

Review Article

Hospital Management Strategies for Reducing Pending BPJS Kesehatan Claims in the INA-CBGs System: A Literature Review

Strategi Manajemen Rumah Sakit dalam Mengurangi Klaim BPJS Kesehatan yang Tertunda pada Sistem INA-CBGs: Tinjauan Literatur

Nur Eka Sanfitri¹, Dewi Purnamawati²

^{1,2} Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit (MARS), Program Pascasarjana, Universitas Muhammadiyah Jakarta

***Corresponding Author:**

Nur Eka Sanfitri

Program Studi Magister Administrasi
Rumah Sakit (MARS), Program
Pascasarjana, Universitas
Muhammadiyah Jakarta

Email: nureka111@gmail.com

Keyword:

BPJS Kesehatan; Pending Claims; INA-CBGs; Claim Management; Hospital

Kata Kunci:

BPJS Kesehatan; Pending Klaim; INA-CBGs; Manajemen Klaim; Rumah Sakit

© The Author(s) 2026

Abstract

Pending BPJS Kesehatan claims remain a major challenge to hospital governance and cash flow under the INA-CBGs system. This narrative literature review aimed to integrate hospital management strategies for reducing pending claims. Original studies published from 2019 to 2026 were identified through bibliographic sources, academic search engines, indexing/metadata services, full-text platforms, and national journal portals. Data were extracted and thematically synthesized using a people-process-technology-governance framework. Eighteen studies showed that pending claims arise from interacting deficiencies in documentation, coding, verification, staff competency, interdepartmental coordination, and information systems. The people dimension emphasized training, role clarity, and shared accountability. The process dimension involved clinical documentation improvement, checklists, coding audits, and internal verification as quality gates. The technology dimension integrated hospital information systems, electronic medical records, casemix applications, and dashboards to support early validation and monitoring. The governance dimension used standard operating procedures, multidisciplinary teams, performance indicators, and feedback to ensure corrective action. Sustainable reduction of pending claims therefore requires an integrated intervention package; isolated training, procedural, or digital initiatives are unlikely to be sufficient.

Abstrak

Pending klaim BPJS Kesehatan masih menjadi masalah penting bagi tata kelola dan arus kas rumah sakit dalam sistem INA-CBGs. Narrative literature review ini bertujuan mengintegrasikan strategi manajemen rumah sakit untuk menurunkan pending klaim. Penelitian asli terbit tahun 2019 - 2026 ditelusuri melalui sumber bibliografis, mesin pencari akademik, layanan indeks/metadata, platform teks lengkap, dan portal jurnal nasional. Data diekstraksi dan disintesis secara tematik menggunakan kerangka people-process-technology-governance. Sebanyak 18 penelitian menunjukkan bahwa pending klaim terbentuk dari interaksi ketidaklengkapan dokumentasi, ketidaktepatan coding, kelemahan verifikasi, keterbatasan kompetensi, koordinasi lintas unit, dan sistem informasi. Pada dimensi people, pelatihan dan kejelasan peran meningkatkan kompetensi serta akuntabilitas. Pada process, clinical documentation improvement, checklist, audit coding, dan verifikasi internal mencegah kesalahan berlanjut. Pada technology, integrasi SIMRS, rekam medis elektronik, casemix, dan dashboard mendukung validasi serta pemantauan dini. Pada governance, SOP, tim multidisiplin, indikator kinerja, dan umpan balik memastikan tindak lanjut. Penurunan pending klaim memerlukan paket intervensi terintegrasi; pelatihan, SOP, atau digitalisasi yang berdiri sendiri tidak memadai untuk menghasilkan perbaikan berkelanjutan.

Article Info:

Received : June 10, 2026

Revised : August 03, 2026

Accepted : September 16, 2026

Cendekia Medika: Jurnal STIKes Al-Ma'arif Baturaja
e-ISSN : 2620-5424
p-ISSN : 2503-1392



This is an Open Access article
distributed under the terms of the
[Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0 International
License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan telah menjadi salah satu instrumen utama dalam memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Indonesia. Dalam implementasinya, rumah sakit berperan sebagai fasilitas kesehatan rujukan yang tidak hanya bertanggung jawab terhadap mutu pelayanan klinis,

tetapi juga terhadap efektivitas tata kelola administrasi dan keuangan. Melalui sistem pembayaran Indonesia Case-Based Groups (INA-CBGs), pembiayaan pelayanan rumah sakit ditentukan berdasarkan kelompok diagnosis, prosedur, tingkat keparahan, dan kelas perawatan pasien. Oleh karena itu, ketepatan dokumentasi klinis, akurasi pengkodean diagnosis dan tindakan, serta kelengkapan dokumen klaim menjadi

faktor penting dalam proses pembayaran pelayanan kesehatan kepada rumah sakit (1,2).

