**ANALISIS PENYEBAB *PENDING* KLAIM BPJS KESEHATAN PASIEN RAWAT INAP
GUNA MENUNJANG KEBERHASILAN PENGKLAIMAN**

(STUDI KASUS : RSUD BANDUNG KIWARI)

***ANALYSIS OF THE CAUSES OF PENDING BPJS HEALTH CLAIMS FOR INPATIENTS TO
SUPPORT SUCCESSFUL CLAIMS***

(CASE STUDY: BANDUNG KIWARI REGIONAL HOSPITAL)

Ratna Sari Dewi¹, Sali Setiatin²,

Rekam Medis Informasi Kesehatan, Politeknik Piksi Ganesha, Indonesia

Rekam Medis Informasi Kesehatan, Politeknik Piksi Ganesha, Indonesia

saridewir25@gmail.com¹ ; salisetiatin@gmail.com²

Abstrak

Penelitian ini difokuskan pada sebuah penelitian tentang faktor-faktor utama yang mempengaruhi keterlambatan pemrosesan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Bandung Kiwari. Dalam rangka meningkatkan efisiensi proses klaim, tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk mengetahui alasan-alasan yang melatarbelakangi keterlambatan klaim BPJS Kesehatan bagi pasien rawat inap di RSUD Bandung Kiwari. Wawancara mendalam dengan Koordinator Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Bandung Kiwari, yang terlibat dalam bagian administrasi klaim, dilakukan sebagai bagian dari teknik penelitian kualitatif. Sejumlah variabel, termasuk dokumen yang tidak lengkap, diidentifikasi sebagai alasan utama penundaan klaim dalam temuan penelitian ini, dan kesalahan dalam proses pengkodean. Kendala-kendala ini secara signifikan menghambat kelancaran proses klaim dan mengakibatkan penundaan dalam pembayaran klaim. Implikasi dari penelitian ini mencakup perlunya perbaikan dalam sistem administrasi klaim serta peningkatan koordinasi antarunit layanan. Dengan memahami dan mengatasi faktor-faktor yang diidentifikasi, RSUD Bandung Kiwari dapat meningkatkan tingkat keberhasilan klaim BPJS Kesehatan bagi pasien rawat inap, yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan tingkat kepuasan pasien secara menyeluruh, serta memberikan dasar bagi perbaikan sistem yang lebih efektif di masa depan.

Kata kunci : BPJS Kesehatan, Pending klaim, Rawat inap

Abstract

This research focuses on analyzing fundamental aspects that impact delays in the BPJS Health claims process for inpatients at Bandung Kiwari Hospital. In order to improve the efficiency of the claims process, this study primarily seeks to determine the causes of BPJS Health claim delays for inpatients at Bandung Kiwari Regional Hospital. A qualitative methodology was used for the study, which involved in-depth interviews with the National Health Insurance (JKN) Coordinator at Bandung Kiwari Regional Hospital who was involved in the administrative aspects of the claim. The research results revealed several factors that were the main causes of claim delays, including completeness of documents and errors in the coding process. These obstacles significantly hinder the smoothness of the claims process and result in delays in claim payments. The implications of this research include the need for improvements in the claims administration system as well as increased coordination between service units. By understanding and addressing the identified factors, RSUD Bandung Kiwari can increase the success rate of BPJS Health claims for inpatients, which will ultimately improve the quality of health services and overall patient satisfaction levels, as well as providing the basis for more effective system improvements in future.

Keywords: BPJS Health, Pending claims, Hospitalization

PENDAHULUAN

Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di rumah sakit telah menyebabkan penyesuaian dalam model pelayanan kesehatan, yang mengarah pada fokus pelayanan perorangan yang bersifat spesialis atau sub-spesialis. Pemerintah Indonesia memulai implementasi program JKN sejak awal tahun 2014, dengan merujuk pada ketentuan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014 yang mengatur pedoman pelaksanaan JKN. Dengan demikian, terlihat perlunya strategi manajemen yang terfokus untuk menjalankan program JKN di lingkungan rumah sakit. (Maulida & Djunawan, 2022).

