

# EFEKTIVITAS PEMROSESAN PENGKLAIMAN BERKAS PASIEN BPJS DI RUMAH SAKITUMUM DAERAH BOLAANG MONGONDOW UTARA

Fitri Ramdania Mararo <sup>1\*</sup>, Merlin Abd Rahman <sup>2</sup>, Moh Ichsan Arifin Antu <sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Stikes Bakti Nusantara Gorontalo

Email: [niakomararo@gmail.com](mailto:niakomararo@gmail.com)<sup>1\*</sup>, [merlinabd.rahman@gmail.com](mailto:merlinabd.rahman@gmail.com)<sup>2</sup>, [ichsanantu08@gmail.com](mailto:ichsanantu08@gmail.com)<sup>3</sup>

## Abstract

Medical record completeness is an important factor in the processing of National Health Insurance (BPJS Kesehatan) claims in hospitals. Incomplete documentation and administrative obstacles may lead to delays, claim returns, and rejections, potentially affecting hospital finances. This study aims to analyze the effectiveness of BPJS patient claim processing at Bolaang Mongondow Utara Regional General Hospital based on the Man, Machine, Materials, Method, and Money (5M) framework. This study employed a descriptive qualitative approach involving five informants, consisting of one BPJS unit supervisor as the key informant, one BPJS claims officer as the main informant, and three medical records officers as supporting informants. Data were collected through in-depth interviews, direct observation, and document review, then analyzed thematically through transcription, data reduction, categorization, and theme development. The findings indicate that BPJS claim processing has not been optimal. In terms of human resources, limited formal training remains an obstacle to improving staff competence. Regarding facilities and technology, integration between the hospital management information system (SIMRS) and the INA-CBGs application is not yet optimal, and network disruptions continue to occur. In terms of documentation, incomplete medical summaries, diagnoses, and supporting documents contribute to claim delays and returns. Regarding work procedures, the implementation of standard operating procedures (SOPs) and internal verification remains inconsistent. In terms of budgeting, there is no adequate dedicated allocation for staff training and information system maintenance. This study concludes that obstacles across all five dimensions affect the smooth processing of BPJS claims. Improvements should focus on enhancing staff competence, optimizing information systems, strengthening document verification, ensuring consistent SOP implementation, and providing adequate budgetary support.

**Keyword:** BPJS, Effectiveness, Hospital Claim, Medical Record, 5M

## Abstrak

Kelengkapan rekam medis merupakan salah satu faktor penting dalam pemrosesan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit. Ketidaklengkapan dokumen dan kendala administratif dapat menyebabkan keterlambatan, pengembalian, hingga penolakan klaim yang berdampak pada kondisi keuangan rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis efektivitas pemrosesan klaim pasien BPJS di RSUD Bolaang Mongondow Utara berdasarkan aspek Man, Machine, Materials, Method, dan Money (5M). Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan melibatkan lima informan yang terdiri atas satu penanggung jawab ruangan BPJS sebagai informan kunci, satu petugas klaim BPJS sebagai informan utama, dan tiga petugas rekam medis sebagai informan tambahan. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi langsung, dan telaah dokumen, kemudian dianalisis menggunakan analisis tematik melalui tahapan transkripsi, reduksi data, kategorisasi, dan penyusunan tema. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemrosesan klaim BPJS belum berjalan optimal. Pada aspek sumber daya manusia, keterbatasan pelatihan formal menjadi kendala peningkatan kompetensi petugas. Pada aspek sarana, integrasi SIMRS dengan aplikasi INA-CBGs belum optimal dan masih ditemukan gangguan jaringan. Pada aspek dokumen, ketidaklengkapan resume medis, diagnosis, dan dokumen pendukung menyebabkan keterlambatan serta pengembalian klaim. Pada aspek metode, pelaksanaan standar operasional prosedur (SOP) dan verifikasi internal belum konsisten. Pada aspek anggaran, belum tersedia alokasi khusus yang memadai untuk pelatihan petugas dan pemeliharaan sistem informasi. Penelitian ini menyimpulkan bahwa hambatan pada kelima aspek tersebut memengaruhi kelancaran pemrosesan klaim. Perbaikan perlu diarahkan pada peningkatan kompetensi petugas, optimalisasi sistem informasi, penguatan verifikasi dokumen, konsistensi pelaksanaan SOP, dan dukungan anggaran yang memadai.

**Kata Kunci:** BPJS, Efektivitas, Klaim Rumah Sakit, Rekam Medis, 5M

## 1. Pendahuluan

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diatur oleh pemerintah melalui kebijakan nasional mempunyai peran strategis dalam meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Keberlangsungan pembiayaan layanan kesehatan yang disalurkan melalui mekanisme klaim BPJS mensyaratkan proses administrasi yang tepat, lengkap, dan terkelola dengan baik agar rumah sakit memperoleh kompensasi yang sesuai dan tepat waktu (1).

Ketepatan dan kelengkapan berkas rekam medis menjadi syarat utama dalam verifikasi klaim BPJS. Dokumen yang tidak lengkap atau tidak memenuhi standar administrasi menyebabkan klaim tertunda atau ditolak, sehingga berdampak pada arus kas rumah sakit dan ketersediaan sumber daya untuk pelayanan pasien (2). Penelusuran terhadap praktik klaim di berbagai lembaga menunjukkan bahwa masalah ketidaklengkapan dokumen masih banyak ditemui, termasuk ketidaksesuaian kode diagnosis atau tanda tangan dokter yang tidak lengkap (3).