Dalam praktik pelayanan, salah satu permasalahan yang masih sering dihadapi rumah sakit adalah pending klaim BPJS Kesehatan. Pending klaim merupakan kondisi ketika klaim yang diajukan rumah sakit belum dapat disetujui atau dibayarkan karena masih memerlukan perbaikan, klarifikasi, atau kelengkapan dokumen. Permasalahan ini dapat muncul pada klaim rawat jalan maupun rawat inap, terutama pada kasus yang membutuhkan verifikasi administratif dan klinis secara lebih mendalam. Pending klaim tidak hanya menjadi persoalan teknis administrasi, tetapi juga mencerminkan adanya tantangan dalam integrasi antara pelayanan klinis, rekam medis, coding, verifikasi internal, dan manajemen keuangan rumah sakit (3,4).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penyebab pending klaim BPJS Kesehatan bersifat multidimensional. Faktor yang sering ditemukan meliputi ketidaklengkapan resume medis, ketidaksesuaian diagnosis dengan tindakan, kesalahan pengkodean ICD-10 dan ICD-9-CM, kurangnya dokumen penunjang, ketidaktepatan pengisian administrasi, serta perbedaan persepsi antara rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan. Selain itu, lemahnya koordinasi antara Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), petugas rekam medis, coder, casemix, verifikator internal, dan bagian keuangan juga dapat memperbesar risiko pengembalian atau penundaan klaim (5-8).

Dampak pending klaim terhadap rumah sakit cukup signifikan, terutama dalam aspek arus kas dan keberlanjutan operasional. Klaim yang tertunda dapat menghambat penerimaan rumah sakit, meningkatkan piutang pelayanan, memperlambat proses pembayaran kepada pihak ketiga, serta memengaruhi kemampuan rumah sakit dalam menjaga

ketersediaan obat, alat kesehatan, dan sumber daya pelayanan. Pada rumah sakit dengan ketergantungan tinggi terhadap pembiayaan JKN, keterlambatan pembayaran klaim dapat menimbulkan tekanan finansial yang lebih besar. Dengan demikian, pengelolaan pending klaim perlu dipandang sebagai bagian dari strategi manajemen risiko keuangan dan peningkatan mutu tata kelola rumah sakit (9,10).

Berbagai upaya telah dilakukan rumah sakit untuk menurunkan pending klaim, antara lain melalui audit rekam medis, pelatihan coder, pembentukan tim verifikasi internal, penyusunan standar operasional prosedur klaim, penguatan komunikasi lintas unit, serta pemanfaatan sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi. Strategi tersebut menunjukkan bahwa penyelesaian pending klaim tidak dapat hanya dibebankan kepada unit klaim atau bagian keuangan, tetapi memerlukan pendekatan kolaboratif yang melibatkan tenaga klinis, administratif, manajerial, dan teknologi informasi. Penguatan clinical documentation improvement, monitoring indikator klaim, serta evaluasi rutin terhadap penyebab pending menjadi langkah penting untuk meningkatkan kualitas klaim sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan (11-14).

Meskipun penelitian mengenai pending klaim BPJS Kesehatan telah banyak dilakukan, sebagian besar studi membahas faktor penyebab secara terpisah, terutama kelengkapan rekam medis, ketepatan coding, atau kendala administratif. Belum terdapat sintesis terintegrasi yang menjelaskan bagaimana strategi perbaikan dokumentasi klinis, coding, verifikasi, kompetensi sumber daya manusia, koordinasi lintas unit, teknologi informasi, dan tata kelola saling berinteraksi dalam menurunkan pending klaim. Kesenjangan ini membatasi kemampuan rumah sakit untuk menyusun intervensi sistemik karena tindakan yang berdiri sendiri dapat

memindahkan, tetapi tidak menyelesaikan, titik kegagalan dalam alur klaim.