Klaim BPJS Kesehatan merupakan proses formal yang melibatkan permohonan pembayaran biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. (Pratama et al., 2023). Proses ini dilakukan secara periodik, biasanya setiap bulan, di mana rumah sakit mengajukan klaim secara kolektif untuk biaya perawatan pasien kepada BPJS Kesehatan. Klaim tersebut kemudian akan dinilai oleh BPJS Kesehatan, yang akan menyetujui dan melakukan pembayaran untuk klaim yang memenuhi syarat. Namun kami akan mengirimkan kembali ke rumah sakit klaim yang tidak memenuhi

syarat atau yang masih tertunda. Arus kas rumah sakit dapat terpengaruh oleh adanya klaim yang belum dibayar karena pembayaran yang dijanjikan belum dibayarkan, menimbulkan ketidakpastian finansial dan mengganggu operasional rumah sakit. (Firyal Nabila et al., 2020).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bandung Kiwari, Pemerintah Kota Bandung memiliki sejumlah fasilitas layanan kesehatan, salah satunya adalah Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak (RSKIA) Kota Bandung. Sebelum bertransformasi menjadi rumah sakit, RSKIA Kota Bandung merupakan puskesmas yang berlokasi di Kelurahan Nyengseret, Kecamatan Astanaanyar, di Jalan Astanaanyar No. 224. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah memverifikasi keabsahan operasinya dengan nomor registrasi 3273260. Setelah bertransformasi menjadi RSKIA Kota Bandung, Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak (RSKIA) Kota Bandung didirikan dan ditata sesuai dengan Peraturan Daerah No. 14 tahun 2009. Kemudian statusnya digantikan oleh Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Sesuai dengan Surat Keputusan Walikota Bandung No. 900/Kep.066-DPKAD/2011 tanggal 27 Januari 2011, RSKIA Kota Bandung telah menerapkan pola pengelolaan keuangan PPK-BLUD. (website resmi).

Hasil dari observasi yang dilakukan penulis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bandung Kiwari menunjukkan bahwa sejumlah faktor menjadi pemicu utama dari penundaan klaim BPJS Kesehatan. Faktor-faktor tersebut adalah kelengkapan dokumen, dan kesalahan yang terjadi dalam proses pengkodean. Dari Januari 2024 hingga Maret 2024, total 5.659 klaim diajukan untuk rawat inap, dengan 227 dari klaim tersebut dikembalikan ke Rumah Sakit Kiwari Bandung. Peneliti menemukan adanya masalah dalam penanganan klaim-klaim tersebut oleh bagian administrasi BPJS. Hal ini terjadi ketika dokumen yang diperlukan tidak terisi dengan lengkap; misalnya, ketika resume medis tidak memiliki informasi yang lengkap, memiliki kesalahan pengkodean, atau tidak konsisten. Ini berarti verifikator BPJS harus mengirimkan kembali berkas persyaratan klaim ke fasilitas medis atau dokter yang merawat untuk melengkapi semua dokumen yang diperlukan.. Berdasarkan hasil wawancara dengan Koordinator JKN perlu adanya peningkatan dalam manajemen administrasi klaim serta perbaikan dalam koordinasi antara unit-unit pelayanan di rumah sakit. Dengan pemahaman yang lebih mendalam terhadap faktor-faktor yang diidentifikasi dan langkah-langkah yang diambil untuk mengatasinya, RSUD Bandung Kiwari memiliki potensi untuk meningkatkan tingkat keberhasilan dalam proses klaim BPJS Kesehatan bagi pasien rawat inap. Hal ini diharapkan dapat memberikan kontribusi positif terhadap peningkatan kualitas layanan kesehatan secara menyeluruh dan tingkat kepuasan pasien. (Santiasih dkk., 2021).

