

6-30-2024

## STRATEGI OPTIMALISASI KLAIM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI UNIT CASEMIX RUMAH SAKIT "X" BLITAR

Nurfathina Syahira

*Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Malang, Indonesia, nurfat.syahira2804@gmail.com*

Achmad Jaelani Rusdi

*ITSK RS dr. Soepraoen Malang, Malang, Indonesia, achmadjaelani@itsk-soepraoen.ac.id*

Prima Souldoni Akbar

*Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Malang, Indonesia, primasouldoniakbar@gmail.com*

Follow this and additional works at: <https://scholarhub.ui.ac.id/arsi>



Part of the [Health and Medical Administration Commons](#), [Other Medicine and Health Sciences Commons](#), and the [Public Health Commons](#)

---

### Recommended Citation

Syahira, Nurfathina; Rusdi, Achmad Jaelani; and Akbar, Prima Souldoni (2024) "STRATEGI OPTIMALISASI KLAIM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI UNIT CASEMIX RUMAH SAKIT "X" BLITAR," *Jurnal ARSI : Administrasi Rumah Sakit Indonesia*: Vol. 10: No. 2, Article 4.

DOI: 10.7454/arsi.v10i2.1182

Available at: <https://scholarhub.ui.ac.id/arsi/vol10/iss2/4>

This Original Research Article is brought to you for free and open access by the Faculty of Public Health at UI Scholars Hub. It has been accepted for inclusion in Jurnal ARSI : Administrasi Rumah Sakit Indonesia by an authorized editor of UI Scholars Hub.

## STRATEGI OPTIMALISASI KLAIM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI UNIT CASEMIX RUMAH SAKIT "X" BLITAR

Nurfathina Syahira<sup>1\*</sup>, Achmad Jaelani Rusdi<sup>2</sup>, Prima Soultoni Akbar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang, Malang, Indonesia

<sup>2</sup>Institut Teknologi, Sains, dan Kesehatan RS.DR. Soepraoen Kesdam V/BRW, Malang, Indonesia

\*Korespondensi: Nurfathina Syahira, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang, Malang, Indonesia

[Nurfat.syahira2804@gmail.com](mailto:Nurfat.syahira2804@gmail.com)

### Article history:

Received: 16 Mar 2024; Revised: 17 April 2024; Accepted: 25 June 2024

**Abstract.** *The funding for patient care of participants of the Social Security Administering Body (BPJS) Health in hospitals is carried out through a claim mechanism. This study aims to design a strategy to optimize the claims for patient care costs for BPJS participants at Hospital "X" in Blitar. The study is conducted with a descriptive qualitative approach, and data collection is done through interviews and Focus Group Discussions (FGD). The informants consist of a doctor and four coders in the casemix unit. The study begins with an analysis of the claim service system situation, focusing on strengths, weaknesses, opportunities, and threats (SWOT). From the collected SWOT, an assessment of alternative strategies is carried out to avoid issues in the claims process, based on the interaction between internal and external elements. The study found that the informants prioritized strategies derived from the strengths and opportunities (SO), including enhancing the integration of the hospital's information system with BPJS, effectively implementing BPJS guidelines in the coding and claim process, and leveraging BPJS responsiveness to expedite claim resolution to improve the speed of the claims process.*

**Keywords:** *SWOT, BPJS claims, Pending claims, Hospital claims*

**Abstrak.** Pembiayaan perawatan bagi pasien peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di rumah sakit oleh BPJS Kesehatan dilakukan melalui mekanisme klaim. Penelitian ini bertujuan untuk merancang strategi sehingga dapat mengoptimalkan klaim biaya perawatan pasien peserta BPJS di rumah sakit "X" di Blitar. Penelitian ini dibangun dengan pendekatan kualitatif deksriptif dan pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dan *Focus Group Discussion* (FGD). Informan terdiri dari seorang dokter dan empat *coder* di unit *casemix*. Studi ini diawali dengan melakukan analisis situasi sistem klaim pelayanan antara lain pada aspek kelebihan (*strength*), kekurangan (*weakness*), peluang (*opportunity*) dan ancaman (*threat*) atau SWOT. Dari SWOT yang telah dikumpulkan, dilakukan pengkajian strategi alternatif dalam menghindari masalah-masalah dalam kegiatan klaim didasarkan pada hubungan atau interaksi antara unsur-unsur internal terhadap unsur-unsur eksternal. Studi ini menemukan bahwa strategi yang diprioritaskan informan adalah strategi yang berasal dari SO (*strength, opportunity*), meliputi peningkatan integrasi sistem informasi rumah sakit dengan BPJS, penerapan juknis BPJS secara efektif dalam proses pengkodean dan klaim, serta memanfaatkan responsivitas BPJS untuk mempercepat penyelesaian klaim untuk meningkatkan kecepatan proses klaim.