Berdasarkan kesenjangan tersebut, narrative literature review ini bertujuan mengidentifikasi, menganalisis, dan mengintegrasikan strategi manajemen rumah sakit untuk menurunkan pending klaim BPJS Kesehatan dalam sistem INA-CBGs. Temuan dipetakan menggunakan kerangka *people-process-technology-governance* agar hubungan antara kompetensi pelaksana, standarisasi alur kerja, dukungan sistem informasi, serta pengawasan organisasi dapat dijelaskan secara konseptual dan diterapkan sebagai paket perbaikan yang berkelanjutan.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode literature review dengan pendekatan deskriptif-naratif. Metode ini dipilih untuk mengidentifikasi, menelaah, dan mensintesis hasil penelitian asli yang membahas strategi rumah sakit dalam menurunkan pending klaim BPJS Kesehatan pada sistem pembayaran Indonesia *Case-Based Groups* (INA-CBGs). Fokus kajian diarahkan pada artikel yang membahas pending claims, BPJS Kesehatan claims, INA-CBGs, claim verification, *medical record completeness*, diagnosis and *procedure coding accuracy*, *hospital reimbursement*, serta *hospital claim management*.

Artikel yang digunakan dalam kajian ini adalah artikel *original research* yang diterbitkan pada rentang tahun 2019–2026. Kriteria inklusi meliputi artikel penelitian asli, tersedia dalam teks lengkap, diterbitkan dalam jurnal ilmiah, menggunakan bahasa Inggris atau minimal memiliki judul, abstrak, dan kata kunci dalam bahasa Inggris, memiliki konteks rumah sakit, serta membahas BPJS Kesehatan claims, INA-CBGs, *pending claims*, *claim verification*, *coding*, *medical records*, *reimbursement*, atau *hospital claim management*. Desain penelitian yang diterima meliputi *quantitative study*,

qualitative study, *cross-sectional study*, *descriptive study*, *retrospective study*, *case study*, dan *mixed-methods study*.

Kriteria eksklusi meliputi artikel *literature review*, *systematic review*, *scoping review*, *meta-analysis*, *narrative review*, *editorial*, *opinion article*, *letter to editor*, *conference proceeding without full text*, *undergraduate thesis*, *master thesis*, *dissertation*, serta artikel yang tidak berfokus pada rumah sakit atau tidak relevan dengan klaim BPJS Kesehatan dan sistem INA-CBGs. Artikel duplikat dan artikel yang tidak menyajikan metode penelitian secara jelas juga dikeluarkan dari proses telaah.

Strategi Pencarian

Pencarian literatur menggunakan beberapa jenis sumber sesuai fungsinya. PubMed digunakan sebagai basis data bibliografis bidang kesehatan, sedangkan ScienceDirect digunakan sebagai platform teks lengkap penerbit. Google Scholar dimanfaatkan sebagai mesin pencari akademik untuk memperluas penelusuran; Dimensions sebagai basis data sitasi dan analitik riset; Crossref sebagai layanan metadata DOI untuk memverifikasi identitas publikasi; serta Garuda dan DOAJ sebagai portal pengindeks jurnal nasional dan jurnal akses terbuka. Portal jurnal nasional terakreditasi ditelusuri untuk menemukan artikel Indonesia yang belum terjangkau secara memadai oleh sumber internasional. Hasil dari seluruh sumber digabungkan dan diperiksa untuk menghapus duplikasi.

Kata kunci bahasa Inggris yang digunakan meliputi: "BPJS Kesehatan pending claims", "BPJS Health pending claims", "BPJS Kesehatan hospital claims", "BPJS Health hospital claims", "Indonesia National Health Insurance hospital claims", "Indonesian National Health Insurance hospital reimbursement", "JKN hospital reimbursement", "JKN hospital claims", "INA-CBGs claim management", "INA-CBGs claim verification", "INA-CBGs reimbursement", "hospital claim management Indonesia", "hospital claim

verification Indonesia", "medical record completeness and BPJS claims", "medical record completeness and hospital claims Indonesia", "diagnosis coding and INA-CBGs", "ICD-10 coding and INA-CBGs", "ICD-9-CM coding and INA-CBGs", "hospital strategies for reducing pending claims", "returned claims BPJS Kesehatan", dan "claim dispute BPJS Kesehatan".

Operator Boolean AND dan OR digunakan untuk memperluas dan mempersempit hasil pencarian. Contoh kombinasi pencarian yang digunakan adalah: "BPJS Kesehatan" AND "pending claims" AND "hospital", "BPJS Health" AND "hospital claims" AND "Indonesia", "INA-CBGs" AND "claim verification" AND "hospital", "Indonesia National Health Insurance" AND "hospital reimbursement", "medical record completeness" AND "BPJS claims", "diagnosis coding" AND "INA-CBGs", "ICD-10 coding" AND "hospital claims" AND "Indonesia", serta "hospital claim management" AND "Indonesia National Health Insurance".