Penelitian sebelumnya menemukan angka ketidaklengkapan berkas yang signifikan pada rumah sakit rujukan, yang pada beberapa studi mencapai proporsi tinggi dan berhubungan langsung dengan tingkat persetujuan klaim BPJS (4). Studi lain melaporkan bahwa kelengkapan resume medis, lampiran hasil penunjang, serta kelengkapan SEP dan surat perintah rawat merupakan determinan penting dalam percepatan proses klaim (5). Temuan-temuan ini menunjukkan perlunya penguatan standar pengisian berkas dan pemantauan internal untuk mencegah keterlambatan klaim.

Beberapa faktor yang memengaruhi efektivitas pemrosesan klaim dapat dianalisis melalui pendekatan 5M: aspek manusia (kompetensi petugas), aspek mesin (integrasi SIMRS dan INA-CBGs), aspek bahan (kelengkapan dokumen), aspek metode (SOP dan alur kerja), serta aspek pembiayaan (alokasi anggaran untuk pengembangan kapasitas). Kajian manajerial dan administrasi rumah sakit menegaskan bahwa koordinasi antarunit dan dukungan sistem informasi merupakan prasyarat untuk menurunkan frekuensi klaim tertunda (6).

Rumah Sakit Umum Daerah Bolaang Mongondow Utara menghadapi tantangan pengelolaan klaim BPJS yang serupa dengan temuan nasional, antara lain: ketidaklengkapan berkas rekam medis, integrasi sistem yang belum optimal, keterlambatan penyerahan berkas, serta kebutuhan peningkatan kompetensi koding diagnosis. Kondisi tersebut memicu perlunya kajian empiris yang sistematis untuk mengidentifikasi faktor penghambat dan peluang perbaikan pada tingkat rumah sakit (7).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis efektivitas pemrosesan pengklaiman berkas pasien BPJS di RSUD Bolaang Mongondow Utara dengan menggunakan pendekatan 5M. Tujuan khusus penelitian adalah menggambarkan kesiapan sumber daya manusia, instrumen teknologi informasi, kelengkapan dokumen, tata kerja operasional, dan dukungan anggaran yang berpengaruh terhadap kelancaran proses klaim. Hasil penelitian diharapkan memberikan rekomendasi praktis bagi manajemen rumah sakit untuk mempercepat dan meningkatkan keberhasilan pengajuan klaim BPJS.

## 2. Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif. Desain ini dipilih untuk memperoleh pemahaman mendalam mengenai proses pemrosesan klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Bolaang Mongondow Utara melalui perspektif petugas terkait dan dokumen yang tersedia (2).

Lokasi penelitian berada di Rumah Sakit Umum Daerah Bolaang Mongondow Utara dengan fokus pada unit yang menangani proses klaim BPJS. Informan ditentukan secara purposive dengan kriteria keterlibatan langsung dalam pengelolaan berkas klaim, meliputi petugas rekam medis, staf administrasi, serta pejabat yang berwenang dalam verifikasi dokumen. Jumlah informan ditetapkan hingga mencapai titik kejenuhan data.

Teknik pengumpulan data meliputi wawancara mendalam, observasi langsung, dan telaah dokumen. Wawancara dilakukan secara semi-terstruktur dengan panduan yang disusun berdasarkan kerangka analisis 5M (Man, Machine, Materials, Method, Money). Observasi diarahkan pada prosedur kerja dan alur berkas, sedangkan telaah dokumen dilakukan pada rekam medis, resume medis, serta berkas klaim yang diajukan. Analisis data dilakukan dengan teknik analisis tematik. Proses analisis dimulai dengan transkripsi hasil wawancara, reduksi data, kategorisasi, dan penyusunan tema. Tahapan koding mengikuti pedoman analisis kualitatif untuk memastikan temuan merepresentasikan data lapangan secara sistematis (8). Validitas data diperkuat melalui triangulasi sumber, metode, dan dokumen (10). Pertimbangan etika dijalankan dengan memperoleh izin dari pihak rumah sakit dan menjaga kerahasiaan identitas informan. Setiap kutipan wawancara disajikan dengan inisial informan tanpa menyebutkan nama asli untuk menjaga kerahasiaan.

### 3. Hasil dan Pembahasan

Penelitian ini melibatkan lima informan yang terdiri atas satu penanggung jawab ruangan BPJS sebagai informan kunci, satu petugas klaim BPJS sebagai informan utama, dan tiga petugas rekam medis sebagai informan tambahan. Data penelitian diperoleh melalui wawancara mendalam, observasi alur kerja, dan telaah dokumen klaim. Seluruh data dianalisis secara tematik menggunakan kerangka Man, Machine, Materials, Method, dan Money (5M) untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi efektivitas pemrosesan klaim BPJS di RSUD Bolaang Mongondow Utara (8).

Analisis tidak hanya diarahkan pada identifikasi kendala di setiap aspek, tetapi juga pada keterkaitan antarfaktor yang berpotensi memengaruhi ketepatan waktu, kelengkapan dokumen, dan kelancaran pengajuan klaim. Temuan penelitian menunjukkan bahwa hambatan pemrosesan klaim berkaitan dengan kompetensi petugas, dukungan teknologi informasi, kelengkapan dokumen rekam medis, konsistensi prosedur kerja, dan dukungan anggaran.