METODE PENELITIAN

Untuk mendapatkan pemahaman yang menyeluruh tentang penelitian yang dilakukan, studi ini menerapkan pendekatan kualitatif dengan melibatkan wawancara terhadap individu-individu. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data mencakup wawancara, observasi partisipan, dan analisis dokumen. Penelitian kualitatif bertujuan untuk memahami fenomena sosial dari perspektif partisipan. Pendekatan ini digunakan dalam konteks objek yang bersifat alami, di mana peneliti berperan sebagai instrumen utama dalam pengumpulan data. (Setiatin dkk, 2022.)

Keputusan untuk menggunakan metode kualitatif ini didasarkan pada keinginan penulis untuk memperoleh pemahaman yang signifikan dan mendalam dari individu atau narasumber yang terlibat mengenai faktor-faktor yang menyebabkan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap tertunda di RSUD Bandung Kiwari. (Rahmadewi M dkk., 2024).

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Hasil penelitian yang melibatkan wawancara mendalam dengan koordinator terkait, didapatkan bahwa proses administrasi klaim BPJS Kesehatan untuk pelayanan rawat inap di RSUD Bandung Kiwari berjalan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur yang telah ditetapkan. Tahapan proses administrasi klaim BPJS ini melibatkan beberapa langkah, dimulai dari pendaftaran pasien, pembuatan *resume* oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), proses *billing*, pengumpulan berkas oleh pihak JKN, verifikasi dokumen, pengkodean oleh petugas koder, hingga tahap *scanning* untuk pengiriman berkas dalam bentuk *softfile* ke pihak BPJS.

Peserta mendapatkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan mendaftar di loket pendaftaran untuk memulai tahap administrasi prosedur layanan di institusi kesehatan rujukan tingkat lanjut, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 28/2014. Tergantung pada kebutuhan medis mereka, pengguna BPJS dapat memilih antara rawat jalan dan rawat inap. Pengajuan klaim di institusi kesehatan sesuai dengan Panduan Praktis Administrasi Klaim BPJS Kesehatan 2014 mengikuti penyelesaian tahap administrasi. Sesuai dengan Peraturan Menteri No. 27/2014 tentang sistem INA-CBGs, tahap ini meliputi rekapitulasi layanan dan terakhir adalah input data dan pengkodean melalui aplikasi INA-CBGs. Prosedur ini menghasilkan file txt dan data klaim yang sesuai dengan standar teknis BPJS Kesehatan untuk verifikasi klaim. (PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 28 Tahun 2014, 2014).

Penyebab Pending Klaim BPJS di RSUD Bandung Kiwari

Penyebab tertundanya klaim BPJS Kesehatan disebabkan oleh beragam faktor yang kompleks. Faktor-faktor tersebut termasuk dari kelengkapan dokumen yang tidak memadai, kesalahan dalam

pengkodean informasi medis, serta perbedaan penafsiran atas ketentuan klaim yang diberlakukan. Masalah teknis dalam sistem administrasi klaim juga dapat menjadi penyebab seperti gangguan sinyal pada proses pengunggahan data ke dalam *one drive*, sehingga data tidak terunggah semua. Selain itu, terdapat kasus re-admisi yang mengakibatkan penggabungan klaim karena periode kedatangan pasien yang berdekatan dan adanya permintaan perubahan koding dari pihak BPJS Kesehatan juga dapat mempengaruhi *pending* klaim.