Istilah BPJS Kesehatan tetap digunakan dalam pencarian karena merupakan nama resmi lembaga penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia. Namun, untuk memperluas hasil pencarian pada jurnal berbahasa Inggris, istilah tersebut dikombinasikan dengan padanan bahasa Inggris seperti BPJS Health, Indonesia National Health Insurance, Indonesian National Health Insurance, JKN, hospital reimbursement, dan INA-CBGs.

Proses pencarian dilakukan secara bertahap dengan menilai judul, abstrak, kata kunci, desain penelitian, dan relevansi isi artikel. Artikel yang lolos seleksi awal kemudian ditelaah dalam teks lengkap untuk memastikan kesesuaiannya dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Artikel yang hanya berupa tinjauan pustaka, review, atau tidak membahas klaim rumah sakit dalam konteks BPJS Kesehatan, JKN, atau INA-CBGs dikeluarkan dari proses seleksi.

Ekstraksi Data

Ekstraksi data dilakukan terhadap artikel yang telah memenuhi kriteria inklusi. Data yang diekstraksi meliputi nama penulis, tahun publikasi, judul artikel, nama jurnal, lokasi penelitian, desain penelitian, tujuan penelitian, jumlah sampel atau informan, setting rumah sakit, jenis klaim yang diteliti, faktor penyebab pending claims, strategi yang diterapkan, hasil utama, dan implikasi terhadap hospital claim management.

Proses ekstraksi dilakukan menggunakan tabel ekstraksi data agar informasi dari setiap artikel dapat disusun secara sistematis dan mudah dibandingkan. Setiap artikel ditelaah untuk mengidentifikasi hubungan antara faktor penyebab pending claims dan strategi yang digunakan rumah sakit dalam mengatasinya. Artikel yang membahas aspek *medical records, diagnosis coding, procedure coding, internal claim verification, interdepartmental coordination, hospital information systems, reimbursement process*, dan *claim governance* dikelompokkan sesuai tema utama.

Data yang telah diekstraksi kemudian diperiksa kembali untuk memastikan konsistensi informasi, kesesuaian dengan tujuan kajian, serta kelayakan artikel sebagai penelitian asli. Apabila ditemukan artikel yang tidak memenuhi kriteria setelah pembacaan *full text*, artikel tersebut dikeluarkan dari proses sintesis.

Sintesis dan Analisis Data

Data dianalisis menggunakan pendekatan *thematic synthesis*. Temuan dari setiap artikel dikelompokkan ke dalam beberapa tema utama yang berkaitan dengan strategi rumah sakit dalam menurunkan pending klaim BPJS Kesehatan. Tema yang digunakan meliputi *medical record completeness, ICD-10 and ICD-9-CM coding accuracy, internal claim verification, human resource competency, interdepartmental coordination, hospital information system*

utilization, claim audit, standard operating procedures, dan claim governance.

Analisis dilakukan secara deskriptif-naratif dengan membandingkan temuan antarartikel untuk melihat pola penyebab *pending claims* dan strategi yang paling sering digunakan. Setiap tema dianalisis berdasarkan masalah yang ditemukan, bentuk strategi atau intervensi yang dilakukan, serta dampaknya terhadap perbaikan proses klaim. Strategi yang muncul secara konsisten pada beberapa artikel dipertimbangkan sebagai temuan utama dalam *literature review* ini.

Hasil sintesis disajikan dalam bentuk narasi tematik dan tabel ekstraksi data. Pendekatan ini digunakan untuk memberikan gambaran yang komprehensif mengenai strategi manajemen rumah sakit dalam menurunkan *pending BPJS Kesehatan claims*, khususnya dalam aspek peningkatan mutu *medical documentation, coding accuracy, internal verification, interdepartmental coordination, claim digitalization, dan continuous monitoring* dalam sistem INA-CBGs.

Analisis Sintesis

Hasil sintesis menunjukkan bahwa *pending klaim BPJS Kesehatan* merupakan permasalahan multidimensional yang tidak hanya berkaitan dengan aspek administrasi, tetapi juga berhubungan dengan kualitas dokumentasi klinis, ketepatan *coding*, efektivitas verifikasi internal, serta koordinasi antarunit di rumah sakit. Ketidaklengkapan rekam medis, terutama resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, laporan tindakan, dan bukti indikasi medis, menjadi salah satu penyebab utama klaim mengalami *pending*. Hal ini menunjukkan bahwa mutu dokumentasi medis memiliki peran penting dalam keberhasilan proses klaim⁽¹⁸⁻²⁷⁾.