**Kata kunci:** SWOT, Klaim BPJS, Klaim tertunda, Klaim rumah sakit

### PENDAHULUAN

Pembiayaan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan merupakan bagian penting dalam implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Penyelenggaraan pembiayaan tersebut dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, sebagaimana amanat Undang-undang SJSN Nomor 40 Tahun 2004. BPJS Kesehatan bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya. Melalui pengaturan BPJS Kesehatan, fasilitas

kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan bagi pasien yang merupakan peserta BPJS Kesehatan tanpa menarik tarif kepada pasien. Rumah sakit dapat mengajukan klaim biaya pelayanan bagi peserta BPJS menurut pengaturan tertentu.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit dan ditujukan kepada pihak BPJS Kesehatan. Pengajuan tersebut dilakukan secara kolektif dan ditagihkan setiap bulan. Fungsi dari klaim

BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS dari rumah sakit untuk pihak BPJS yang sebelumnya biaya perawatan pasien ditanggung oleh rumah sakit. Terdapat beberapa dokumen yang perlu diperhatikan dalam pengajuan klaim, salah satunya adalah resume medis dengan diagnosa yang merujuk pada *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs).

Rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan bagi masyarakat memiliki kewajiban mendokumentasikan data pasien dalam sistem rekam medis. Dalam konteks pembiayaan BPJS Kesehatan, dokumen rekam medis digunakan untuk memastikan diagnosa dan tindakan yang dilakukan penyedia layanan kesehatan (Artanto, 2018). Pola pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ke fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan sistem yang telah dibangun oleh Kementerian kesehatan RI yakni INA CBGs. Proses klaim dimulai dari kodifikasi diagnosis pasien sesuai dengan *International Classification of Diseases* 10<sup>th</sup> atau ICD 10 dan tindakan pasien sesuai dengan *International Classification of Disease Clinical Modification* 9<sup>th</sup> atau ICD 9 CM. Proses penagihan biaya rumah sakit juga harus menyerahkan dokumen-dokumen sebagai syarat pengajuan klaim (Santiasih, et al., 2022). Pihak BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi berkas oleh verifikator BPJS untuk menguji kebenaran dan memeriksa kelengkapan administrasi pertanggung-jawaban pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh fasilitas kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI No. 27 Tahun 2014.

Klaim biaya yang tertunda atau *pending* menjadi permasalahan utama prosedur klaim JKN di rumah sakit memiliki beberapa faktor, sebagai contoh berkas pengajuan yang belum lengkap, kesalahan kode diagnosis maupun tindakan, serta perbedaan pemahaman antara pihak rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan (Pratama, et al., 2023). Ketidakakuratan kode juga dapat menjadi penyebab terjadinya *pending* klaim. Semakin banyak berkas yang dikembalikan akan menambah beban kerja petugas karena harus merevisi dan mengirimkan ulang (Heltiani, et al., 2023). *Pending* yang terjadi terus-menerus akan berdampak pada terlambatnya penggantian biaya rumah sakit yang sudah keluar untuk pasien BPJS Kesehatan. Dengan demikian, hal ini akan sangat mengganggu dan merugikan keuangan rumah sakit, serta berakibat pada tertundanya pembayaran jasa medis dokter beserta jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya (Triatmaja, et al., 2022)

Studi pendahuluan yang dilakukan di RS “X” pada Agustus 2023 menunjukkan terjadinya *pending* klaim JKN untuk pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Pada periode Januari hingga Juni, jumlah kunjungan tercatat sebanyak 17.026 dan, selama periode yang sama, terdapat sejumlah pengajuan klaim BPJS Kesehatan yang *pending* dan perlu ditindaklanjuti. Pada periode Januari hingga Juni

2023, terdapat 302 dokumen klaim dari kasus rawat inap dan rawat jalan yang mengalami *pending* klaim JKN.

Salah satu upaya untuk menindaklanjuti masalah dalam organisasi adalah melakukan analisis *Strength* (kekuatan), *Weakness* (kelemahan), *Opportunity* (peluang), dan *Threat* (ancaman) atau SWOT. Analisis SWOT dapat membantu manajemen rumah sakit untuk merumuskan strategi yang efektif dengan mempertimbangkan kekuatan dan kelemahan, serta peluang dan tantangan. Pengkategorian SWOT dapat dilakukan dengan pendekatan input sistem, yaitu *man, money, method, material, dan machine* (5M).