**Tabel 1.** Karakteristik Informan

| Kode      | Peran Informan                | Jenis Informan    | Jumlah |
|-----------|-------------------------------|-------------------|--------|
| I-01      | Penanggung jawab ruangan BPJS | Informan kunci    | 1      |
| I-02      | Petugas klaim BPJS            | Informan utama    | 1      |
| I-03-I-05 | Petugas rekam medis           | Informan tambahan | 3      |
|           | Total                         |                   | 5      |

Sumber: Data primer penelitian.

#### 3.1. Aspek Man (Sumber Daya Manusia)

Hasil wawancara menunjukkan adanya perbedaan penilaian mengenai kompetensi petugas yang terlibat dalam pemrosesan klaim BPJS. Informan utama mengungkapkan bahwa kemampuan petugas koding dan petugas klaim masih terbatas karena belum

pernah mengikuti pelatihan formal dari kementerian. Penguasaan pekerjaan selama ini lebih banyak diperoleh melalui pembelajaran mandiri. Informan kunci memberikan penilaian berbeda dengan menyatakan bahwa kompetensi petugas telah sesuai dengan kebutuhan pelayanan. Informan tambahan mengungkapkan bahwa keterlambatan klaim dapat menurunkan semangat kerja dan memengaruhi motivasi petugas dalam menjalankan pekerjaan.

Perbedaan pandangan tersebut menunjukkan bahwa penilaian terhadap kompetensi petugas belum sepenuhnya menggunakan ukuran yang sama. Penanggung jawab unit dapat menilai kompetensi berdasarkan kemampuan petugas menyelesaikan pekerjaan sehari-hari, sedangkan petugas yang terlibat langsung dalam proses klaim dapat merasakan keterbatasan pengetahuan teknis ketika menghadapi kasus atau persyaratan administrasi tertentu. Perbedaan ini tidak serta-merta menunjukkan bahwa salah satu penilaian keliru. Temuan tersebut justru memperlihatkan perlunya penilaian kompetensi yang didasarkan pada persyaratan pekerjaan, ketepatan hasil, dan kemampuan menangani permasalahan klaim.

Pemrosesan klaim BPJS membutuhkan kemampuan yang tidak terbatas pada kegiatan administratif. Petugas perlu memastikan kesesuaian identitas pasien, kelengkapan dokumen pelayanan, konsistensi diagnosis, ketepatan pengodean, dan kesesuaian informasi yang digunakan dalam pengajuan klaim. Keterbatasan pengetahuan pada salah satu tahapan dapat meningkatkan kebutuhan pemeriksaan ulang dan perbaikan dokumen. Kondisi tersebut berpotensi memperpanjang waktu penyelesaian berkas, terutama apabila petugas belum memiliki pedoman teknis yang memadai atau belum memperoleh pembaruan pengetahuan mengenai ketentuan pengajuan klaim.

Kurnia dan Mahdalena [7] membahas faktor penyebab pending claim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap. Penelitian tersebut relevan sebagai pembanding dalam memahami bahwa permasalahan klaim perlu ditinjau melalui faktor-faktor yang memengaruhi proses pengajuan. Temuan penelitian di RSUD Bolaang Mongondow Utara memberikan penekanan pada keterbatasan pelatihan formal dan penguasaan pekerjaan melalui pembelajaran mandiri. Keterbatasan tersebut perlu dianalisis bersama kondisi operasional karena kemampuan petugas berhubungan dengan ketepatan pelaksanaan prosedur dan kemampuan mengenali kekurangan dokumen sebelum pengajuan.

Penurunan motivasi kerja yang disampaikan informan tambahan juga memperlihatkan adanya dimensi organisasi dalam permasalahan sumber daya manusia. Keterlambatan klaim dapat meningkatkan beban pekerjaan ketika berkas yang tertunda harus diselesaikan bersamaan dengan pekerjaan rutin. Penggunaan kerja lembur sebagai cara mengatasi penumpukan berkas, sebagaimana ditemukan pada aspek Method, dapat memperbesar tekanan kerja apabila berlangsung berulang. Hubungan tersebut menunjukkan bahwa persoalan motivasi tidak cukup ditangani melalui pendekatan individual, tetapi perlu dikaji bersama pembagian beban kerja, kepastian alur penyerahan berkas, dan dukungan manajemen.

Kecukupan jumlah petugas juga belum dapat dipastikan hanya berdasarkan penilaian bahwa tenaga yang tersedia telah memenuhi kebutuhan. Penilaian tersebut perlu mempertimbangkan jumlah berkas yang diproses, pembagian tanggung jawab, waktu penyelesaian setiap tahapan, dan frekuensi pekerjaan yang harus diperbaiki. Naskah penelitian belum menyajikan data mengenai beban kerja atau produktivitas petugas

sehingga belum tersedia dasar yang cukup untuk menyimpulkan bahwa hambatan utama terletak pada kualitas kompetensi dan bukan pada distribusi pekerjaan.

Implikasi dari temuan ini adalah perlunya pemetaan kompetensi petugas berdasarkan tanggung jawab masing-masing. Pelatihan sebaiknya diarahkan pada kebutuhan yang ditemukan dalam proses klaim, termasuk pengodean diagnosis, pemeriksaan kelengkapan dokumen, dan penanganan berkas yang dikembalikan. Evaluasi dapat dilakukan melalui ketepatan hasil pekerjaan, jumlah berkas yang membutuhkan perbaikan, waktu penyelesaian, dan kepatuhan terhadap prosedur. Indikator tersebut merupakan usulan pengukuran untuk perbaikan manajemen, bukan hasil yang telah diukur dalam penelitian ini.

