

FAKTOR-FAKTOR ADMINISTRASI PEMICU DISPUTE KLAIM BPJS KESEHATAN DI FASILITAS KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN (FKRTL): LITERATURE REVIEW

Ramadhanty Brillyantari¹, Dewi Purnamawati²

Faculty of Public Health, Universitas Muhammadiyah Jakarta, Jakarta, Indonesia

Email : ramadhantydira@gmail.com¹, dewi.purnamawati@umj.ac.id²

ABSTRAK

Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia mengharuskan adanya efisiensi dalam pengelolaan administrasi klaim pada setiap Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Namun, proses klaim yang kompleks sering kali memicu dispute atau pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan, yang berimplikasi pada gangguan arus kas dan efisiensi operasional rumah sakit. Kajian ini disusun sebagai literature review naratif-terstruktur dengan menelaah lebih dari 10 artikel yang relevan mengenai faktor-faktor administratif yang menjadi pemicu utama terjadinya dispute klaim BPJS Kesehatan di FKRTL serta memberikan implikasi manajerial bagi manajemen rumah sakit. Hasil Tinjauan literatur menunjukkan bahwa faktor administratif yang berperan sebagai pemicu dispute klaim mencakup: (1) rendahnya kualitas dan kelengkapan dokumentasi rekam medis oleh tenaga medis, (2) ketidakakuratan pengodean diagnosis (ICD-10) dan prosedur (ICD-9-CM), (3) keterbatasan kompetensi SDM di unit coding dan verifikasi, (4) hambatan pada integrasi sistem informasi manajemen (SIMRS) dengan aplikasi V-Claim, serta (5) minimnya kepatuhan terhadap regulasi dan Perjanjian Kerja Sama (PKS) yang dinamis. Review ini menyimpulkan bahwa Dispute klaim di FKRTL merupakan permasalahan yang memerlukan pendekatan manajemen terpadu. Implikasi manajerial yang krusial meliputi penguatan kolaborasi lintas profesi antara dokter dan koder, peningkatan kompetensi SDM melalui pelatihan berkelanjutan, digitalisasi sistem informasi yang seamless, serta penguatan mekanisme audit internal sebagai langkah mitigasi risiko finansial. Temuan ini menegaskan bahwa optimalisasi revenue cycle management melalui perbaikan administratif adalah prasyarat mutlak bagi keberlanjutan pelayanan kesehatan di era JKN.

Kata Kunci: Dispute Klaim, Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan, INA-Cbgs, Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, FKRTL.

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan merupakan inisiatif pemerintah untuk menjamin akses layanan kesehatan yang layak bagi masyarakat (Soliha, 2022). Berlandaskan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 dan resmi beroperasi sejak 1 Januari 2014, program ini telah menjadi pilar utama dalam sistem perlindungan kesehatan bagi seluruh warga negara (Situmorang, 2026). Dalam operasionalnya, BPJS Kesehatan membangun kemitraan strategis dengan berbagai penyedia layanan, baik pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) (Permenkes, 2014).

Sebagai bagian dari Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), rumah sakit umum maupun khusus memegang peranan vital dalam menyediakan layanan medis spesialisistik hingga sub-spesialisistik. Dalam mendukung keberlangsungan pelayanan tersebut, rumah sakit berhak mengajukan klaim biaya perawatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Sistem pembayaran yang digunakan adalah Indonesia Case Based Groups (INA-CBGs), yaitu metode pembiayaan berbasis pengelompokan diagnosis dan prosedur medis yang disesuaikan dengan profil klinis serta tingkat keparahan kondisi pasien. (Ariskusnadi, 2020).

Pengajuan klaim merupakan prosedur administratif yang rumit, mencakup tahapan serah terima berkas, pengodean diagnosis menggunakan ICD-10 dan ICD-9-CM, hingga verifikasi oleh pihak BPJS Kesehatan untuk memastikan validitas dan kelengkapan dokumen (Ariskusnadi, 2020). Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2018, pengelolaan administrasi klaim mencakup aspek kepesertaan, pelayanan medis, dan administrasi umum. Dalam praktiknya, proses ini kerap menghadapi kendala berupa temuan ketidaksesuaian atau ketidaklengkapan data. Apabila hal tersebut terjadi, berkas akan dikembalikan ke rumah sakit untuk perbaikan, yang pada akhirnya berisiko menghambat proses pencairan dan pembayaran klaim (BPJS Kesehatan, 2018). Pengembalian berkas biasanya disebabkan oleh persyaratan yang belum lengkap atau adanya poin pada dokumen yang tidak terisi dengan benar. Kondisi ini menggambarkan bahwa tantangan dalam klaim administrasi bukan sekedar masalah teknis penginputan, melainkan melibatkan akurasi dokumentasi rekam medis hingga koordinasi antarbagian di fasilitas Kesehatan (Ariskusnadi, 2020).

