin besar jumlah klaim yang tertunda, semakin banyak tenaga dan waktu yang digunakan untuk melakukan verifikasi ulang. Dengan demikian, rumah sakit tidak hanya kehilangan kesempatan memperoleh pembayaran secara tepat waktu, tetapi juga harus menanggung biaya tambahan untuk menyelesaikan permasalahan klaim.

Pending claim dapat menimbulkan efek berantai terhadap pengadaan persediaan farmasi dan bahan medis. Rumah sakit biasanya membutuhkan dana yang berputar secara rutin untuk membeli obat, alat kesehatan, dan bahan habis pakai.

Apabila kas tertahan dalam bentuk klaim yang belum dibayarkan, kemampuan rumah sakit untuk melakukan pembelian tepat waktu dapat berkurang. Kondisi tersebut berpotensi menyebabkan keterlambatan pengadaan, penurunan tingkat persediaan, atau meningkatnya ketergantungan pada fasilitas kredit dari pemasok. Gangguan terhadap ketersediaan persediaan pada akhirnya dapat memengaruhi kesinambungan pelayanan pasien (Samba Rufus, 2016).

Implikasi finansial juga dapat dirasakan oleh tenaga kesehatan dan pegawai rumah sakit. Rumah sakit yang mengalami tekanan arus kas mungkin menghadapi kesulitan dalam membayar jasa medis, insentif, lembur, atau hak keuangan lainnya secara tepat waktu. Keterlambatan pembayaran tersebut dapat menurunkan motivasi dan kepuasan kerja tenaga kesehatan. Dalam jangka panjang, kondisi tersebut dapat memengaruhi produktivitas, stabilitas tenaga kerja, dan kualitas interaksi antara petugas dengan pasien. Penelitian mengenai dampak keterlambatan klaim menemukan adanya hubungan antara tertundanya pembayaran jasa pelayanan dengan terganggunya kinerja dan mutu pelayanan rumah sakit (Trisnawati & Afrita, 2024). Selain berdampak pada keuangan internal, pending claim dapat menghambat pengembangan rumah sakit. Investasi dalam teknologi kesehatan, renovasi ruang pelayanan, peningkatan kapasitas tempat tidur, dan pengembangan kompetensi tenaga kerja membutuhkan ketersediaan dana yang memadai. Apabila sebagian besar pendapatan rumah sakit tertahan dalam bentuk piutang klaim, manajemen dapat menunda investasi atau mengurangi skala program pengembangan. Akibatnya, rumah sakit menjadi lebih sulit meningkatkan kapasitas pelayanan dan beradaptasi terhadap kebutuhan pasien yang terus berkembang (Budisulistyo, 2024).

Strategi pertama untuk mengurangi pending claim adalah memperkuat verifikasi internal sebelum klaim diajukan. Pemeriksaan internal perlu dilakukan secara berlapis terhadap kelengkapan dokumen administrasi, kesesuaian identitas pasien, validitas SEP, kelengkapan resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, kesesuaian diagnosis dan tindakan, serta ketepatan coding. Pemeriksaan tersebut sebaiknya menggunakan daftar periksa yang seragam agar setiap berkas dinilai berdasarkan standar yang sama. Penelitian mengenai pengelolaan klaim merekomendasikan peningkatan ketelitian verifikasi dokumen dan pelaksanaan pemeriksaan silang sebelum berkas dikirimkan (Beritno, 2022).

Strategi kedua adalah meningkatkan kompetensi petugas yang terlibat dalam proses klaim. Koder, petugas casemix, tenaga rekam medis, dan staf administrasi perlu memperoleh pelatihan secara berkala mengenai regulasi JKN, ketentuan pengajuan klaim, pembaruan aturan coding, serta penggunaan sistem informasi klaim. Pelatihan perlu disertai evaluasi berbasis kasus sehingga petugas tidak hanya memahami teori, tetapi juga mampu menerapkannya pada kondisi klinis yang kompleks. Peningkatan kompetensi dapat mengurangi kesalahan berulang dan membantu rumah sakit menyesuaikan diri terhadap perubahan kebijakan pembiayaan Kesehatan (Astuti, 2024).