### **3.2. Aspek Machine (Sarana dan Sistem Informasi)**

Wawancara dan observasi menunjukkan bahwa dukungan teknologi informasi dalam pemrosesan klaim BPJS belum optimal. Petugas melaporkan adanya kendala integrasi antara sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) dan aplikasi INA-CBGs, gangguan jaringan, serta keterbatasan perangkat keras. Hambatan tersebut memperlambat proses entri data dan menyebabkan berkas menumpuk menjelang batas waktu pengajuan klaim.

Temuan ini memperlihatkan bahwa ketersediaan sistem informasi belum secara otomatis menjamin kelancaran proses klaim. Efektivitas pemanfaatan teknologi bergantung pada kemampuan sistem mendukung alur kerja, kestabilan jaringan, kecukupan perangkat, dan kesesuaian informasi yang digunakan pada setiap tahapan. Gangguan pada salah satu komponen dapat memperlambat pekerjaan meskipun komponen lainnya masih dapat digunakan.

SIMRS dan aplikasi INA-CBGs memiliki fungsi yang saling berkaitan, tetapi berbeda. SIMRS digunakan untuk mendukung pengelolaan informasi pelayanan rumah sakit, sedangkan aplikasi INA-CBGs digunakan dalam proses pengodean dan pengelompokan kasus untuk mendukung perhitungan tarif klaim. Keterbatasan integrasi di antara keduanya dapat meningkatkan kebutuhan pemeriksaan dan pemindahan data secara manual, bergantung pada alur kerja yang diterapkan rumah sakit. Pekerjaan manual yang berulang berpotensi memperpanjang waktu pemrosesan serta meningkatkan risiko ketidaksesuaian informasi apabila tidak disertai mekanisme pemeriksaan yang memadai.

Pohan et al. [4] membahas sistem pengelolaan rekam medis pada rumah sakit umum daerah. Referensi tersebut dapat digunakan untuk memberikan konteks mengenai pentingnya pengelolaan sistem dan informasi rekam medis. Temuan di RSUD Bolaang Mongondow Utara secara lebih khusus menunjukkan kendala berupa jaringan yang lambat, keterbatasan perangkat, dan integrasi sistem yang belum optimal. Permasalahan tersebut perlu dibedakan karena masing-masing membutuhkan penanganan yang berbeda. Gangguan jaringan membutuhkan penanganan infrastruktur, keterbatasan perangkat membutuhkan evaluasi kebutuhan sarana, sedangkan kendala pertukaran data membutuhkan pemeriksaan terhadap integrasi dan alur penggunaan sistem.

Penumpukan berkas menjelang batas waktu pengajuan menunjukkan bahwa kendala teknologi berhubungan dengan pengendalian waktu kerja. Gangguan yang terjadi pada tahap entri data dapat mengurangi waktu yang tersedia untuk pemeriksaan kelengkapan dan verifikasi. Kondisi tersebut juga berkaitan dengan aspek Materials, karena berkas yang belum lengkap memerlukan pemeriksaan tambahan sebelum dapat diajukan.

Hubungan ini memperlihatkan bahwa keterlambatan tidak dapat dijelaskan hanya berdasarkan gangguan sistem, tetapi perlu ditinjau berdasarkan keseluruhan alur pemrosesan klaim.

Naskah penelitian belum menjelaskan apakah rekam medis elektronik telah digunakan pada seluruh unit pelayanan atau hanya pada sebagian tahapan. Informasi tersebut penting untuk memahami sejauh mana pertukaran data telah berlangsung secara elektronik dan bagian mana yang masih mengandalkan dokumen fisik atau pencatatan manual. Tanpa informasi tersebut, pembahasan mengenai integrasi SIMRS dan INA-CBGs perlu dibatasi pada kendala yang benar-benar disampaikan informan.

Perbaikan pada aspek Machine perlu dimulai dengan pemetaan titik gangguan pada alur pemrosesan klaim. Rumah sakit dapat mencatat frekuensi gangguan jaringan, durasi sistem tidak dapat digunakan, jumlah berkas yang tertunda akibat kendala teknis, dan kebutuhan perbaikan perangkat. Data tersebut dapat digunakan untuk menentukan prioritas pemeliharaan serta mengevaluasi apakah perbaikan sistem telah mengurangi keterlambatan pengajuan. Penguatan teknologi perlu berjalan bersama pembenahan prosedur dan peningkatan kompetensi petugas agar manfaat perbaikan dapat dirasakan pada keseluruhan proses klaim.

### **3.3. Aspek Materials (Kelengkapan Dokumen Rekam Medis)**

Hasil telaah dokumen dan wawancara menunjukkan bahwa ketidaklengkapan rekam medis masih menjadi hambatan dalam pemrosesan klaim BPJS. Kekurangan dokumen yang ditemukan meliputi resume medis yang belum ditandatangani dokter penanggung jawab, diagnosis yang belum ditulis secara lengkap, dan dokumen pendukung yang belum dilampirkan. Informan menyebutkan bahwa kondisi tersebut menjadi penyebab keterlambatan dan pengembalian berkas klaim.

Temuan ini memperlihatkan bahwa kesiapan berkas untuk diajukan tidak hanya ditentukan oleh tersedianya dokumen, tetapi juga oleh kelengkapan informasi dan pemenuhan persyaratan administrasi. Resume medis yang belum ditandatangani menunjukkan bahwa dokumen belum selesai pada aspek pengesahan. Diagnosis yang belum lengkap dapat menyulitkan penilaian kesesuaian informasi klinis dengan proses pengodean, sedangkan dokumen pendukung yang tidak tersedia dapat menghambat pemeriksaan terhadap dasar pengajuan klaim.