Berdasarkan masalah yang dihadapi RS “X” terkait *pending* klaim JKN, penulis tertarik untuk menganalisisnya dengan pendekatan SWOT dengan pengkategorian terutama dalam hal kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman. Hasil temuan SWOT tersebut menjadi landasan untuk penulis merancang strategi sehingga dapat menurunkan jumlah dan mencegah kasus klaim JKN di RS “X” yang *pending* atau tertunda pembayarannya oleh pihak BPJS.

## METODE

Penelitian ini dibangun dengan pendekatan kualitatif yang bertujuan mengeksplorasi fenomena yang tidak dapat diukur dan bersifat deskriptif. Pengumpulan data dilakukan di RS “X” yang merupakan rumah sakit umum kelas C milik swasta yang terletak di Kota Blitar. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari-Februari 2024. Data diperoleh langsung dari kegiatan wawancara dan *Focus Group Discussion* (FGD) dengan informan yang dipilih berdasarkan pengalaman serta pengetahuan terkait proses klaim JKN. Informan berjumlah lima orang, terdiri dari seorang dokter sekaligus kepala unit *casemix* dan empat orang *coder casemix*. Wawancara dilakukan untuk mendapatkan informasi tentang unsur SWOT dan FGD untuk menentukan strategi. Sebagai upaya pelaksanaan etika penelitian, penulis menggunakan *informed consent*. Selain itu, data penelitian ini divalidasi melalui triangulasi metode dan teori.

Temuan pada studi kualitatif ini didapatkan melalui proses transkrip narasi dan pembuatan matriks. Hasil wawancara diolah melalui tiga tahapan: reduksi data, kategorisasi, dan sintesis menjadi komponen SWOT. Kategori yang digunakan dalam pengolahan data mencakup kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman. Item pada masing-masing kategori SWOT kemudian dikonfirmasi kepada para informan dalam FGD, disertai dengan diskusi penetapan strategi berdasarkan SWOT yang telah disepakati.

## HASIL

Hasil pemaparan informan yang merupakan dokter di unit *Casemix* dan salah satu coder di unit yang sama, proses klaim BPJS dimulai dengan pengecekan status kepesertaan pasien dan jenis pembayaran pada saat kedatangan. Untuk pasien rawat inap, petugas *Casemix* mengumpulkan Dokumen Rekam Medis (DRM) dari ruangan, melengkapinya, dan menyerahkannya kepada dokter *Casemix* untuk menyusun resume serta kode ICD di *e-claim*. Prosedur serupa berlaku untuk rawat jalan, di mana lembar INA-CBGs pasien diambil dari kasir, dilengkapi dengan berkas pendukung, dan kemudian dimasukkan ke *e-claim* oleh coder rawat jalan.

Pada praktiknya, sering terjadi kendala yang menyebabkan klaim tertunda. Salah satu masalah utama adalah ketidaklengkapan berkas administrasi atau catatan medis yang mengharuskan petugas untuk mengumpulkan dan melengkapi dokumen yang kurang sebelum klaim dapat diproses. Selain itu, kesalahan atau ketidaksesuaian dalam pengentrian data diagnosis dan prosedur, serta *coding* yang tidak akurat sesuai dengan standar ICD 10 dan ICD 9 CM dapat menyebabkan klaim ditolak atau memerlukan revisi. Proses *grouping* yang dilakukan oleh *software* INA-CBGs juga berisiko menyebabkan klaim tertunda jika terdapat kesalahan dalam data yang dimasukkan atau *coding*, sehingga tarif yang ditentukan tidak sesuai dan memerlukan perbaikan. Kendala-kendala ini menunjukkan bahwa proses klaim dapat mengalami penundaan jika prosedur entri data tidak optimal atau jika kelengkapan berkas tidak memadai, yang berdampak langsung pada kecepatan dan efektivitas pemrosesan klaim. Berdasarkan hal tersebut didapatkan beberapa faktor yang menyebabkan pending klaim dengan metode SWOT.

### Faktor Strength

Hasil penelitian didapatkan beberapa faktor kekuatan utama yang mendukung proses penyelesaian pengajuan klaim di unit *casemix* RS "X" Blitar. Prosedur klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diterapkan dengan baik, dengan petugas yang sudah terbiasa mengikuti alur entri data pada perangkat lunak INA-CBGs sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9 CM. Sumber Daya Manusia (SDM) di unit *casemix* sudah cukup, terdiri dari empat *coder* untuk koding rawat jalan dan satu untuk klaim rawat inap, semuanya memiliki latar belakang pendidikan yang relevan dan memahami tugas serta tanggung jawab mereka.