Bagi program studi Magister Administrasi Rumah Sakit, topik ini relevan karena sebagai manajer rumah sakit pemahaman mendalam mengenai dinamika dispute klaim BPJS Kesehatan sangat diperlukan karena masalah tersebut bukan sekedar isu teknis administratif, melainkan sebuah kompetensi manajerial yang strategis. Dalam konteks manajemen rumah sakit modern, efisiensi siklus pendapatan (*revenue cycle management*) menjadi kunci utama keberlanjutan operasional dan kualitas pelayanan klinis. Ketidakkampuan dalam memitigasi dispute klaim tidak hanya berdampak pada terganggunya arus kas (*cash flow*) yang krusial bagi likuiditas rumah sakit, tetapi juga mencerminkan tantangan dalam tata kelola SDM, integrasi sistem informasi, serta kepatuhan terhadap regulasi yang dinamis. Oleh karena itu, pengkajian topik ini menjadi sangat krusial bagi para calon pemimpin rumah sakit untuk mengembangkan strategi manajerial yang berbasis bukti (*evidence-based management*), guna menyelaraskan efisiensi administratif dengan standar mutu pelayanan yang tetap optimal dalam ekosistem JKN.

METODE PENELITIAN

Tulisan ini menggunakan pendekatan literature review naratif-terstruktur. Sumber dipilih dari artikel jurnal tahun 2021–2026, dengan fokus pada kata kunci: Dispute klaim, Jaminan Kesehatan nasional, BPJS Kesehatan, INA-CBGs, Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, FKRTL. Artikel yang diprioritaskan adalah studi yang membahas rumah sakit atau sistem klaim BPJS rumah sakit, baik berupa systematic review, scoping review, studi empiris kuantitatif, maupun evaluasi kebijakan. Dari hasil penyaringan, dipilih lebih dari 10 artikel inti yang paling relevan untuk menjelaskan faktor-faktor Dispute Klaim BPJS.

Penelitian ini menggunakan 15 artikel jurnal ilmiah sebagai sumber data primer. Penentuan literatur dilakukan melalui teknik purposive sampling dengan menitikberatkan pada keselarasan topik, relevansi terhadap tujuan penelitian, serta keterkaitannya dengan penerapan standar akuntansi di lingkungan rumah sakit.

Tahap analisis dilakukan dengan cara membandingkan, mengaitkan, dan mengintegrasikan hasil penelitian yang memiliki kesamaan maupun perbedaan temuan. Melalui proses ini, dapat diidentifikasi pola implementasi, faktor-faktor yang memengaruhi, serta kecenderungan praktik yang berkembang dalam pengelolaan dan pengurusan klaim bpjs tetap pada rumah sakit. Selain itu, analisis juga mempertimbangkan perbedaan

pendekatan dalam penerapan depresiasi, baik yang dipengaruhi oleh kebijakan internal maupun regulasi yang berlaku. Dengan pendekatan tersebut, penelitian ini menghasilkan kajian yang bersifat integratif dan sistematis mengenai faktor-faktor kejadian Dispute klaim BPJS yang terjadi pada rumah sakit di Indonesia. Metode ini bertujuan untuk memberikan penjelasan yang lengkap mengenai kondisi asli di lapangan serta menjadi dasar dalam pengembangan penelitian selanjutnya di bidang manajemen sektor kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil kajian terhadap 15 artikel menunjukkan bahwa dispute klaim di FKRTL merupakan fenomena multifaktorial yang berakar pada ketidaksiapan sistem administratif rumah sakit dalam memenuhi regulasi verifikasi yang dinamis.