1. Berkas Tidak Lengkap

Faktor penyebab ketidaklengkapan berkas adalah klaim tidak mencakup diagnostik dan prosedur, yang bertentangan dengan kelengkapan dokumentasi. Tidak terpenuhinya standar pengajuan klaim BPJS Kesehatan terjadi ketika berkas tidak lengkap atau tidak disertakan dalam hasil akhir. Dalam penelitian ini, ditemukan berkas yang tidak lengkap pada bagian berkas rekam medis yang tidak dikeluarkan dari Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) atau tidak dipindai dengan benar. Berkas-berkas tersebut berasal dari rekam medis rawat inap. Sebagai contoh, Surat Edaran Pasien (SEP) yang tidak tercantum, resume medis yang tidak terikut, atau bagian lain yang hilang. Selain itu, ada formulir-formulir yang mungkin tidak tersedia, seperti laporan operasi, surat kematian, atau surat keterangan rawat inap. Dokumen penunjang medis juga sering kali tidak dilampirkan secara lengkap, seperti hasil laboratorium atau hasil radiologi yang belum semuanya terlampir. Hal ini dapat mengakibatkan kesulitan dalam proses administrasi dan perawatan pasien, sehingga diperlukan perhatian lebih untuk memastikan kelengkapan dokumen tersebut.

Bagi Rumah Sakit Bandung Kiwari untuk memproses klaim BPJS Kesehatan, dokumen medis pasien rawat inap sangat penting. Klaim BPJS Kesehatan akan akurat jika dokumentasi medis pasien rawat inap lengkap. Agar dana dapat didistribusikan secara efektif sesuai dengan jenis perawatan yang dibutuhkan, penting bagi petugas untuk memverifikasi keakuratan dan kelengkapan data medis serta memastikan bahwa semua kriteria klaim BPJS Kesehatan telah terpenuhi. Temuan menunjukkan bahwa berkas klaim rawat inap dikembalikan karena dokumen yang tidak lengkap. Menurut petunjuk teknis praktis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014, jika bukti-bukti tidak dapat ditemukan, maka klaim akan dikembalikan ke petugas klaim rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki. Verifikator BPJS Kesehatan memiliki hak untuk melakukan konfirmasi kepada petugas.

2. Perubahan Koding

Perubahan koding dari pihak BPJS Kesehatan menjadi masalah yang kompleks, karena hal tersebut menyebabkan adanya perbedaan sudut pandang mengenai penggunaan kode diagnosa antara pihak BPJS Kesehatan dengan pihak rumah sakit. Hal tersebut mengakibatkan proses pengklaiman memerlukan waktu yang cukup lama. Koding merupakan menghubungkan proses diagnostik dan terapi dengan kode pengelompokan aplikasi INA-CBGs adalah langkah selanjutnya. Jumlah klaim dapat dihitung dengan menggunakan kode-kode ini. Dalam pengaturan ini, diagnosis utama adalah diagnosis

yang memiliki risiko terbesar terhadap nyawa, membutuhkan sumber daya terbesar dari layanan, dan atau membutuhkan durasi perawatan terlama.

3. Re-admisi Klaim BPJS Kesehatan

Re-admisi klaim BPJS Kesehatan merujuk pada situasi di mana seorang pasien yang telah dirawat dan dipulangkan dari rumah sakit harus kembali dirawat dalam jangka waktu tertentu karena kondisi yang sama atau komplikasi yang berkaitan dengan penyakit awal. Re-admisi ini biasanya terjadi dalam periode waktu tertentu, seringkali sekitar 30 hari setelah pasien dipulangkan, sesuai dengan panduan BPJS Kesehatan. Dalam kasus re-admisi, rumah sakit harus mengajukan klaim baru yang disertai dokumen pendukung yang menunjukkan bahwa re-admisi diperlukan karena kondisi terkait dengan diagnosis awal. Klaim re-admisi kemudian diverifikasi oleh BPJS Kesehatan melalui pemeriksaan rekam medis pasien dan bukti pendukung lainnya untuk memastikan bahwa re-admisi benar-benar diperlukan dan sesuai dengan kebijakan yang berlaku.