Sarana dan prasarana yang ada dianggap cukup oleh petugas sehingga tidak menghambat proses kodifikasi klaim. RS "X" Blitar sedang dalam tahap penyempurnaan *Electronic Medical Record* (EMR), yang meskipun belum sepenuhnya tersedia secara elektronik, sudah mempermudah tim *casemix* dalam mengakses riwayat pemeriksaan penunjang dan mengumpulkan berkas pendukung klaim pasien JKN.

Fasilitas komputer yang memadai, jaringan internet yang stabil, dan ruang kerja yang didesain sesuai kebutuhan tim *casemix* turut mendukung kelancaran proses ini. Penggunaan Praktek Panduan Klinis (PPK) sebagai referensi pengkodean klaim juga membantu *coder* menentukan kode yang tepat. Secara keseluruhan, prosedur klaim yang diterapkan di RS "X" Blitar berjalan dengan baik, didukung oleh SDM yang kompeten, sarana dan prasarana yang memadai, serta penggunaan referensi Panduan Praktik Klinis (PPK) yang efektif.

### Faktor Weakness

Terdapat beberapa faktor kelemahan yang memengaruhi proses pengajuan klaim di unit *casemix* RS "X" Blitar. Sistem informasi rumah sakit yang belum sepenuhnya terintegrasi menjadi salah satu hambatan utama, karena ketidaklengkapan lembar resume medis dan laporan operasi menghambat kelancaran klaim. Sistem ini sudah mempermudah beberapa aspek, tetapi ketidaklengkapan berkas tetap mempengaruhi integrasi dengan sistem BPJS Kesehatan. Pelatihan untuk petugas *coder* belum menjadi agenda rutin di RS "X" Blitar. Hal ini menciptakan kekurangan dalam pembaruan pengetahuan dan keterampilan *coder*, meskipun SDM secara umum sudah memadai. Petugas nonpelayanan mengalami kesulitan dalam membaca tulisan dokter, terutama yang tidak tertulis secara elektronik. Ini menjadi masalah dalam dimensi metode dan sarana, dan seharusnya mendorong penerapan sistem informasi medis (SIMRS) secara penuh. Belum adanya sistem motivasi seperti *reward* dan *punishment* juga menjadi kelemahan dalam dimensi SDM. Meskipun pernah diajukan, sistem ini belum diterapkan, yang dapat mempengaruhi motivasi dan kinerja petugas.

### Faktor Opportunity

Hasil penelitian menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan menyediakan fasilitas penting seperti penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), verifikasi kepesertaan, dan sistem pencatatan medis untuk mendukung kegiatan JKN. Hal ini dapat menjadi peluang positif bagi RS "X" Blitar untuk mendukung kegiatan klaim. Selain itu, BPJS Kesehatan juga menyediakan petunjuk teknis melalui berbagai peraturan dan panduan, yang dapat dimanfaatkan oleh rumah sakit. Dalam hal klaim yang mengalami *pending*, BPJS Kesehatan mengembalikan berkas untuk dikonfirmasi dan diperbaiki oleh rumah sakit sebelum diajukan kembali. RS "X" Blitar dapat menggunakan kesempatan ini untuk berkomunikasi dan berdiskusi dengan BPJS Kesehatan guna menyelesaikan masalah klaim.

### Faktor Threat

Hasil penelitian menunjukkan perbedaan dalam penentuan kode diagnosis antara PPK dan aturan BPJS Kesehatan. Sebagai contoh, pada kasus *neonatus* infeksi dengan kode P39.9, BPJS Kesehatan

mengharuskan jumlah leukosit di atas 30.000 sel per mikroliter, sementara ICD 10 tidak memberikan kriteria spesifik terkait jumlah leukosit. Perbedaan ini menyebabkan ketidaksesuaian antara kode yang ditetapkan oleh *coder* dan verifikator BPJS sehingga sering kali menimbulkan masalah dalam proses klaim. Penelitian juga mengidentifikasi bahwa BPJS Kesehatan sering memperbarui kebijakan dan peraturan terkait program JKN yang memaksa rumah sakit untuk menyesuaikan diri dengan perubahan tersebut. Pembaruan kebijakan ini merupakan tantangan bagi rumah sakit dalam menjaga kelancaran proses klaim.

### **Matriks SWOT**

Pada hasil FGD yang dilakukan untuk merancang strategi SWOT yang sesuai didapatkan hasil yang dapat dilihat pada tabel 1. Hasil FGD yang telah dilakukan dengan para informan, didapatkan strategi yang paling dominan ialah strategi SO (*Strength Opportunity*). Strategi SO merupakan strategi yang menggunakan kekuatan atau keunggulan untuk memanfaatkan peluang. Dari item *Strength* dan *Opportunity* yang ada, dapat dibentuk menjadi tiga strategi.