Ketidaklengkapan dokumen juga menimbulkan konsekuensi berupa pekerjaan berulang. Berkas yang belum memenuhi persyaratan perlu ditelusuri kembali, dilengkapi oleh pihak yang bertanggung jawab, kemudian diperiksa ulang sebelum diajukan. Proses tersebut membutuhkan koordinasi antara unit pelayanan, dokter penanggung jawab, petugas rekam medis, dan petugas klaim. Keterlambatan pada satu tahap dapat memengaruhi tahap berikutnya, terutama ketika dokumen baru diterima mendekati batas waktu pengajuan.

Amran, Apriyani, dan Dewi [2] membahas pentingnya kelengkapan rekam medis di rumah sakit. Rahayu dan Sari [5] secara khusus membahas pengaruh kelengkapan pengisian resume medis terhadap pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Kedua referensi tersebut relevan untuk menjelaskan pentingnya kualitas dokumen dalam mendukung proses administrasi klaim. Temuan di RSUD Bolaang Mongondow Utara memberikan gambaran mengenai bentuk kekurangan yang masih ditemukan, yakni belum adanya

tanda tangan dokter, diagnosis yang belum lengkap, dan tidak tersedianya dokumen pendukung.

Ketiga bentuk ketidaklengkapan tersebut membutuhkan penanganan yang berbeda. Dokumen yang belum ditandatangani membutuhkan penyelesaian pengesahan oleh pihak berwenang. Diagnosis yang belum lengkap membutuhkan pemeriksaan terhadap informasi klinis dan koordinasi dengan tenaga medis terkait. Dokumen pendukung yang belum dilampirkan membutuhkan penelusuran dan pengumpulan dokumen sesuai kebutuhan klaim. Pengelompokan masalah berdasarkan jenis ketidaklengkapan akan membantu rumah sakit menentukan unit yang bertanggung jawab dan bentuk perbaikan yang diperlukan.

Pengendalian kelengkapan dokumen tidak seharusnya dibebankan sepenuhnya kepada petugas klaim. Informasi klinis dihasilkan oleh tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan, sedangkan petugas rekam medis dan petugas klaim menjalankan pemeriksaan sesuai tanggung jawabnya. Pembagian tanggung jawab yang jelas diperlukan agar kekurangan dapat diperbaiki pada tahap awal, bukan baru diketahui ketika berkas memasuki proses pengajuan. Mekanisme ini juga dapat mengurangi kebutuhan pengembalian dokumen secara berulang.

Penelitian ini belum menyajikan jumlah berkas yang diperiksa, proporsi berkas yang tidak lengkap, frekuensi setiap jenis kekurangan, atau jumlah klaim yang dikembalikan. Oleh karena itu, ketidaklengkapan dokumen dapat dinyatakan sebagai salah satu hambatan berdasarkan temuan kualitatif, tetapi belum dapat ditetapkan sebagai faktor dengan kontribusi terbesar terhadap keterlambatan klaim secara kuantitatif.

Upaya perbaikan perlu diarahkan pada pemeriksaan kelengkapan sebelum pengajuan menggunakan daftar periksa yang disesuaikan dengan kebutuhan dokumen klaim. Setiap kekurangan perlu dicatat berdasarkan jenis dokumen, unit asal, waktu penyelesaian, dan pihak yang bertanggung jawab. Evaluasi dapat dilakukan melalui persentase berkas yang lengkap pada pemeriksaan pertama, jumlah berkas yang dikembalikan, jenis kekurangan yang berulang, dan waktu yang dibutuhkan untuk melengkapi dokumen. Hasil pengukuran tersebut dapat menjadi dasar untuk menentukan bagian alur yang memerlukan pengawasan lebih ketat.

### **3.4. Aspek Method (Prosedur Kerja dan Standar Operasional Prosedur)**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rumah sakit telah memiliki SOP terkait pemrosesan klaim BPJS, tetapi pelaksanaannya belum konsisten. Berkas dari ruang perawatan dilaporkan sering terlambat diserahkan, sedangkan verifikasi internal belum dilaksanakan secara berlapis. Informan menjelaskan bahwa komunikasi melalui grup pesan singkat dan kerja lembur sering digunakan untuk mempercepat penyelesaian berkas yang tertunda.

Temuan tersebut menunjukkan adanya kesenjangan antara ketersediaan prosedur formal dan penerapannya dalam kegiatan operasional. SOP berfungsi sebagai pedoman mengenai tahapan pekerjaan, pembagian tanggung jawab, dan standar penyelesaian. Keberadaan dokumen SOP belum menjamin bahwa seluruh tahapan dilaksanakan sesuai ketentuan apabila pemantauan, pengawasan, dan tindak lanjut terhadap penyimpangan belum berjalan secara konsisten.

Keterlambatan penyerahan berkas dari ruang perawatan dapat memengaruhi tahapan pemrosesan berikutnya. Petugas klaim memerlukan dokumen yang telah tersedia untuk melakukan pemeriksaan kelengkapan dan mempersiapkan pengajuan. Apabila penyerahan berlangsung tidak teratur, waktu yang tersedia untuk pemeriksaan dan perbaikan menjadi lebih terbatas. Situasi tersebut dapat meningkatkan penumpukan pekerjaan menjelang batas waktu pengajuan, terutama ketika berkas yang terlambat juga memiliki kekurangan dokumen.