Jika klaim disetujui, BPJS Kesehatan akan menanggung biaya perawatan kedua pasien sesuai ketentuan yang berlaku, termasuk biaya medis, obat-obatan, dan layanan terkait lainnya. Untuk mencegah re-admisi yang tidak perlu, rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan harus memastikan bahwa pasien menerima perawatan optimal sebelum dipulangkan, termasuk edukasi mengenai manajemen kondisi, pengobatan yang tepat, dan tanda-tanda yang memerlukan perhatian medis lebih lanjut. Re-admisi klaim BPJS Kesehatan merupakan mekanisme penting untuk memastikan pasien mendapatkan perawatan berkelanjutan dan memadai, serta mencegah beban biaya tambahan bagi pasien dan sistem kesehatan.

4. Gangguan Sinyal Pada Sistem *OneDrive*

Gangguan sinyal yang mengakibatkan data tidak terunggah ke *OneDrive* dapat berdampak signifikan pada pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Bandung Kiwari. Rumah sakit ini mungkin menggunakan *OneDrive* atau layanan *cloud* serupa untuk menyimpan data medis pasien, termasuk rekam medis, diagnosis, dan dokumentasi pendukung lainnya yang diperlukan untuk pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Gangguan sinyal dapat menghambat pengunggahan data ini, mengakibatkan keterlambatan dalam penyimpanan dan akses informasi penting. Untuk proses klaim BPJS Kesehatan, kelengkapan dan akurasi data sangat krusial, dan ketidakmampuan mengunggah data tepat waktu karena gangguan sinyal dapat menyebabkan ketidaklengkapan berkas klaim yang diperlukan oleh BPJS Kesehatan untuk verifikasi, yang pada gilirannya menunda proses pembayaran klaim. Selain itu, tim medis sering kali perlu berkolaborasi secara *real-time*, mengakses dan memperbarui rekam medis pasien. Gangguan sinyal yang menghalangi pengunggahan atau sinkronisasi data di *OneDrive* dapat menghambat kolaborasi ini, menyebabkan keterlambatan dalam pemberian perawatan dan pengambilan keputusan medis yang diperlukan untuk pengajuan klaim BPJS.

Administrasi klaim BPJS Kesehatan juga memerlukan data yang terorganisir dan mudah diakses, dan gangguan sinyal dapat mengganggu alur kerja administratif, mengakibatkan inefisiensi dan peningkatan beban kerja untuk memastikan semua berkas klaim lengkap dan siap diajukan. Ketidapatuhan terhadap panduan dan kebijakan ketat BPJS Kesehatan akibat ketidaklengkapan atau keterlambatan dalam pengunggahan data dapat mempengaruhi reputasi dan efisiensi operasional RSUD Bandung Kiwari. Oleh karena itu, penting bagi RSUD Bandung Kiwari untuk memastikan infrastruktur jaringan yang kuat dan andal, memanfaatkan teknologi cadangan data, dan mengembangkan protokol untuk menangani gangguan sinyal, sehingga proses pengelolaan klaim BPJS Kesehatan dapat berjalan lebih lancar dan efisien.

B. Pembahasan

Dampak dari Pending Klaim BPJS di RSUD Bandung Kiwari

Penundaan klaim memiliki dampak yang signifikan terhadap keterlambatan pembayaran layanan medis, yang pada gilirannya mempengaruhi produktivitas staf rumah sakit dan kualitas pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit. Gangguan ini juga mengganggu arus kas rumah sakit karena dana yang seharusnya diterima dari klaim tidak dapat diterima tepat waktu. Ketika berkas klaim tidak memenuhi persyaratan lengkap, kemungkinan besar klaim akan dikembalikan, yang mengakibatkan penundaan dalam proses pembayaran dan berpotensi merugikan rumah sakit karena gangguan pada aliran kas. Selain itu, masalah dalam proses klaim dapat mengganggu kegiatan operasional rumah sakit, karena kekurangan data yang diperlukan. Keterlambatan pembayaran yang berlarut-larut menyebabkan pembatasan ruang fiskal untuk kegiatan operasional rumah sakit, menekankan rumah sakit untuk mencari skema pembiayaan tambahan melalui lembaga keuangan pihak ketiga, seperti perbankan, yang membebani pihak rumah sakit.