No	Penulis (Tahun)	Metode	Hasil
1	Amani & Puji Lestari (2025)	Kuantitatif (Deskriptif, Cross-sectional)	Faktor yang berperan: Standar pelayanan (2.866 kasus), diikuti kaidah coding (146 kasus), dan kelengkapan administrasi (52 kasus).
2	Anwar et al. (2025)	Kuantitatif (Deskriptif)	Faktor yang berperan: Aspek coding (55%), diikuti aspek administrasi (26%), dan aspek medis (19%).
3	Ariesando et al. (2024)	Kualitatif (Wawancara, Observasi)	Faktor internal (man, method, material, machine seperti kesalahan input data) dan faktor eksternal (perubahan regulasi KMK yang dinamis). Contoh spesifik: ketidaklengkapan berkas penunjang dan ketidaksesuaian coding pada aplikasi E-Klaim.
4	Elisabrina et al. (2026)	Kuantitatif (Deskriptif)	Faktor yang berperan: Aspek administrasi (OR 4,629), disusul aspek medis, aspek coding, dan episode rawat jalan.
5	Hikmah et al. (2026)	Kuantitatif (Deskriptif)	Faktor yang berperan: Aspek coding (79-81%), diikuti aspek administrasi (15-16%), dan aspek medis (3-4%).
6	Khasanah et al. (2025)	Literature Review	Ketidaklengkapan berkas, ketidaktepatan coding, ketiadaan SOP
7	Kurnia et al. (2023)	Literature review	Unsur Manajemen 5M (Man, Method, Material, Machine, Money)
8	Larasty et al, (2023)	Kuantitatif (Deskriptif)	Administrasi Pelayanan (57%) & Administrasi Kesehatan/Koding (43%)
9	Purwanti et al. (2026)	Literature Review	Administrasi, Koding, Medis, SDM
10	Suhadi (2022)	Kualitatif (Studi Kasus)	Tidak lengkapnya berkas, berkas klaim sedang proses perbaikan, adanya tunggakan iuran peserta, serta defisit anggaran pada pihak BPJS.
11	Putri et all. (2025)	Literature Review	Ketidaklengkapan berkas (resume medis dan dokumen klaim), serta ketidaksesuaian dalam proses coding.

			Faktor ini mencakup faktor administrasi peserta, administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan, dan verifikasi software.
12	Sihite et al. (2023)	Kualitatif (Studi Kasus)	1. Administratif (4%): Ketidaklengkapan berkas pendukung seperti laporan tindakan, prosedur/operasi, dan hasil pemeriksaan. 2. Koding (48%): Ketidaksesuaian kode diagnosis utama/sekunder dengan dokumen pendukung di resume medis. 3. Medis (48%): Indikasi medis tidak lengkap, hasil scan dokumen tidak terbaca, jadwal pemberian obat tidak dilampirkan, serta ketidaksesuaian tindakan/obat dengan diagnosis utama.

1. Klasifikasi Faktor Administratif yang menyebabkan dispute Klaim

a. Faktor Dokumentasi Klinis dan Rekam Medis

Faktor yang paling berperan memicu dispute adalah kualitas dokumentasi rekam medis. Ketidaklengkapan resume medis, minimnya tanda tangan DPJP, serta ketidaksesuaian antara catatan klinis dengan diagnosis akhir menjadi celah utama yang dimanfaatkan verifikator BPJS Kesehatan untuk mengembalikan berkas. Hal ini mengindikasikan adanya kendala pada budaya dokumentasi di level klinis, di mana tenaga medis sering kali belum memandang kelengkapan administratif rekam medis sebagai bagian integral dari tanggung jawab profesional mereka dalam menjaga kesinambungan pendanaan rumah sakit (Suhadi, 2022).

Berdasarkan peraturan BPJS Kesehatan No. 7 tahun 2018 tentang tata Kelola administrasi klaim fasilitas Kesehatan, verifikasi klaim dilaksanakan mulai dari tahap kelengkapan berkas hingga pemeriksaan kesesuaian data, meliputi identitas peserta, prosedur Tindakan, dokumen penunjang, serta tagihan rumah sakit (BPJS Kesehatan, 2018).

BPJS Kesehatan akan menolak berkas klaim rumah sakit yang tidak lengkap pada saat proses verifikasi. Masalah ketidaklengkapan ini dapat terjadi dipicu oleh beberapa factor, seperti ketidaktelitian dalam pengisian rekam medis, tingginya beban kerja petugas, serta minimnya pengawasan. Hambatan tersebut mempersulit petugas klaim dalam Menyusun dokumen. Sebagai solusinya, petugas klaim biasanya melakukan konfirmasi dan koordinasi ulang dengan tenaga medis terkait dokter dan perawat yang menangani pasien untuk memperbaiki data rekam medis tersebut. (Suhadi, 2022)

Penelitian oleh Anwar dkk (2025) menunjukkan bahwa factor administrasi menjadi penyebab utama pending klaim rawat inap di RSUD kanjuruhan, kabupaten Malang. Masalah ini didominasi oleh ketidaklengkapan dokumen penunjang (75%) dan dokumen klaim secara umum (25%). Secara spesifik, hambatan tersebut meliputi ketidaklengkapan softcopy berkas, kesulitan scan yang kurang jelas, serta belum dilampirkannya berbagai dokumen krusial seperti rincian billing (perawatan dan obat), nomor LP, register TB, serta beragam hasil penunjang medis seperti laporan operasi, Tindakan persalinan, bukti transfuse darah, dan hasil pemeriksaan radiologi atau laboratorium (USG, CT Scan, Bronkoskopi)