Komunikasi informal melalui grup pesan singkat menunjukkan adanya upaya petugas untuk menjaga koordinasi ketika menghadapi hambatan operasional. Mekanisme tersebut dapat membantu menyampaikan informasi secara cepat, tetapi belum tentu menyediakan pengendalian yang memadai apabila tidak disertai pencatatan status berkas, penanggung jawab, dan batas waktu penyelesaian. Kerja lembur juga dapat membantu menyelesaikan pekerjaan yang tertunda, tetapi tidak menyelesaikan penyebab keterlambatan apabila masalah pada penyerahan berkas dan verifikasi internal terus berulang.

Susanto et al. [16] membahas efektivitas verifikasi klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Referensi tersebut dapat digunakan sebagai pembandingan mengenai pentingnya proses verifikasi dalam pengelolaan klaim. Amran [12] membahas prosedur BPJS dan klaim oleh rumah sakit, yang relevan untuk memberikan konteks mengenai pelaksanaan prosedur administrasi. Pembahasan pada penelitian ini perlu tetap berfokus pada temuan aktual, yaitu keterlambatan penyerahan dokumen, belum konsistennya verifikasi internal, dan penggunaan langkah informal untuk mengejar penyelesaian klaim.

Verifikasi internal perlu dipahami sebagai mekanisme pengendalian mutu sebelum pengajuan, bukan sekadar pemeriksaan administratif pada akhir proses. Pemeriksaan yang dilakukan secara terstruktur dapat membantu menemukan ketidaklengkapan lebih awal dan memberikan waktu bagi unit terkait untuk melakukan perbaikan. Pembagian tugas yang jelas juga diperlukan agar pemeriksaan tidak bergantung pada satu petugas atau dilakukan hanya ketika mendekati batas waktu pengajuan.

Penelitian ini belum mengukur tingkat kepatuhan terhadap setiap tahapan SOP dan belum menyajikan data mengenai durasi keterlambatan penyerahan dokumen. Oleh karena itu, besarnya penyimpangan prosedur dan tahap yang paling sering mengalami keterlambatan belum dapat ditentukan. Temuan kualitatif yang tersedia cukup untuk menunjukkan perlunya penguatan pengawasan, tetapi belum cukup untuk menilai tingkat kepatuhan secara kuantitatif.

Perbaikan pada aspek Method dapat dimulai dengan penetapan batas waktu penyerahan berkas, penunjukan penanggung jawab pada setiap tahapan, dan pelaksanaan verifikasi internal sebelum pengajuan. Rumah sakit juga perlu memiliki pencatatan mengenai berkas yang terlambat, unit asal, penyebab keterlambatan, dan tindak lanjut yang dilakukan. Indikator evaluasi dapat mencakup ketepatan waktu penyerahan berkas, kepatuhan terhadap SOP, proporsi berkas yang lolos pemeriksaan pertama, dan frekuensi kerja lembur akibat penumpukan pekerjaan. Penggunaan indikator tersebut memungkinkan manajemen menilai apakah perubahan prosedur menghasilkan perbaikan yang nyata.

### 3.5. Aspek Money (Anggaran dan Dampak Keuangan)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa belum tersedia alokasi anggaran khusus yang memadai untuk pengembangan kompetensi sumber daya manusia dan pemeliharaan sistem informasi. Informan juga menyampaikan bahwa keterlambatan klaim dapat menimbulkan kerugian ketika pengajuan ulang melewati batas waktu yang berlaku dan tidak dapat dibayarkan. Keterlambatan penerimaan pembayaran klaim turut berpotensi memengaruhi arus kas operasional rumah sakit.

Temuan ini menunjukkan bahwa aspek anggaran memiliki hubungan dengan kemampuan rumah sakit memperbaiki hambatan pada aspek lain. Keterbatasan dana untuk pelatihan dapat mengurangi kesempatan petugas meningkatkan kompetensi, sedangkan keterbatasan anggaran pemeliharaan dapat memengaruhi keandalan sarana teknologi. Hubungan tersebut memperlihatkan bahwa anggaran berperan sebagai sumber daya pendukung bagi pelaksanaan perbaikan, bukan sekadar komponen pembiayaan yang berdiri sendiri.

Dampak keuangan akibat keterlambatan klaim perlu dibedakan antara tertundanya penerimaan pembayaran dan klaim yang benar-benar tidak dapat dibayarkan. Penundaan pembayaran dapat menimbulkan tekanan terhadap arus kas karena rumah sakit tetap harus membiayai kegiatan operasional, sedangkan klaim yang tidak dibayarkan dapat menimbulkan kerugian pendapatan. Kedua kondisi tersebut memiliki konsekuensi berbeda dan memerlukan data yang berbeda untuk menilai besarnya dampak.

Pernyataan informan mengenai pengajuan ulang yang melewati batas enam bulan perlu ditelaah berdasarkan ketentuan yang berlaku pada periode penelitian. Naskah belum menyertakan dokumen pendukung mengenai batas waktu tersebut, jumlah klaim yang melewati batas, atau nilai nominal klaim yang tidak dapat dibayarkan. Oleh sebab itu, pernyataan mengenai kerugian finansial perlu diposisikan sebagai informasi dari informan sampai dapat dikonfirmasi melalui dokumen administrasi dan keuangan rumah sakit.