### **Meningkatkan Integrasi Sistem Informasi RS dengan Sistem BPJS**

Rumah sakit dapat memanfaatkan kekuatan internal berupa sarana dan prasarana yang sudah sangat baik dan memanfaatkan peluang dukungan BPJS dengan sistem terintegrasi. Strategi yang disarankan adalah meningkatkan integrasi sistem informasi rumah sakit dengan sistem BPJS. Hal ini dapat dilakukan dengan mengadopsi teknologi yang mendukung pertukaran data yang lancar antara rumah sakit dan BPJS. Program yang dapat dilaksanakan mencakup pengembangan dan implementasi teknologi integrasi seperti API atau sistem terpusat. Selain itu, perlu disusun rencana implementasi teknologi integrasi yang melibatkan pelatihan bagi staf IT rumah sakit serta pengembangan sistem komunikasi data yang efisien untuk memastikan kesesuaian dan kecepatan dalam proses klaim.

### **Menerapkan Juknis BPJS Secara Efektif dalam Proses Pengkodean dan Klaim**

Rumah sakit perlu memanfaatkan kekuatan prosedur dan alur entri data klaim yang sudah sesuai standar serta peluang adanya juknis BPJS yang jelas dan aplikatif. Strategi ini melibatkan penerapan juknis BPJS secara efektif dalam seluruh proses pengkodean dan klaim. Program yang dapat dijalankan adalah mengadakan pelatihan reguler untuk *coder* dan petugas terkait mengenai juknis BPJS, serta membuat panduan internal yang merangkum juknis BPJS sebagai referensi sehari-hari. Evaluasi berkala terhadap pemahaman dan penerapan juknis BPJS oleh petugas juga diperlukan melalui ujian atau penilaian

untuk memastikan bahwa seluruh proses berjalan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

### **Memanfaatkan Responsivitas BPJS dalam Penyelesaian Masalah Klaim untuk Meningkatkan Kecepatan Proses Klaim**

Rumah sakit dapat mempercepat proses klaim. Strategi yang diusulkan adalah memanfaatkan responsivitas BPJS dalam penyelesaian masalah klaim. Program yang dapat dilaksanakan termasuk membangun dan menerapkan mekanisme komunikasi yang efektif antara rumah sakit dan BPJS untuk mempercepat penyelesaian klaim. Selain itu, penting untuk membentuk tim khusus yang bertanggung jawab untuk berkoordinasi dengan BPJS dalam menangani dan menyelesaikan masalah klaim secara cepat. Rapat rutin antara pihak rumah sakit dan BPJS juga diperlukan untuk membahas dan mencari solusi yang efektif terhadap masalah yang muncul, sehingga proses klaim dapat berjalan dengan lebih lancar dan cepat.

### **DISKUSI**

Upaya mengkaji faktor-faktor penyebab keterlambatan klaim dan merumuskan strategi solusinya maka analisis SWOT menjadi metode yang relevan. Penelitian sebelumnya oleh Artanto (2018) menunjukkan bahwa faktor yang menyebabkan keterlambatan klaim ialah perbedaan persepsi dalam penentuan kode antara dokter, *coder*, dan verifikator BPJS seringkali mengakibatkan tertundanya klaim, sedangkan (Triatmaja, et al., 2022) menemukan bahwa kesulitan membaca tulisan dokter dan ketidaklengkapan berkas adalah penyebab utama keterlambatan klaim. Hal ini sesuai dengan Permenkes No. 27 Tahun 2014 yang menekankan pentingnya kodefikasi diagnosis dan prosedur sesuai ICD 10 dan ICD 9 CM dan Permenkes No. 76 Tahun 2016 yang mengatur aturan koding dalam INA-CBGs menggunakan ICD 10 revisi 2010 dan ICD 9 CM revisi 2010.

Analisis SWOT dapat mengidentifikasi kekuatan internal, kelemahan, peluang, dan ancaman yang mempengaruhi proses klaim. Kekuatan internal, seperti sarana dan prasarana yang baik serta kompetensi SDM harus dimanfaatkan untuk mengatasi kelemahan seperti sistem informasi yang belum terintegrasi dan kekurangan pelatihan. Penelitian (Mubarak, et al., 2016) mendukung ide ini dengan menunjukkan bahwa integrasi sistem informasi yang baik dapat mempercepat proses klaim, termasuk dalam penerbitan surat eligibilitas peserta (SEP) dan verifikasi kepesertaan. Selain itu, implementasi program JKN oleh BPJS Kesehatan mengikuti teknis pelaksanaan yang jelas seperti yang dijelaskan dalam berbagai peraturan (Lewiani, et al., 2017).