(Anwar, 2025). Hasil tersebut juga serupa dengan studi yang dilakukan oleh Elisabrina, dkk (2026), dimana studi ini menganalisa faktor terjadinya klaim pending Di RS Panti Waluyo Yakkum Surakarta menyatakan bahwa salah satu penyebab klaim pending adalah tidak lengkapnya dokumen pendukung, seperti pada kasus dengan diagnosis PPOK seringkali ketidaklengkapan hasil pemeriksaan penunjang belum dilampirkan. Kasus PPOK harus disertai dengan hasil pemeriksaan penunjang yaitu spirometri. Pemeriksaan spirometri ini untuk mengukur volume dan kecepatan aliran udara saat bernapas (inspirasi/ekspirasi) guna mendiagnosis gangguan pernapasan seperti PPOK, asma, fibrosis, atau efek merokok dan seberapa baik paru-paru tersebut dapat bekerja sehingga menguatkan diagnosis yang dicantumkan. Penyebab klaim pending pada aspek administrasi terjadi karena human error, dimana petugas kurang teliti dalam melihat kelengkapan berkas pasien untuk pengajuan klaim. Proses administrasi sangat kompleks, apabila berkas yang dilampirkan tidak lengkap (Elisabrina, 2026). Proses verifikasi administrasi layanan kesehatan mengikuti standar BPJS Kesehatan (2018), yang menekankan pentingnya memastikan berkas klaim memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan. Dokumentasi yang tidak lengkap akan mengharuskan berkas dikembalikan ke rumah sakit untuk dikoreksi. Lebih lanjut, kewenangan medis yang diberikan oleh direktur rumah sakit berfungsi sebagai referensi utama untuk menentukan kesesuaian prosedur dan spesialisasi operator dengan bukti yang dilampirkan (BPJS Kesehatan, 2018). Dalam praktiknya, ketidaksesuaian dokumen sering terjadi dalam kasus ketidaksesuaian antara input tarif dan penagihan, ringkasan medis yang tidak mencantumkan status pemulangan pasien, dan tidak adanya dokumen pendukung seperti hasil laboratorium, lembar pemantauan, rontgen, atau laporan pembedahan. Kelengkapan dokumen pendukung ini sangat penting karena merupakan bukti dari serangkaian pemeriksaan medis yang menjadi dasar diagnosis; ketidakhadirannya secara otomatis mengharuskan verifikator untuk mengembalikan berkas untuk dilengkapi. Temuan penelitian dari Larasty dkk. (2023) menekankan kerentanan ini, di mana meskipun tingkat kepatuhan terhadap SEP, SPRI, dan rincian biaya perawatan mencapai 100%, serta lembar pasien individu sebesar 96,4% dan resume medis sebesar 89,3%, persentase terendah ditemukan pada kategori bukti pendukung dan bukti pendukung lainnya yang hanya mencapai 57,1%, menjadikannya faktor utama yang menyebabkan keterlambatan dalam proses klaim (Larasty, 2023).

b. Faktor Akurasi Coding (Koding)

Akurasi pengodean (coding) diagnosis menggunakan ICD-10 dan prosedur menggunakan ICD-9-CM muncul sebagai pemicu dispute teknis yang signifikan. Literatur menyoroti bahwa ketidaktepatan kode bukan sekadar masalah teknis, melainkan cerminan dari rendahnya kompetensi serta kurangnya pemahaman koder terhadap pembaruan regulasi coding yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Dalam perspektif manajemen, ketergantungan pada koder yang tidak tersertifikasi atau kurang mendapatkan pelatihan berkelanjutan berdampak langsung pada ketidaksiapan berkas klaim saat menjalani verifikasi software INA-CBGs. Oleh karena itu, penguatan kompetensi SDM di bagian koding bukan lagi menjadi pilihan, melainkan sebuah kebutuhan strategis agar rumah sakit mampu meminimalisir risiko klaim yang tertolak atau tertunda.

Sebuah literatur yang dilakukan oleh Khasanah, dkk (2025) menyatakan bahwa ketidaktepatan kode diagnosis sebagai faktor kedua penyebab klaim pending BPJS. Ketidaktepatan kode diagnosis dapat disebabkan oleh beberapa faktor antara lain persepsi koding dari pihak rumah sakit dengan pihak BPJS berbeda, ketidaksesuaian antara indikasi pasien dengan diagnosis utama, kode kombinasi yang seharusnya menggunakan aturan kode

gabungan tetapi dikode sendiri-sendiri, contoh kasus jika terdapat pasien dengan diagnosis HHD / hypertensive heart disease (I11.9) disertai CKD / chronic kidney disease (N18.9) maka kodenya menjadi (I13.9). Dapat disimpulkan bahwa ketepatan koding merupakan faktor yang sangat penting, untuk meningkatkannya diperlukan persamaan persepsi koding antara pihak rumah sakit dengan pihak BPJS, dan perlu diadakan semacam pelatihan terkait koding untuk memantapkan skill petugas koding (Khasanas, 2025).