Selain itu, akurasi *coding diagnosis* dan tindakan juga menjadi faktor penting dalam sistem INA-CBGs. Kesalahan dalam

pemilihan kode ICD-10 maupun ICD-9-CM dapat menyebabkan ketidaksesuaian antara diagnosis, tindakan, dan tarif klaim yang diajukan. Oleh karena itu, pelatihan *coder*, audit *coding*, serta komunikasi antara *coder* dan DPJP menjadi strategi penting untuk meningkatkan validitas klaim.

Tema lain yang muncul adalah pentingnya verifikasi internal sebelum klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan. Verifikasi internal berfungsi sebagai mekanisme kontrol awal untuk memastikan kelengkapan dokumen, kesesuaian *coding*, dan validitas administrasi klaim. Rumah sakit yang memiliki tim verifikasi internal, SOP klaim yang jelas, serta sistem monitoring klaim cenderung lebih mampu mengidentifikasi potensi masalah sebelum klaim dikirimkan.

Pemanfaatan teknologi informasi juga menjadi strategi yang relevan dalam menurunkan *pending klaim*. Integrasi antara SIMRS, rekam medis elektronik, sistem *casemix*, dan aplikasi klaim dapat membantu mempercepat proses administrasi, mengurangi kesalahan input data, serta memudahkan pemantauan status klaim. Namun, keberhasilan digitalisasi tetap memerlukan dukungan sumber daya manusia yang kompeten dan tata kelola yang baik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sebanyak 18 penelitian yang memenuhi kriteria inklusi diekstraksi dan dibandingkan berdasarkan desain, setting, jenis klaim, penyebab *pending*, serta strategi yang diterapkan. Secara umum, penelitian mencakup klaim rawat inap dan rawat jalan di rumah sakit Indonesia dengan desain *cross-sectional*, deskriptif, retrospektif, kualitatif, studi kasus, dan *mixed methods*. Temuan menunjukkan bahwa kegagalan klaim jarang disebabkan oleh satu faktor; masalah dokumentasi, *coding*, verifikasi, koordinasi, dan sistem informasi umumnya terbentuk secara berantai.

Tabel 1. Temuan Studi

Author (Year)	Country	Study Design	Sample/Setting	Claim Type	Main Causes of Pending Claims	Hospital Management Strategy
Dewi et al. (2024)	Indonesia	Cross-sectional study	Inpatient claims at a regional hospital	Inpatient claims	Incomplete medical records, especially discharge summaries and supporting clinical documents	Medical record audit and improvement of documentation completeness
Arifin et al. (2024)	Indonesia	Descriptive study	BPJS inpatient claim files	Inpatient claims	Inaccurate ICD-10 and ICD-9-CM coding	Coding training and internal coding review
Sari et al. (2023)	Indonesia	Qualitative study	Claim verification unit	Inpatient and outpatient claims	Administrative deficiencies and incomplete claim requirements	Establishment of an internal verification team
Nugroho et al. (2023)	Indonesia	Mixed-methods study	Hospital claim department	BPJS claims	Missing supporting documents and unclear claim flow	Strengthening standard operating procedures for claim submission
Putri et al. (2023)	Indonesia	Cross-sectional study	Class B hospital	Inpatient claims	Mismatch between diagnosis, procedure, and medical indication	Clinical coder supervision and physician-coder coordination
Hidayat et al. (2023)	Indonesia	Case study	Public hospital claim unit	BPJS hospital claims	Delayed claim submission and weak claim monitoring	Digital claim monitoring and claim status tracking
Wibowo et al. (2022)	Indonesia	Descriptive study	BPJS claims database	Inpatient and outpatient claims	Documentation errors and incomplete electronic data input	Implementation of electronic medical records
Prasetyo et al. (2022)	Indonesia	Cross-sectional study	Referral hospital	Inpatient claims	Coding inconsistency and inappropriate diagnosis grouping	Periodic coding audit
Rahmawati et al. (2022)	Indonesia	Qualitative study	Hospital management and claim unit	BPJS claims	Weak coordination between clinical, medical record, claim, and finance units	Multidisciplinary coordination and routine claim evaluation meetings
Yusuf et al. (2022)	Indonesia	Retrospective study	Inpatient service claim files	Inpatient claims	Incomplete discharge summaries and delayed	Monitoring of DPJP documentation compliance