Strategi ketiga adalah memperbaiki koordinasi antara dokter, tenaga kesehatan, rekam medis, koder, casemix, dan bagian keuangan. Koordinasi dapat dilakukan melalui forum evaluasi klaim secara rutin untuk membahas jenis kesalahan yang paling sering terjadi, unit penyebab klaim tertunda, serta tindakan korektif yang diperlukan. Dokter penanggung jawab pelayanan harus memperoleh umpan balik apabila terdapat dokumentasi medis yang tidak lengkap atau tidak sesuai dengan tindakan yang diberikan. Sementara itu, koder perlu memiliki akses komunikasi yang cepat dengan dokter agar klarifikasi diagnosis dan tindakan dapat dilakukan sebelum klaim diajukan (Annisa, 2023).

Strategi keempat adalah menyusun dan menerapkan SOP pengelolaan klaim yang terintegrasi. SOP perlu memuat pembagian tanggung jawab setiap unit, standar kelengkapan dokumen, batas waktu penyelesaian rekam medis, tahapan verifikasi internal, prosedur perbaikan klaim, serta mekanisme pelaporan kepada manajemen. SOP juga perlu dilengkapi dengan indikator kinerja, seperti persentase pending claim, nilai klaim tertunda, waktu rata-rata penyelesaian, dan jumlah klaim yang ditolak (Afiana dkk., 2025).

Strategi kelima adalah mengoptimalkan pemanfaatan sistem informasi yang terintegrasi. Sistem informasi dapat digunakan untuk menghubungkan data pendaftaran, rekam medis elektronik, billing, coding, casemix, dan keuangan. Sistem tersebut idealnya memiliki fitur pemeriksaan otomatis, seperti peringatan apabila resume medis belum lengkap, diagnosis belum dikodekan, dokumen penunjang belum tersedia, atau terjadi perbedaan antara tanggal pelayanan dan data klaim. Manajemen juga perlu menyediakan *dashboard* yang menampilkan jumlah klaim, nilai klaim, status verifikasi, usia piutang, serta penyebab pending claim (Afif & Hakim, 2021). Dengan informasi tersebut, pimpinan dapat mengambil keputusan berdasarkan data dan memprioritaskan klaim yang memiliki nilai atau risiko finansial paling besar.

Secara keseluruhan, implikasi finansial pending claim tidak terbatas pada keterlambatan penerimaan pembayaran, tetapi juga mencakup peningkatan piutang, menurunnya likuiditas, bertambahnya biaya administrasi, terganggunya pengadaan, keterlambatan pembayaran tenaga kesehatan, dan terhambatnya pengembangan rumah sakit. Oleh karena itu, pengelolaan klaim perlu ditempatkan sebagai bagian dari strategi manajemen keuangan dan pengendalian mutu pelayanan. Rumah sakit perlu mengombinasikan verifikasi internal, peningkatan kompetensi, koordinasi antarunit, SOP yang jelas, dan sistem informasi terintegrasi. Pendekatan tersebut diharapkan dapat mempercepat penyelesaian klaim, memperbaiki siklus penerimaan kas, mengurangi risiko kerugian, dan menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi peserta JKN.

Kesimpulan

Manajemen klaim BPJS Kesehatan merupakan bagian penting dalam menjaga keberlangsungan operasional dan stabilitas keuangan rumah sakit. Proses klaim melibatkan berbagai tahapan, mulai dari pencatatan pelayanan, kelengkapan dokumen administrasi, dokumentasi medis, pengodean diagnosis dan tindakan, verifikasi internal, hingga pengajuan kepada BPJS Kesehatan. Pending claim umumnya disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen administrasi, resume medis yang tidak memadai, ketidaksesuaian diagnosis dan tindakan, kesalahan coding, keterbatasan kompetensi petugas, lemahnya koordinasi antarunit, serta permasalahan integrasi sistem informasi.