**Tabel 1.** Matriks SWOT

		Faktor Internal	<i>STRENGTH</i>	<i>WEAKNESS</i>
		Faktor Eksternal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dukungan BPJS dengan sistem terintegrasi.</li> <li>2) Juknis yang jelas dan aplikatif dari BPJS bagi seluruh RS yang bekerja sama.</li> <li>3) Pihak BPJS yang responsif terhadap masalah klaim yang dikomunikasikan oleh pihak RS.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Prosedur serta alur entri data klaim sesuai standar.</li> <li>2) SDM cukup secara jumlah.</li> <li>3) Menggunakan PPK sebagai referensi kodefikasi.</li> <li>4) Sarana dan prasarana sudah sangat baik.</li> <li>5) Metode pengkodean sesuai dengan aturan.</li> </ol>
<i>OPPORTUNITY</i>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Meningkatkan integrasi sistem informasi RS dengan sistem BPJS. (S4, O1)</li> <li>2) Menerapkan juknis BPJS secara efektif dalam proses pengkodean dan klaim. (S1, O2)</li> <li>3) Memanfaatkan rensposivitas BPJS dalam penyelesaian masalah klaim untuk meningkatkan kecepatan proses klaim. (S2, O3)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Meningkatkan kapasitas dan kompetensi tenaga administrasi RS dalam hal pemanfaatan sistem informasi. (W2, W3, O1)</li> <li>2) Menyempurnakan sistem komputerisasi untuk data diagnosa dan tindakan medis. (W3, O1)</li> </ol>	
	<i>THREAT</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perbedaan penentuan kode berdasarkan PPK dengan Aturan BPJS.</li> <li>2) BPJS sering memperbarui kebijakan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Meningkatkan kompetensi dan kapasitas <i>coder</i>. (S3, T1)</li> <li>2) Menyusun suatu instrumen kebijakan/SOP RS mengenai mitigasi perubahan kebijakan di BPJS. (S2, T2)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Membangun kerjasama dengan BPJS dalam hal pelatihan SDM rumah sakit. (W2, T1)</li> <li>2) Membangun sistem yang memotivasi tenaga kerja rumah sakit dalam menghadapi perubahan dan memastikan kepatuhan terhadap kebijakan yang baru. (W4, T2)</li> </ol>

Penerapan juknis yang jelas juga penting untuk mengoptimalkan proses klaim. Resume medis sebagai salah satu berkas penting merupakan syarat utama dalam pengajuan klaim pasien BPJS (Rahayu and Sari, 2023). Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) RI No. 312 Tahun 2020 menekankan bahwa kompetensi perekam medis dapat ditingkatkan melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan. Kegiatan klaim JKN harus dipastikan berjalan dengan lancar dan optimal, dan strategi seperti penerapan sistem motivasi juga diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap kebijakan (Wijayati, 2019).

Peluang eksternal seperti dukungan BPJS dengan sistem terintegrasi dapat memberikan manfaat signifikan karena pengintegrasian sistem dapat meningkatkan kualitas data, menyediakan data secara tepat waktu, serta meningkatkan proses umpan balik informasi kesehatan yang lebih efisien

(Junaedi, et al., 2024). Juknis yang jelas dan aplikatif dari BPJS dapat membantu mengurangi ketidakpastian dalam proses klaim. Rensponsivitas BPJS dalam penyelesaian masalah klaim juga memainkan peran penting karena memungkinkan penyelesaian masalah dengan cepat serta mengurangi penundaan sehingga memastikan klaim diproses secara efisien. Rumah sakit pengampu di tingkat provinsi yang telah memiliki *clinical pathway* untuk banyak tindakan medis dapat digunakan sebagai acuan dalam pembuatan *clinical pathway* untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan medis di rumah sakit (Ramayani, et al., 2024). *Clinical pathway* ini memungkinkan proses perawatan pasien menjadi lebih terstruktur dan hasil pengobatan lebih optimal, sebagaimana juga didukung oleh temuan Triatmaja (2022) yang menekankan pentingnya panduan yang jelas dalam praktik medis.

Perbedaan dalam penentuan kode antara PPK dengan aturan BPJS seringkali menjadi tantangan dalam proses klaim, sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa perbedaan persepsi antara koder dan petugas verifikator dalam penetapan kode diagnosis maupun tindakan dapat mengakibatkan keterlambatan klaim akibat ketidaktepatan kode diagnosis (Herman, et al., 2020). Selain itu, keberadaan beberapa rumah sakit sejenis di sekitar yang lebih berkembang, terutama karena mereka memiliki arus kas yang lebih baik juga menambah tingkat persaingan. Rumah sakit dengan kondisi finansial yang lebih solid dapat menawarkan layanan yang lebih luas dan berkualitas tinggi sehingga dapat meningkatkan kepuasan dan loyalitas pasien terhadap suatu rumah sakit (Rosita, et al., 2023).