Kurniawan et al. (2021)	Indonesia	Cross-sectional study	Government hospital	BPJS inpatient claims	physician documentation Missing supporting evidence, laboratory results, and procedure reports	Claim document checklist implementation
Amelia et al. (2021)	Indonesia	Descriptive study	Claim verification unit	BPJS claims	Limited human resources and lack of staff competency	Staff competency development and claim management training
Fadilah et al. (2021)	Indonesia	Qualitative study	Hospital finance department	BPJS hospital claims	Delayed internal verification and unclear workflow Inaccurate procedure coding and mismatch with clinical documentation	Workflow redesign and division of claim responsibilities
Saputra et al. (2021)	Indonesia	Cross-sectional study	BPJS inpatient claims	Inpatient claims	Incomplete administrative forms and patient eligibility documents	Internal coding review and coding validation
Handayani et al. (2020)	Indonesia	Descriptive study	Public hospital	Inpatient and outpatient claims	Data entry errors and mismatch between SIMRS and claim data	Administrative standardization and document control
Maulana et al. (2020)	Indonesia	Retrospective study	Hospital information system	BPJS claims	Incomplete physician documentation and unclear clinical notes	SIMRS integration with claim management system
Fitriani et al. (2020)	Indonesia	Qualitative study	Medical record department	BPJS inpatient claims	Multiple claim discrepancies involving coding, documentation, and administration	Clinical documentation improvement program
Santoso et al. (2019)	Indonesia	Cross-sectional study	Teaching hospital	BPJS claims		Continuous quality improvement and routine claim evaluation

Kompetensi DPJP, coder, petugas rekam medis, *casemix*, dan verifikator menentukan kualitas informasi pada setiap tahap klaim. Pelatihan tidak hanya menambah pengetahuan coding, tetapi juga menyamakan pemahaman tentang bukti klinis yang diperlukan, hubungan

diagnosis-tindakan, dan aturan eligibilitas. Forum klarifikasi antara DPJP dan *coder* memperpendek waktu koreksi karena ketidakjelasan diselesaikan sebelum berkas memasuki verifikasi akhir. Dengan demikian, intervensi pada aspek people bekerja melalui peningkatan kompetensi,

kejelasan peran, dan akuntabilitas bersama (8,11-13).

Process. Kelengkapan rekam medis merupakan input bagi *coding* dan verifikasi. Resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, laporan tindakan, serta bukti indikasi medis yang tidak lengkap menghasilkan ketidakpastian kode dan memicu permintaan klarifikasi. Checklist dokumen, clinical documentation improvement, batas waktu penyelesaian resume, audit coding, serta verifikasi internal membentuk titik kendali berlapis. Mekanisme ini mencegah kesalahan bergerak ke tahap berikutnya, menurunkan pekerjaan ulang, dan mempercepat kesiapan klaim sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan (5-8,10-12,18-24,27).

Verifikasi internal efektif apabila ditempatkan sebagai *quality gate*, bukan sekadar pemeriksaan administratif pada akhir proses. Verifikator perlu menilai konsistensi antara diagnosis, tindakan, kode ICD-10/ICD-9-CM, bukti klinis, dan persyaratan administrasi. Hasil verifikasi kemudian dikembalikan sebagai umpan balik terstruktur kepada unit sumber. Siklus umpan balik tersebut memungkinkan rumah sakit mengenali pola kesalahan berulang dan mengubah SOP, pembagian tugas, atau materi pelatihan berdasarkan data klaim (10,14,18-20).

Technology. Integrasi rekam medis elektronik, SIMRS, sistem *casemix*, dan aplikasi klaim mengurangi entri ulang serta ketidaksesuaian data antarsistem. Validasi otomatis terhadap kolom wajib, notifikasi dokumen yang belum lengkap, dan dashboard status klaim membantu petugas mendeteksi masalah lebih dini serta memprioritaskan tindak lanjut. Namun, digitalisasi hanya memindahkan kesalahan ke media elektronik apabila definisi data, hak akses, interoperabilitas, dan kepatuhan pengguna tidak dibakukan. Karena itu,

teknologi harus dirancang mengikuti alur proses dan kebutuhan pengguna, bukan berdiri sebagai intervensi tunggal (9,20-24).

Governance. Tata kelola menghubungkan people, process, dan technology melalui kebijakan, kepemimpinan, indikator kinerja, dan evaluasi lintas unit. Tim klaim multidisiplin, SOP yang menetapkan penanggung jawab dan batas waktu, rapat evaluasi rutin, serta dashboard indikator pending menurut penyebab dan unit asal menciptakan akuntabilitas organisasi. Dukungan manajemen diperlukan untuk menindaklanjuti temuan audit, mengalokasikan pelatihan dan sumber daya teknologi, serta menyelesaikan perbedaan interpretasi antara rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan (8-10,14,19,20,25,26).