Studi yang dilakukan oleh Amani, dkk (2025) juga sependapat menyatakan bahwa penyebab penundaan klaim yang terkait dengan kaidah koding muncul karena adanya ketidakharmonisan antara petugas koding di rumah sakit dan pihak verifikator dari BPJS Kesehatan terkait penentuan kode diagnosis dan tindakan. Koder Rumah Sakit X dan verifikator BPJS kesehatan sering kali berbeda pendapat mengenai data pasien, khususnya dalam mengidentifikasi diagnosis utama dan tindakan medis yang sesuai, terutama pada kasus-kasus yang kompleks atau diagnose ganda. Jika resume medis tidak lengkap, akan menyulitkan koder dalam menentukan kode yang akurat, dan verifikator BPJS kesehatan mungkin akan menganggap bahwa informasi di resume medis tidak mencukupi untuk memvalidasi klaim (Amani, 2025).

Kesalahan pengodean sering kali dipicu oleh intervensi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) yang mengarahkan manajer kasus untuk menggunakan kode diagnosis tertentu demi mendapatkan besaran nilai klaim yang sudah diketahui sebelumnya, meskipun kode tersebut tidak sesuai dengan diagnosis klinis sebenarnya. Praktik ini berisiko menyebabkan penolakan saat verifikasi, mengingat pihak verifikator BPJS memiliki kewenangan penuh untuk menilai kesesuaian antara kode diagnosis dengan tindakan medis yang dilakukan. Akibatnya, unit penjaminan di rumah sakit harus melakukan koordinasi ulang dengan DPJP untuk memperbaiki pengodean agar berkas klaim dapat segera diproses dan dipublikasikan (Putri, 2025).

c. Faktor Kompetensi dan Kinerja SDM

Faktor kompetensi dan kinerja sumber daya manusia (SDM) menjadi pilar krusial yang menentukan keberhasilan siklus administrasi klaim di FKRTL, karena proses klaim INA-CBGs sangat bergantung pada interpretasi manusia terhadap data klinis dan regulasi yang dinamis. Dalam banyak literatur, ketidakmampuan koder dalam melakukan pengodean yang akurat, baik dalam pemilihan kode diagnosis (ICD-10) maupun prosedur (ICD-9-CM) sering kali menjadi penyebab utama dispute klaim. Kompetensi koder tidak hanya diukur dari pemahaman medis dasar, tetapi juga dari kemampuannya untuk tetap up-to-date terhadap perubahan aturan coding dari BPJS Kesehatan serta pedoman klasifikasi penyakit yang sering mengalami penyesuaian. Koder yang memiliki pemahaman minim mengenai standar koding yang berlaku akan cenderung melakukan kesalahan interpretasi, yang berujung pada ketidakcocokan antara diagnosis medis dengan tarif yang diklaim, sehingga memicu penolakan berkas oleh sistem verifikasi BPJS (Putri, 2025).

Selain kompetensi teknis, kinerja verifikator internal rumah sakit memegang peranan strategis sebagai lini pertahanan terakhir sebelum berkas diserahkan kepada pihak BPJS Kesehatan. Kinerja yang rendah pada tahap verifikasi internal dimana petugas gagal mengidentifikasi ketidaklengkapan dokumen atau ketidaksesuaian administrasi kepesertaan menunjukkan adanya celah dalam koordinasi dan pengawasan internal. SDM yang memiliki beban kerja berlebih (overload) atau kurangnya pelatihan berkelanjutan cenderung mengabaikan aspek detail dalam kelengkapan berkas rekam medis, seperti tanda tangan DPJP, informed consent, atau catatan harian perawatan.

Beberapa literatur juga menegaskan bahwa kesenjangan antara kebijakan manajerial dan eksekusi di level staf merupakan faktor yang sering luput dari perhatian. Meskipun rumah sakit mungkin telah memiliki sistem informasi yang canggih, efektivitas sistem tersebut tetap bergantung sepenuhnya pada ketelitian, ketepatan, dan kejujuran SDM dalam menginput data. Rendahnya motivasi atau kurangnya pemahaman staf mengenai dampak finansial dari setiap berkas klaim yang dispute terhadap stabilitas rumah sakit juga menjadi tantangan tersendiri bagi pimpinan. Oleh karena itu, penguatan kompetensi SDM melalui pelatihan rutin, pembaruan sertifikasi koder, dan pembentukan tim quality assurance internal menjadi investasi strategis. Peningkatan kinerja SDM bukan hanya sekadar mengenai keterampilan administratif, tetapi juga membangun kesadaran kolektif bahwa kualitas klaim adalah cerminan dari profesionalisme pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit tersebut (Suhadi, 2022).