Hubungan aspek Money dengan aspek Man dan Machine menunjukkan bahwa perbaikan proses klaim memerlukan dukungan sumber daya yang terencana. Pelatihan petugas membutuhkan anggaran, sebagaimana pemeliharaan perangkat dan peningkatan dukungan teknis. Penentuan prioritas pembiayaan perlu didasarkan pada masalah yang paling sering terjadi, dampaknya terhadap waktu pemrosesan, serta risiko terhadap kelengkapan dan keberhasilan pengajuan klaim.

Penelitian ini belum menyediakan data mengenai nilai klaim tertunda, jumlah klaim yang tidak dibayarkan, biaya kerja lembur, anggaran pelatihan, maupun biaya pemeliharaan sistem. Kondisi tersebut membatasi kemampuan penelitian untuk menghitung besarnya kerugian finansial atau menentukan nilai anggaran yang ideal. Pembahasan aspek keuangan karena itu lebih tepat diarahkan pada kebutuhan penguatan perencanaan anggaran dan pemantauan dampak keterlambatan.

Implikasi manajerialnya adalah perlunya pencatatan terpisah mengenai klaim tertunda, klaim yang dikembalikan, klaim yang tidak dapat dibayarkan, serta waktu penerimaan pembayaran. Informasi tersebut dapat digunakan bersama data kebutuhan pelatihan dan pemeliharaan sistem untuk menentukan prioritas anggaran. Indikator keberhasilan dapat mencakup realisasi anggaran pelatihan, pemeliharaan perangkat, jumlah klaim yang tertunda, dan waktu antara pengajuan dengan penerimaan

pembayaran. Penetapan indikator tersebut akan membantu rumah sakit menilai apakah alokasi sumber daya memberikan perbaikan terhadap proses klaim.

### **3.6. Implikasi Penelitian**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hambatan pemrosesan klaim BPJS di RSUD Bolaang Mongondow Utara melibatkan keterkaitan antara kompetensi petugas, dukungan teknologi informasi, kelengkapan dokumen, pelaksanaan prosedur, dan ketersediaan anggaran. Kerangka 5M membantu mengidentifikasi setiap kelompok permasalahan, sedangkan keterkaitan antaraspek memberikan dasar untuk menyusun urutan perbaikan yang lebih terarah.

Penumpukan berkas menjelang batas waktu pengajuan memperlihatkan hubungan antara kendala teknologi, ketepatan penyerahan dokumen, dan pelaksanaan verifikasi. Gangguan sistem dapat memperlambat entri data, sementara ketidaklengkapan dokumen menambah kebutuhan pemeriksaan dan perbaikan. Keterbatasan pelatihan dapat memengaruhi kemampuan petugas dalam menangani permasalahan teknis maupun administratif. Ketersediaan anggaran diperlukan untuk mendukung peningkatan kompetensi, pemeliharaan sarana, dan penguatan mekanisme pengendalian.

Prioritas perbaikan pertama adalah memperkuat pengendalian kelengkapan dokumen dan ketepatan alur kerja. Rumah sakit dapat menerapkan daftar periksa dokumen sebelum pengajuan, menetapkan batas waktu penyerahan berkas dari unit pelayanan, serta memperjelas tanggung jawab pada setiap tahapan. Prioritas ini berkaitan langsung dengan temuan berupa resume medis yang belum ditandatangani, diagnosis yang belum lengkap, dokumen pendukung yang belum tersedia, dan keterlambatan penyerahan berkas.

Prioritas kedua adalah meningkatkan kompetensi petugas dan keandalan sistem informasi. Pemetaan kebutuhan pelatihan dapat dilakukan berdasarkan tugas petugas klaim dan koder, sedangkan evaluasi teknologi perlu diarahkan pada gangguan jaringan, keterbatasan perangkat, dan kendala pertukaran data. Pelaksanaan kedua upaya tersebut perlu disesuaikan dengan hasil identifikasi masalah agar sumber daya tidak dialokasikan pada kegiatan yang tidak berhubungan langsung dengan hambatan yang ditemukan.

Prioritas ketiga adalah memperkuat dukungan anggaran dan pemantauan kinerja. Kebutuhan pelatihan, pemeliharaan perangkat, dan pengendalian dokumen perlu dipertimbangkan dalam perencanaan anggaran berdasarkan prioritas operasional. Pemantauan dapat dilakukan melalui indikator kelengkapan berkas pada pemeriksaan pertama, ketepatan waktu penyerahan dokumen, jumlah klaim yang dikembalikan, durasi penyelesaian berkas, dan frekuensi gangguan sistem yang menghambat pengajuan. Indikator tersebut merupakan usulan evaluasi yang perlu disesuaikan dengan ketersediaan data administrasi rumah sakit.

Kekuatan penelitian ini terletak pada penggunaan wawancara, observasi, dan telaah dokumen untuk memperoleh gambaran dari beberapa sumber data. Penggunaan kerangka 5M juga memungkinkan identifikasi hambatan dari aspek sumber daya manusia hingga pembiayaan. Keterbatasan penelitian terletak pada jumlah informan yang terbatas, fokus pada satu rumah sakit, dan belum tersedianya data kuantitatif mengenai tingkat pengembalian klaim, waktu penyelesaian, serta nilai kerugian finansial.

Temuan penelitian karena itu lebih tepat digunakan untuk memahami kondisi operasional di lokasi penelitian daripada digeneralisasikan kepada seluruh rumah sakit.