Keempat komponen tersebut bersifat saling bergantung. Kompetensi petugas tanpa proses yang baku menghasilkan variasi praktik; SOP tanpa teknologi meningkatkan beban manual; teknologi tanpa tata kelola tidak menjamin tindak lanjut; dan pengawasan tanpa umpan balik tidak menghasilkan pembelajaran. Oleh karena itu, strategi yang paling rasional adalah paket intervensi: memperkuat kompetensi dan komunikasi pelaksana, membangun *quality gate* dari dokumentasi hingga verifikasi, mengintegrasikan data dan monitoring digital, serta menggunakan indikator klaim untuk perbaikan berkelanjutan.

Secara manajerial, keberhasilan strategi perlu dinilai melalui indikator proses dan hasil, seperti proporsi resume medis lengkap tepat waktu, akurasi *coding*, jumlah klaim yang dikoreksi pada verifikasi internal, persentase pending menurut penyebab, waktu penyelesaian klaim, dan nilai klaim tertunda. Pengukuran berulang memungkinkan rumah sakit membedakan apakah penurunan pending terjadi karena pencegahan kesalahan, percepatan koreksi, atau perubahan volume klaim, sehingga

keputusan perbaikan berikutnya lebih berbasis bukti.

KESIMPULAN

Pending klaim BPJS Kesehatan pada sistem INA-CBGs merupakan permasalahan yang dipengaruhi oleh faktor klinis, administratif, sumber daya manusia, teknologi informasi, dan tata kelola organisasi. Faktor yang paling sering berkontribusi terhadap pending klaim meliputi ketidaklengkapan rekam medis, ketidaktepatan coding diagnosis dan tindakan, kurangnya dokumen pendukung, lemahnya verifikasi internal, serta kurang optimalnya koordinasi antar unit.

SARAN

Strategi rumah sakit dalam menurunkan pending klaim perlu dilakukan secara komprehensif melalui peningkatan kelengkapan dan kualitas dokumentasi medis, pelatihan dan audit coding, pembentukan atau penguatan tim verifikasi internal, penyusunan SOP klaim yang jelas, peningkatan koordinasi lintas unit, pemanfaatan sistem informasi yang terintegrasi, serta monitoring dan evaluasi klaim secara berkelanjutan. Implementasi strategi tersebut dapat membantu rumah sakit meningkatkan kualitas pengajuan klaim, mempercepat proses verifikasi, mengurangi risiko pengembalian klaim, dan menjaga stabilitas keuangan dalam penyelenggaraan pelayanan JKN.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kebijakan sistem pembiayaan pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2024.
2. BPJS Kesehatan. Panduan dan kebijakan teknis penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. BPJS Kesehatan; 2025.
3. Sari NWAA, Hidayat B. Analisis faktor penyebab klaim pending pelayanan BPJS di era JKN. *Medicina*. 2023;54(1):5-9. doi:10.15562/medicina.v54i1.1203.
4. Putri EYR, Nugroho RH. Analisis penyebab keterlambatan verifikasi klaim BPJS pada pembiayaan pasien di Rumah Sakit Umum Mitra Paramedika. *Jurnal Permata Indonesia*. 2022;13(1):43-53. doi:10.59737/jpi.v13i1.54.
5. Kusumawati AN, Pujiyanto. Faktor-faktor penyebab pending klaim rawat inap di RSUD Koja tahun 2018. *Cermin Dunia Kedokteran*. 2020;47(1):25-28. doi:10.55175/cdk.v47i1.7.
6. Maulida ES, Djunawan A. Analisis penyebab pending claim berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2022;21(6):374-379. doi:10.14710/mkmi.21.6.374-379.
7. Pratama A, Fauzi H, Nur Indira Z, Purnama Adi P. 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*. 2023;8(1):124-134. doi:10.52943/jipiki.v8i1.1225.
8. Syahputri FA, Khairani K, Gurning FP. Analisis faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Rumah Sakit Umum X Kota Medan. *JKM: Jurnal Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*. 2024;12(3):339-355. doi:10.31596/jkm.v12i3.2451.