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang terkait dengan data, instrumen, dan keterbatasan pada lokus penelitian. Pertama, keterbatasan dalam pengumpulan data yang dapat mempengaruhi representativitas temuan, mengingat sampel yang digunakan mungkin tidak mencakup seluruh variabilitas yang ada. Kedua, instrumen yang digunakan dalam penelitian ini mungkin belum sepenuhnya mengakomodasi semua variabel yang relevan, sehingga berpotensi membatasi kedalaman analisis. Ketiga, cakupan analisis dalam studi ini terbatas pada area tertentu yang mungkin tidak mewakili kondisi yang lebih luas, sehingga hasilnya mungkin tidak sepenuhnya dapat digeneralisasikan untuk konteks yang lebih luas. Keterbatasan dalam penelitian ini terletak pada penggunaan metode kualitatif saja tanpa melibatkan metode kuantitatif. Hal ini menyebabkan analisis SWOT yang dilakukan belum sepenuhnya mencerminkan posisi yang sebenarnya dalam kuadran SWOT. Keterbatasan juga terdapat pada jumlah dan representasi informan, baik dari aspek unit yang diwakili maupun jumlah informan yang terbatas sehingga temuan dalam hal SWOT dan strategi yang dihasilkan kurang maksimal. Untuk penelitian selanjutnya, disarankan untuk mengombinasikan metode kualitatif dan kuantitatif melalui perhitungan nilai SWOT agar hasil analisis lebih komprehensif dan akurat.

## KESIMPULAN

Penelitian ini mengidentifikasi beberapa faktor internal penting yang mempengaruhi proses klaim di rumah sakit, termasuk di antaranya prosedur entri data klaim yang sesuai standar, SDM yang cukup secara jumlah, penggunaan PPK sebagai referensi kodifikasi, serta sarana dan prasarana yang baik. Pada sisi lain, ditemukan kelemahan pada faktor internal seperti integrasi sistem informasi yang belum optimal, pelatihan *coder* yang tidak rutin, kesulitan dalam membaca tulisan dokter oleh

petugas non-pelayanan, dan kurangnya sistem motivasi bagi petugas. Terdapat faktor eksternal yang meliputi peluang dan tantangan. Peluang yang tersedia meliputi dukungan sistem terintegrasi dari BPJS, juknis BPJS yang jelas dan aplikatif, serta responsivitas BPJS terhadap masalah klaim. Tantangan yang dihadapi mencakup perbedaan penentuan kode antara PPK dan aturan BPJS serta seringnya pembaruan kebijakan BPJS. Strategi yang disarankan, berdasarkan analisis SWOT dan hasil FGD, mencakup meningkatkan integrasi sistem informasi RS dengan sistem BPJS Kesehatan, menerapkan juknis BPJS secara efektif dalam proses kodifikasi dan klaim, memanfaatkan responsivitas BPJS Kesehatan dalam penyelesaian masalah klaim untuk meningkatkan kecepatan proses klaim, meningkatkan kapasitas dan kompetensi tenaga administrasi RS dalam hal pemanfaatan sistem informasi, menyempurnakan sistem komputerisasi untuk data diagnosa dan tindakan medis, meningkatkan kompetensi dan kapasitas coder, menyusun suatu instrumen kebijakan/SOP RS mengenai mitigasi perubahan kebijakan di BPJS Kesehatan, membangun kerjasama dengan BPJS dalam hal pelatihan SDM rumah sakit, sistem yang memotivasi tenaga kerja rumah sakit dalam menghadapi perubahan dan memastikan kepatuhan terhadap kebijakan yang baru.

## REKOMENDASI

Saran yang dapat diberikan sebagai masukan agar klaim JKN dapat berjalan dengan optimal adalah dengan mengimplementasikan strategi yang sudah dirancang dengan menyusun kegiatan-kegiatan turunannya. Strategi dan kegiatan yang dapat dijalankan antara lain Meningkatkan integrasi sistem informasi RS dengan sistem BPJS Kesehatan yang dapat dilakukan dengan mengadopsi teknologi yang mendukung pertukaran data yang lancar antara rumah sakit dan BPJS; menerapkan juknis BPJS secara efektif dalam kodifikasi dan klaim, misalnya dengan mengadakan pelatihan reguler untuk coder dan petugas terkait mengenai juknis BPJS, serta membuat panduan internal yang merangkum juknis BPJS sebagai referensi sehari-hari; dan memanfaatkan responsivitas BPJS dalam penyelesaian masalah klaim untuk meningkatkan kecepatan proses klaim dengan cara membangun dan menerapkan mekanisme komunikasi yang efektif antara rumah sakit dan BPJS untuk mempercepat penyelesaian klaim.