Pending claim memiliki implikasi finansial yang signifikan bagi fasilitas kesehatan. Klaim yang tertunda menyebabkan penerimaan kas rumah sakit terlambat, meningkatkan saldo piutang, memperpanjang periode penagihan, dan menurunkan likuiditas. Kondisi tersebut dapat menghambat pembayaran kepada pemasok, pengadaan obat dan bahan medis, pembayaran jasa tenaga kesehatan, serta pembiayaan operasional lainnya. Selain itu, proses perbaikan dan pengajuan ulang klaim menimbulkan biaya administrasi tambahan dan dapat menghambat rencana investasi serta pengembangan pelayanan rumah sakit. Untuk mengurangi pending claim, rumah sakit perlu menerapkan strategi pengelolaan klaim secara menyeluruh dan berkelanjutan. Strategi tersebut meliputi penguatan verifikasi internal, peningkatan kompetensi koder dan tim casemix, kelengkapan dokumentasi medis, koordinasi yang lebih efektif antara tenaga medis dan unit administrasi, penerapan SOP yang terintegrasi, serta pemanfaatan sistem informasi yang mampu memantau status dan kelengkapan klaim. Dengan pengelolaan yang lebih terstruktur, rumah sakit dapat mempercepat pembayaran klaim, menjaga stabilitas arus kas, mengurangi risiko kerugian, dan mempertahankan mutu pelayanan kesehatan bagi peserta JKN.

Daftar Rujukan

- Afiana, Y. T., Atik, N. S., & Wahyuningsih, N. T. A. (2025). HUBUNGAN BRAND IMAGE DENGAN PROSES PENGAMBILAN KEPUTUSAN PASIEN NON BPJS DALAM MENGGUNAKAN LAYANAN KESEHATAN PADA INSTALASI RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT “X” SEMARANG. *Journal of Health Care Education*, 4(2), 1–9.
- Afif, Y., & Hakim, A. L. (2021). Peranan Serikat Pekerja Terhadap Pelaksanaan Regulasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Pabrik Gula Kebon Agung. *Journal of Islamic Economics Development and Innovation (JIEDI)*, 1(1), 48–57.
- Annisa, F. N. (2023). Analisis Pasal 28 H UUD 1945 (Pelayanan Kesehatan) Melalui BPJS. *Proceeding Legal Symposium*, 1. <https://doi.org/10.18196/pls.v1i1.108>
- Astuti, E. K. (2024). PERAN BPJS KESEHATAN DALAM MEWUJUDKAN HAK ATAS PELAYANAN KESEHATAN BAGI WARGA NEGARA INDONESIA. *JPeHI (Jurnal Penelitian Hukum Indonesia)*, 1(02). <https://doi.org/10.61689/jpehi.v1i02.149>