Sebuah studi literatur yang dilakukan oleh Kurnia dkk. (2023) melalui analisis lima jurnal mengidentifikasi hambatan dalam sumber daya manusia, khususnya terkait dengan administrasi yang tidak lengkap dan penulisan diagnosis serta rekam medis yang tidak jelas oleh dokter. Padahal, setiap tenaga medis memiliki kewajiban profesional untuk mendokumentasikan diagnosis dan prosedur secara akurat, detail, tanpa singkatan yang membingungkan, dan untuk memverifikasinya secara resmi, mengingat dokumentasi tersebut merupakan persyaratan mutlak dalam proses penggantian biaya pasien. Mengingat pemahaman staf yang terbatas tentang penulisan dokter, diperlukan langkah-langkah mitigasi berupa sosialisasi mengenai pengkodean berkas klaim yang melibatkan pengkode, verifikator BPJS, dan dokter spesialis terkait. Lebih lanjut, peningkatan kompetensi pengkode melalui partisipasi aktif dalam pelatihan dan seminar merupakan langkah penting untuk meningkatkan kualitas pengkodean dan meminimalkan kesalahan administrasi klaim (Kurnia, 2023).

d. Faktor Sistem Informasi dan Integrasi Data

Faktor sistem informasi dan integrasi data memegang peranan penting dalam proses klaim BPJS Kesehatan di FKRTL, dimana keberhasilan pengajuan klaim sangat bergantung pada kelancaran alur pertukaran informasi digital antara rumah sakit dan pihak verifikator eksternal. Dalam era digitalisasi kesehatan, sistem informasi yang tidak terintegrasi secara seamless sering menjadi titik lemah yang memicu dispute. Kesenjangan ini sering terjadi ketika data klinis yang tersimpan dalam Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) tidak selaras dengan format data yang dipersyaratkan dalam aplikasi V-Claim atau E-Klaim BPJS Kesehatan. Ketidakesesuaian ini bukan sekadar masalah teknis perangkat lunak, melainkan cerminan dari lemahnya interoperabilitas sistem, yang menyebabkan duplikasi data, kesalahan entri manual, atau hilangnya informasi krusial saat proses migrasi data dari rekam medis elektronik menuju berkas klaim digital (Larasty, 2023).

Ketergantungan terhadap stabilitas jaringan dan efektivitas aplikasi pihak ketiga menempatkan rumah sakit pada posisi rentan terhadap kendala sistem yang bersifat eksternal maupun internal. Literatur menunjukkan bahwa sering terjadi hambatan pada proses input data yang tidak real-time, dimana keterlambatan transmisi data antarunit seperti dari unit pelayanan medis ke unit koding menyebabkan akumulasi beban kerja yang berdampak pada risiko kesalahan input (human error). Selain itu, sistem informasi yang belum mampu memvalidasi kelengkapan berkas secara otomatis sebelum data dikirimkan (pre-submission validation) membuat verifikator rumah sakit sering kali luput mendeteksi ketidaklengkapan dokumen secara dini. Sistem yang tidak cerdas dalam melakukan deteksi dini terhadap ketidaksesuaian kode diagnosis dengan prosedur klinis secara otomatis

(automatic flagging) sering kali menjadi penyebab berkas ditolak secara massal oleh verifikator BPJS karena ketidaksesuaian aturan main yang tertanam dalam sistem mereka (Larasty, 2023).

Lebih dari sekadar aspek teknis, manajemen sistem informasi dan integrasi data juga menuntut tata kelola IT yang adaptif terhadap perubahan regulasi yang sering dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Setiap adanya pembaruan kebijakan atau perubahan aturan main pada software INA-CBGs menuntut rumah sakit untuk melakukan penyesuaian sistem secara cepat; kegagalan dalam melakukan pembaruan ini akan menyebabkan berkas klaim dianggap invalid oleh sistem verifikasi pusat. Oleh karena itu, bagi manajemen rumah sakit, investasi pada sistem informasi yang mampu menjamin integritas, akurasi, dan kecepatan transmisi data bukan lagi merupakan biaya operasional semata, melainkan instrumen strategis dalam memitigasi risiko finansial. Penguatan integrasi data ini harus didukung dengan infrastruktur IT yang memadai serta protokol back-up yang kuat, guna memastikan bahwa kendala pada sistem informasi tidak lagi menjadi pemicu dispute klaim yang dapat menghambat arus kas dan keberlangsungan operasional rumah sakit (Suhadi, 2022).