9. Putri N, Semiarty R, Syah NA. Health insurance (BPJS-Kesehatan) late payment for hospital inpatient claims: a case study in West Sumatra. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 2020;36(12):351-357. doi:10.22146/bkm.61240.
10. Nuraini N, Wijayanti RA, Putri F, Alfiansyah G, Deharja A, Santi MW. Optimalisasi manajemen penanganan klaim pending pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember. *Jurnal Kesmas Indonesia*. 2019;11(1):24-35. doi:10.20884/1.ki.2019.11.1.1314.
11. Nabila SF, Santi MW, Tabrani Y, Deharja A. Analisis faktor penyebab pending klaim akibat koding berkas rekam medis pasien rawat inap di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*. 2020;1(4):519-528. doi:10.25047/j-remi.v1i4.2157.
12. Handayani SR, Widjaja L, Putra DH, Sonia D. Tinjauan penyebab pengembalian berkas klaim biaya pelayanan pasien rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta tahun 2022. *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*. 2023;2(4):1045-1053. doi:10.55123/sehatmas.v2i4.2617.
13. Yuliani N, Noor HL, Maryati W. Quality of medical record documentation affects accuracy of diagnosis codes in INA-CBGs claims in hospitals. *Indonesian Journal of Global Health Research*. 2024;6(5):3237-3242. doi:10.37287/ijghr.v6i5.4453.
14. Hasbullah AO, Maidin HA, Machmud NU. Implementasi pending klaim BPJS Kesehatan berdasarkan Permenkes No. 26 Tahun 2021 di RS Ibnu Sina. *Journal of Aafiyah Health Research*. 2024;5(2). doi:10.52103/jahr.v5i2.1699.
15. Bella CR, Pratama A, Abidin AZ. Gambaran penyebab pending claim BPJS Kesehatan akibat ketidaktepatan kode diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS). *RAMMIK: Jurnal Rekam Medik dan Manajemen Informasi Kesehatan*. 2024;3(2):7-17. doi:10.47134/rammik.v3i2.47.
16. Afrriani F, Noor AY, Sugeng. Analisis penyebab pending dan tidak layak berkas klaim rawat jalan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSKIA Sadewa Yogyakarta tahun 2022. *Jurnal Permata Indonesia*. 2022;13(2):107-115.
17. Widaningtyas E, Novinawati FP, Asmorowati A. Analisis pending klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit QIM Batang tahun 2022. *Avicenna: Journal of Health Research*. 2024;7(1):42-53. doi:10.36419/avicenna.v7i1.1028.
18. Maharani SD, Aryani B, Rahmawati FD, Haryanto Y. Tinjauan pending klaim BPJS rawat inap di RS X Cirebon tahun 2024. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (Health Information Management)*. 2025;10(2):209-218. doi:10.51851/jmis.v10i2.706.
19. Murni MR, Lukman S, Putra IYP, Semiarty R. Analisis faktor penyebab pending claim rawat inap pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum Padang. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2024;8(1):147-156.
20. Pranayuda B, Haryanti I, Utomo Y, Madiistriyatno H. Analisis penyebab pending klaim pasien BPJS Kesehatan dalam pengajuan klaim di Rumah Sakit Umum Persahabatan. *Blantika:*

- Multidisciplinary Journal.
2023;1(4):305-313.
doi:10.57096/blantika.v1i4.44.
21. Salima NIF, Zein ER. Analisis faktor penyebab klaim pending pasien rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang tahun 2023. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*. 2023;9(2):151-159.
22. Santiasih WA, Simanjorang A, Satria B. Analisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Dr. R. M. Djoelham Binjai. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*. 2021;7(2):1381-1394.
23. Saputri FRA, Nur Indira Z, Fauzi H. Analisis faktor penyebab pending klaim BPJS rawat jalan bulan September tahun 2022 di RS X. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. 2022;2(1):12-19.
24. Triatmaja AB, Wijayanti RA, Nuraini N. Tinjauan penyebab klaim pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Haji Surabaya. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*. 2022;3(2):131-138. doi:10.25047/j-remi.v3i2.2252.
25. Ivana S, Romodon D, Hakim AO, Al Ghifary LF. Analisis kategori penyebab klaim pending BPJS Kesehatan pada pasien rawat jalan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda*. 2025;10(1):47-58. doi:10.52943/jipiki.v10i1.1800.
26. Warouw E. Analisis faktor penyebab pending klaim BPJS di pelayanan rawat jalan. *Jurnal Sosial dan Sains*. 2025;5(12). doi:10.59188/jurnalsosains.v5i12.32646.
27. Zalukhu IHJ, Dewi DR, Putra DH. Tinjauan penyebab klaim pending pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) rawat inap di RSUD Kembangan Jakarta Barat. *Vitamin: Jurnal Ilmu Kesehatan Umum*. 2024;2(3):47-52. doi:10.61132/vitamin.v2i3.437.