Penelitian lanjutan dapat memperkuat temuan melalui pengukuran jumlah klaim yang dikembalikan, penyebab keterlambatan, waktu penyelesaian setiap tahapan, dan dampak keuangan yang tercatat. Pengukuran sebelum dan sesudah penerapan perbaikan juga dapat membantu menilai efektivitas intervensi secara lebih objektif. Pendekatan tersebut akan melengkapi temuan kualitatif dengan bukti terukur mengenai perubahan kinerja pemrosesan klaim.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa peningkatan efektivitas pemrosesan klaim BPJS membutuhkan pengelolaan yang terintegrasi antara kualitas dokumen, kompetensi petugas, keandalan teknologi, konsistensi prosedur, dan dukungan anggaran. Penguatan koordinasi antartahapan serta evaluasi berdasarkan indikator kinerja dapat menjadi dasar perbaikan proses klaim di RSUD Bolaang Mongondow Utara.

#### **4. Kesimpulan**

Penelitian ini menunjukkan bahwa efektivitas pemrosesan klaim BPJS di RSUD Bolaang Mongondow Utara belum optimal karena adanya hambatan pada seluruh dimensi 5M. Aspek sumber daya manusia menghadapi kendala kompetensi dan keterbatasan pelatihan, sedangkan aspek sarana ditandai dengan keterbatasan infrastruktur dan gangguan integrasi SIMRS-INA-CBGs. Kelengkapan dokumen rekam medis masih sering tidak terpenuhi, prosedur kerja dan SOP belum dilaksanakan secara konsisten, dan tidak tersedia alokasi anggaran khusus untuk pengembangan kapasitas maupun cadangan operasional. Kondisi ini mengakibatkan keterlambatan, retur, bahkan penolakan klaim yang berimplikasi pada kerugian finansial rumah sakit.

Upaya perbaikan dapat dilakukan dengan memperkuat kapasitas sumber daya manusia melalui pelatihan dan pendampingan teknis, meningkatkan infrastruktur serta integrasi sistem informasi, dan menerapkan SOP secara konsisten dengan pengawasan berlapis. Selain itu, penyusunan anggaran khusus untuk pelatihan koder, dukungan teknis, serta cadangan keuangan diperlukan untuk menjamin kelancaran alur klaim dan stabilitas keuangan rumah sakit. Implementasi langkah-langkah tersebut diharapkan dapat meningkatkan kualitas rekam medis, mempercepat pemrosesan klaim, dan menjaga keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah sakit daerah.

#### **Daftar Pustaka**

- [1] Laeliah N, Subekti H. Waktu tunggu pelayanan rawat jalan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu. *J Kesehatan Vokasional*. 2017;1(2):102-12.
- [1] Peraturan Presiden. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. Undang-Undang. 2018;1:1-74.
- [2] Amran R, Apriyani A, Dewi NP. Peran Penting Kelengkapan Rekam Medik di Rumah Sakit. *Baiturrahmah Medical Journal*. 2022;1(Sept 2021):69-76.
- [3] Melawati I. Analisis Kelengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Inap Guna Kelancaran Klaim JKN di Rumah Sakit Betha Medika. *Journal of Innovation Research and Knowledge*. 2021;1(3):233-40.
- [4] Pohan FR, Sari I, Adhani A, Gunawan R. Sistem Pengelolaan Rekam Medik Pada Rumah Sakit Umum Daerah Merauke. 2022;01(269):1-11.
- [5] Rahayu N, Sari I. Pengaruh Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Terhadap Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung. *Health Information: Jurnal Penelitian*. 2023;15(2):1-10.
- [6] Rismawati D, Sari I. Kelengkapan Berkas BPJS dalam Upaya Percepatan Terhadap Pengklaiman BPJS Rawat Jalan di Rumah Sakit Pelabuhan Cirebon. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*. 2021;12(Nov):63-7.

- [7] Kurnia EK, Mahdalena. Faktor penyebab pending klaim BPJS kesehatan pasien rawat inap di rumah sakit x periode triwulan I tahun 2022. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNas)*. 2022;173-7.
- [8] Mahpur M. Memantapkan Analisis Data Kualitatif Melalui Tahapan Koding. 2017;1-17.
- [9] Rahmatika C, Sulrieni IN, Novita Sary A. Kelengkapan Berkas Rekam Medis Dan Klaim BPJS Di RSUD M.Zein Painan. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*. 2020;11(1):11.
- [10] Wirajaya MKM. Faktor Faktor yang Mempengaruhi Ketidاكلengkapan Rekam Medis Pasien pada Rumah Sakit di Indonesia. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. 2019;7(2):165.
- [11] Prihapsari D, Indah R. Coding untuk menganalisis data pada penelitian kualitatif di bidang kesehatan. UIN Malang Repository. 2017.
- [12] Amran. Prosedur BPJS dan Klaim BPJS oleh Rumah Sakit. *Health and Medical Journal*. 2023;5(2):147-54.
- [13] Ratnasari, D., Misnaniarti, M. and Windusari, Y 'Analisis Kualitas Layanan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Mandiri di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sekayu Tahun 2019', *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 2020 5(2), p. 74.
- [14] Nurfajriani WV, Sitorus H, Dewi A, Wulandari P. Triangulasi Data Dalam Analisis Data Kualitatif. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*. 2024;10(Sept):826-33.
- [15] Abubakar R. *Pengantar Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: SUKA-Press UIN Sunan Kalijaga; 2021.
- [16] Susanto A, Prasetyo D, Haryanto T, Lestari P. Efektivitas verifikasi klaim BPJS kesehatan antara rawat jalan dan rawat inap di RSJD Surakarta. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNas)*. 2024;453-9.