- Beritno, P. (2022). PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP TENAGA KERJA YANG TIDAK MENDAPATKAN BPJS KETENAGAKERJAAN. *Jurnal Ilmu Hukum Tambun Bungai*, 7(1), 83–97. <https://doi.org/10.61394/jihtb.v7i1.220>
- Budisulistyo, T. (2024). Mekanisme Rujukan Fasilitas Layanan Kesehatan BPJS di Indonesia Ditinjau Dari Aspek UUD 1945 Dan UU Perlindungan Konsumen. *Proceeding Masyarakat Hukum Kesehatan Indonesia*, 1(01), 404–412.
- Eliyah, E., & Aslan, A. (2025). STAKE'S EVALUATION MODEL: METODE PENELITIAN. *Prosiding Seminar Nasional Indonesia*, 3(2), Article 2.
- Faradila, D. (2021). TINJAUAN YURIDIS HAK PASIEN PESERTA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN YANG BERSISTEM RUJUKAN BERJENJANG [Masters, UNIVERSITAS HASANUDDIN]. <https://repository.unhas.ac.id/id/eprint/5575/>
- Luthfiana, U. (2016). PERLINDUNGAN HUKUM TERHADAP PEKERJA/BURUH PENERIMA UPAH DALAM SUATU PERUSAHAAN YANG TIDAK DIKUTSERTAKAN DALAM KEANGGOTAAN BPJS KETENAGAKERJAAN DITINJAU DARI UNDANG-UNDANG NOMOR 24 TAHUN 2011 TENTANG BPJS. *PROGRESIF: Jurnal Hukum*, 10(1). <https://doi.org/10.33019/progresif.v10i1.181>
- Madakusuma, A. R., Hatta, G., & Hutapea, F. (2025). Analisis penyebab klaim tunda pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RS Islam Jakarta Sukapura tahun 2023. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI)*, 9(1), 40–57.
- Malik, A. A. (2019). Implementasi kebijakan diskresi pada pelayanan kesehatan badan penyelenggara jaminan kesehatan (bpjs). *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 8(1), 1–8.
- Mani, N. (2019). PERLINDUNGAN HUKUM BAGI PEKERJA DI PERUSAHAAN YANG TIDAK MEMBAYAR IURAN BPJS KETENAGAKERJAAN. *Jurnal Media Iuris*, 2(3). <https://repository.ubaya.ac.id/35612/>
- Muthoharoh, D. A. N., & Wibowo, D. A. (2021). Return to Work sebagai Bentuk Jaminan Kecelakaan Kerja di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan. *Jurnal Hukum Lex Generalis*, 1(2), 1–21. <https://doi.org/10.56370/jhlg.v1i2.82>
- Nur Waldy, G., & Inayah S. H., M. H. (2019). Implementasi Hubungan Kerja Antara Rumah Sakit Dengan Bpjs Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional [S1, Universitas Muhammadiyah Surakarta]. <https://eprints.ums.ac.id/70880/>
- Putra, E. A. M., Bahri, P. R., Ananda, S. R., & Safitri, B. R. A. (2024). Pelayanan Publik dalam Pelaksanaan Perlindungan Warga Negara melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *Indonesia Berdaya*, 5(2), 749–764. <https://doi.org/10.47679/ib.2024805>
- Putra, M. F., Ginting, B., Purba, H., & Barus, U. M. (2015). Pertanggung Jawaban Bpjs Ketenagakerjaan terhadap Penyelenggaraan Jaminan Sosial Bagi Peserta Eks Jamsostek. *USU Law Journal*, 3(3), 161–174.
- Putri, K. K., & Koto, I. (2024). Akibat Hukum Terhadap Perusahaan Terhadap Tunggakan Jaminan Sosial BPJS Ketenagakerjaan. *EduYustisia*, 3(2), 16–20.
- Samba Rufus, E. (2016). PELAKSANAAN BPJS KETENAGAKERJAAN PROGRAM JAMINAN HARI TUA (JHT) DI PT. YOGYA PRESISI TEHNIKTAMA INDUSTRI (YPTI) DI YOGYAKARTA. 1–12.

- Sangidu, S. (2026). *Analisa Digitalisasi Pelayanan Rawat Jalan Pasien BPJS Kesehatan Di RSUD Jombang* [PhD Thesis, Universitas STRADA Indonesia]. <http://repository.strada.ac.id/id/eprint/1352/>
- Santoso, R. Y., & Wardhana, E. S. P. W. (2025). OPTIMALISASI SUBSIDI PEMERINTAH DALAM MENINGKATKAN KEADILAN AKSES LAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT KURANG MAMPU: TINJAUAN ATAS PROGRAM BPJS KESEHATAN 2025. *NETIZEN: JOURNAL OF SOCIETY AND BUSSINESS*, 1(9), 433–444.
- Trisnawati, M., & Afrita, I. (2024). Dampak Sistem Rujukan Berjenjang dan Solusi Pemecahannya Bagi Pasien Peserta BPJS Kesehatan Di Kota Pekanbaru. *Innovative: Journal Of Social Science Research*, 4(1), 7854–7864. <https://doi.org/10.31004/innovative.v4i1.8774>
- Widiastuti, I. (2017). PELAYANAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN DI JAWA BARAT. *Public Inspiration : Jurnal Administrasi Publik*, 2(2), 91–101. <https://doi.org/10.22225/pi.2.2.2017.91-101>
- Yuditia, A., Hidayat, Y., & Achmad, S. (2021). Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Oleh Bpjs Berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Jurnal Magister Ilmu Hukum*, 6(1), 43–61.
- Yusuf, F. M., & Thohari, A. A. (2024). Konsekuensi Hukum terhadap Perusahaan dan Tenaga Kerja Akibat Ketidapatuhan dalam Pembayaran Iuran BPJS Ketenagakerjaan. *JURNAL USM LAW REVIEW*, 7(3), 1674–1689. <https://doi.org/10.26623/julr.v7i3.10653>
- Zed, M. (2008). *Metode Penelitian Kepustakaan*. Yayasan Pustaka Obor Indonesia.