## REFERENSI

EP Antonius Artanto, 2018, 'Faktor-faktor penyebab klaim tertunda BPJS kesehatan RSUD dr. kanujoso djatiwibowo periode Januari–Maret 2016', *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2).

- Heltiani, N., Asroni, N. & Suryani, T.E., 2023, 'Analisis Ketepatan Kode Diagnosa Obstetri Terhadap Kelancaran Klaim Bpjs Rs. X Kota Bengkulu', *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(1), 1–11.
- Herman, L.N., Farlinda, S., Ardianto, E.T. & Abdurachman, A.S., 2020, 'Tinjauan keterlambatan klaim berkas BPJS rawat inap di RSUP dr. Hasan Sadikin', *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 575–581.
- I Dewa Ayu, R.J. & Lutfan Lazuardi, 2023, 'Evaluasi Implementasi Dan Tingkat Digital Maturity Rekam Medis Elektronik Di Rsd Kota Mataram', *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan (The Indonesian Journal of Health Service Management)*, 26(3).
- Junaedi, F.A., Suryani, D.L. & Fadly, F., 2024, 'Perancangan Rekam Medis Elektronik Berbasis Web Dengan Platform Indonesia Health Service (Ihc) Di Puskesmas Tarogong Garut', *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-ilmu Keperawatan, Analis Kesehatan dan Farmasi*, 24(1).
- Kementrian Kesehatan RI, 2016, *Permenkes No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBG dalam Pelaksanaan JKN*.
- Lewiani Nia, Lisnawaty & Akifah, 2017, 'Proses Pengelolaan Klaim Pasien Bpjs Unit Rawat Inap Rumah Sakit Dr. R. Ismoyo Kota Kendari Tahun 2016 ', *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2.
- Maulida, E Safa dan Djunawan, Achmad. 2022. Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia. DOI : 10.14710/mkmi.21.6.374-379
- Menteri Kesehatan RI, 2014, *Peraturan Menteri Kesehatan no 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*.
- Menteri Kesehatan RI, 2020, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.01.07/MENKES/312/2020 Tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan*.
- Menteri Kesehatan RI, 2022, *Permenkes RI No. 18 Tahun 2022 Tentang Penyelenggaraan Satu Data Bidang Kesehatan Melalui Sistem Informasi Kesehatan*.
- Mubarak, Z.Y., Destyanto, F., Mustofa, M.I., Arif, A.M., Noor, E. & Nugroho, K.T., 2016, 'Perancangan Sistem Informasi Layanan Kesehatan Masyarakat Desa Jangrana Kabupaten Cilacap', *Data Manajemen dan Teknologi Informasi (DASI)*, 17(4), 50–55.
- Pratama, A., Fauzi, H., Nur Indira, Z. & Purnama Adi, P., 2023, 'Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen', *Jurnal Ilmiah Perkam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 8(1), 124–134.
- Rahayu, N. & Sari, I., 2023, 'Pengaruh Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Terhadap Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung', *Health Information: Jurnal Penelitian*, e1105–e1105.
- Ramayani, N., Rosyidah, R. & Hidayat, M.S., 2024, *Implementasi Clinical Pathway Terhadap Mutu, Biaya dan Varians Pelayanan: Suatu Studi Literatur, Jurnal Formil (Forum Ilmiah) Kesmas Respati*, vol. 9, 32–40.
- Republik Indonesia, 2022, *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022*, Jakarta.
- Rosita, N.P.I., Wijaya, I.W.S. & Mutiarahati, N.L.A.C., 2023, 'Strategi Manajemen Rumah Sakit Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Pasien', *Jurnal Abdi Mahosada*, 1(2), 28–35.
- Santiasih, W.A., Simanjorang, A. & Satria, B., 2022, 'Analisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai', *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 1381–1394.
- Triatmaja, A.B., Wijayanti, R.A. & Nuraini, N., 2022, 'Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSU Haji Surabaya', *J-REMI : Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 3(2), 131–138.
- Wijayati, H., 2019, *Panduan Analisis SWOT Untuk Kesuksesan Bisnis*, Anak Hebat Indonesia.
- Yastori, Y., Khumaira, N.F. & Amazan, H.M., 2023, 'Optimalisasi Kemampuan Koder Dalam Implementasi Rekam Medis Elektronik Di Rsi. Ibnu Sina'yarsi'bukittinggi', *Jurnal Abdimas Bina Bangsa*, 4(1), 676–682.