Berdasarkan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim (2014), perangkat lunak verifikasi merupakan langkah validasi atas tagihan INA-CBGs rumah sakit dengan mencocokkan sistem entri data dengan dokumen pendukung serta lembar kerja pengumpulan. Proses ini bertujuan untuk memverifikasi keselarasan antara data yang dimasukkan dengan bukti pelayanan yang ada. Melalui tahapan ini, tim verifikator dapat menentukan status akhir klaim, yaitu apakah klaim tersebut dinyatakan layak, tidak layak secara administratif, atau berstatus tertunda (pending) setelah seluruh proses administrasi selesai dilakukan. Menurut studi literatur yang telah dilakukan oleh Putri FA, dkk (2025) didapatkan 9 artikel yang telah dianalisis, menyatakan seluruh rumah sakit yang menjadi lokasi penelitian pada artikel mengalami klaim pending yang disebabkan karena ketidaksesuaian dalam persyaratan klaim kepada verifikator BPJS Kesehatan (Putri, 2025).

2. Implikasi Manajerial dan Operasional untuk Rumah sakit

Dispute klaim BPJS Kesehatan di FKRTL memiliki implikasi yang luas dan mendalam bagi keberlangsungan organisasi rumah sakit. Implikasi pertama dan yang paling mendasar adalah gangguan pada arus kas (cash flow) dan stabilitas finansial. Mengingat sistem pembayaran INA-CBGs sangat bergantung pada klaim yang jelas dan bersih, setiap berkas yang dikembalikan (dispute) berarti tertundanya penerimaan pendapatan rumah sakit. Untuk rumah sakit yang mengandalkan pendanaan operasional (seperti pembayaran gaji karyawan, pengadaan obat, dan pemeliharaan alat medis) dari hasil klaim BPJS, ketidakpastian pembayaran ini dapat menciptakan krisis likuiditas. Rumah sakit dipaksa untuk mencari pendanaan darurat atau menunda pemenuhan kebutuhan operasional, yang pada akhirnya dapat menurunkan efisiensi manajemen keuangan rumah sakit secara keseluruhan (Suhadi, 2022).

Implikasi kedua berkaitan dengan efisiensi operasional dan beban kerja staf. Dispute klaim memicu fenomena pekerjaan berulang (re-work) yang signifikan bagi unit coding, unit rekam medis, dan tim verifikasi internal. Staf harus meluangkan waktu untuk menelusuri kembali berkas fisik atau digital, melakukan koreksi, hingga melakukan re-pengajuan di bulan berikutnya (Khasanah, 2025). Beban kerja administratif yang tidak efisien ini tidak hanya menyebabkan kelelahan kerja (burnout) bagi staf, tetapi juga mengalihkan fokus mereka dari tugas pokok lainnya. Dalam jangka panjang, hal ini menciptakan inefisiensi sistemik di mana produktivitas organisasi terhambat oleh proses perbaikan administratif yang seharusnya dapat diminimalisir melalui sistem pencegahan

yang baik sejak awal.

Keterbatasan Penelitian

Kajian ini memiliki keterbatasan karena hanya menggunakan penelitian yang tersedia pada publikasi ilmiah tertentu dan belum mencakup seluruh rumah sakit di Indonesia secara langsung. Oleh karena itu, penelitian selanjutnya dapat menggunakan pendekatan empiris dengan cakupan institusi yang lebih luas untuk memperoleh gambaran implementasi yang lebih spesifik.

KESIMPULAN

Literatur 2021–2026 menunjukkan bahwa dispute klaim BPJS Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) merupakan fenomena kompleks yang tidak dapat dipisahkan dari efektivitas tata kelola internal rumah sakit. Faktor-faktor pemicu dispute secara garis besar diklasifikasikan ke dalam empat dimensi utama, yakni kualitas dokumentasi klinis (rekam medis), akurasi koding diagnosis dan prosedur, kompetensi serta kinerja sumber daya manusia, serta integrasi sistem informasi dan kepatuhan terhadap regulasi. Temuan ini menegaskan bahwa ketidaklengkapan dokumen administratif dan perbedaan interpretasi terhadap regulasi yang dinamis menjadi celah utama yang menyebabkan berkas klaim dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan.

Karena itu, untuk kompetensi Magister Administrasi Rumah Sakit, dispute klaim bukan sekadar kendala teknis pada unit administrasi, melainkan cerminan dari kegagalan dalam siklus manajemen pendapatan (*revenue cycle management*). Dampak dari pengembalian berkas yang berulang tidak hanya mengganggu likuiditas dan arus kas rumah sakit, tetapi juga berimplikasi pada inefisiensi beban kerja staf serta potensi penurunan kualitas koordinasi antara tenaga medis dan tenaga administratif. Rumah sakit yang mampu memitigasi risiko dispute adalah institusi yang berhasil mengintegrasikan aspek administratif ke dalam budaya pelayanan klinis mereka, serta menempatkan kepatuhan regulasi sebagai bagian integral dari strategi keberlanjutan organisasi. Dengan menyelaraskan antara standar pelayanan medis, akurasi administratif, dan kepatuhan terhadap regulasi, rumah sakit akan mampu menciptakan ekosistem pelayanan yang tidak hanya efisien secara finansial, tetapi juga konsisten dalam memberikan layanan kesehatan berkualitas bagi peserta JKN.

DAFTAR PUSTAKA

- Amani, N.N.A. and Pudjilestari, I. (2025). Analisis Faktor-Faktor Penyebab Status Pending Klaim Bpjs Kesehatan Pada Layanan Rawat Jalan Di Rumah Sakit X. *Journal of Innovative and Creativity*, 5(3).
- Anwar, A.L., Ningrum, H.D. and Purnamasari, A.T. (2025). Analisis Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan pada Layanan Rawat Inap di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang. *Indonesian Journal of Health Insurance and Medical Records (IJHIMR)*, 2(1), pp.145–155. doi:<https://doi.org/10.31290/ijhimr.v2i1.5186>.
- Ariesando, M.A., Kodyat, A.G., Himawaty, S. and Andriwinarsih, E. (2024). Analisa Faktor Penyebab Dispute Pada Berkas Klaim Rawat Inap Pasien COVID-19 di RS Mekar Sari Tahun 2021. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI)*, 8(4), pp.415–420. doi:<https://doi.org/10.52643/marsi.v8i4.5315>.
- Elisabrina, D., Suparti, S. and Widiyoko, A. (2026). Analisis Faktor Penyebab Terjadinya Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Panti Waluyo Yakkum Surakarta. *Indonesian Journal of Health Research Innovation*, 3(2), pp.242–251. doi:<https://doi.org/10.64094/hj9p8686>.
- Erlin Kurnia, Utami, I.L. and Sabatina, S. (2023). Analisis Penyebab Keterlambatan Klaim BPJS Di

- Rumah Sakit. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 2(2), pp.72–77.
- Khasanah, D.D., Jaelani Rusdi, A. and Ansyori, A. (2025). A Literature Review: Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit. *Jurnal Rekam Medis & Manajemen Infomasi Kesehatan*, 5(2). doi:<https://doi.org/10.53416/jurmik.v5i2.340>.
- Larasty, G. (2023). Analisis Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X . *MANEKIN*, 2(2).
- Ni Wayan Arikusnadi, Sudirman Sudirman and Kadri, A. (2020). Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 3(4), pp.159–165. doi:<https://doi.org/10.56338/jks.v3i4.1708>.
- Purwanti, S.G. and Dhamanti, I. (2026). Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Di Rawat Inap Rumah Sakit : Studi Literatur. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 7(1), pp.3329–3339. doi:<https://doi.org/10.31004/jkt.v7i1.55097>.
- Putri, F.A. and Dhamanti, I. (2025). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit : Studi Literatur. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(1), pp.764–772. doi:<https://doi.org/10.31004/jkt.v6i1.40923>.
- Sihite, G.A., Dachi, R.A. and Silitonga, E.M. (2022). Analysis of the Causes of Disputes in Medical Record Files for Inpatient BPJS Patients at the Imelda General Hospital for Indonesian Workers in 2022. *Jurnal Info Sains : Informatika dan Sains*, [online] 13(02), pp.272–283. Available at: <https://ejournal.seaninstitute.or.id/index.php/InfoSains/article/view/2881> [Accessed 21 Jun. 2026].
- Situmorang, M. rita, Aprileony, J. and Erinaldi Erinaldi (2026). Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan (JKN) dalam Meningkatkan Akses Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Administrasi Pemerintahan Desa*, [online] 7(1), pp.18–18. doi:<https://doi.org/10.47134/villages.v7i1.363>.
- Soliha, D.M. and Putra, D.H. (2022). Tinjauan Faktor Penyebab Dispute Klaim BPJS Pasien COVID-19 Di RSUD Kabupaten Tangerang. *PREPOTIF*, 6(3).
- Suhadi Suhadi (2022). Potensi Penyebab Keterlambatan Pembayaran Klaim Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit. *Jurnal Penelitian Kesehatan ‘SUARA FORIKES’ (Journal of Health Research ‘Forikes Voice’)*, 13(2), pp.486–490.
- Syifa Nurul Hikmah, Elfi Elfi and Totok Subianto (2026). Analisis Fator Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan pada Rawat Jalan Layanan Unggulan. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 8(2), pp.177–180. doi:<https://doi.org/10.37287/jppp.v8i2.1937>.