Pending klaim memiliki implikasi yang signifikan terhadap ketersediaan obat-obatan di rumah sakit, yang pada akhirnya mempengaruhi pelayanan yang diberikan kepada pasien. Keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan dapat mengakibatkan penundaan dalam pembayaran obat-obatan kepada pihak penyedia obat formularium nasional (FORNAS) oleh rumah sakit. Hal ini dapat mengganggu rantai pasokan obat-obatan yang vital untuk pengobatan pasien. Selain itu, masalah ini juga menimbulkan peningkatan beban kerja bagi pihak RSUD Bandung Kiwari, terkhusus bagian verifikator internal BPJS Kesehatan, karena mereka harus melakukan pengecekan ulang terhadap berkas klaim yang tertunda. Proses ini memerlukan waktu dan sumber daya tambahan dari verifikator internal BPJS Kesehatan, yang pada gilirannya dapat memperlambat proses pembayaran klaim secara keseluruhan. Oleh karena itu, penanganan yang cepat dan efisien terhadap klaim yang tertunda menjadi sangat penting untuk memastikan kelancaran aliran obat-obatan yang diperlukan untuk pasien serta untuk meminimalkan beban kerja.

Upaya Penyelesaian Pending Klaim BPJS Kesehatan Di RSUD Bandung Kiwari

Penyelesaian masalah pending klaim BPJS Kesehatan di RSUD Bandung Kiwari mengharuskan langkah strategis yang terencana dan terkoordinasi. Pertama, perlu dilakukan peningkatan pemahaman terhadap prosedur dan persyaratan klaim BPJS Kesehatan melalui sosialisasi yang berkala bagi karyawan rumah sakit. Langkah ini bertujuan untuk memastikan bahwa berkas klaim diajukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, sehingga mengurangi risiko penundaan atau penolakan klaim. Selanjutnya, RSUD Bandung Kiwari mengimplementasikan sistem verifikasi internal terhadap berkas klaim sebelum diajukan, guna mendeteksi dan memperbaiki kesalahan atau kekurangan yang mungkin terjadi.

Selain itu, menjalin kemitraan yang erat dengan BPJS Kesehatan dapat memberikan akses langsung terhadap bantuan dan pemahaman yang lebih mendalam tentang proses klaim. Infrastruktur teknologi yang andal juga merupakan hal yang penting, termasuk konektivitas internet yang stabil dan sistem manajemen data yang efisien, untuk mengurangi gangguan dalam pengajuan klaim melalui platform online BPJS Kesehatan. Terakhir, monitoring dan evaluasi berkala terhadap proses klaim dapat membantu dalam mengidentifikasi permasalahan yang muncul dan mengimplementasikan perbaikan yang diperlukan guna meningkatkan efisiensi dan kelancaran dalam menyelesaikan klaim. Dengan mengimplementasikan langkah-langkah pendekatan ini, diharapkan RSUD Bandung Kiwari dapat meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien dan menjaga kelancaran operasional rumah sakit secara keseluruhan.

KESIMPULAN

Penelitian mengenai proses administrasi klaim BPJS Kesehatan di RSUD Bandung Kiwari menunjukkan bahwa langkah-langkah yang diambil sudah sesuai dengan Standar Operasional Prosedur yang berlaku. Proses ini mencakup pendaftaran pasien, pembuatan resume oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), proses billing, pengumpulan berkas oleh pihak JKN, verifikasi dokumen, pengkodean oleh petugas koder, serta tahap scanning untuk pengiriman berkas dalam bentuk softfile ke pihak BPJS. Namun, terdapat beberapa penyebab tertundanya klaim, seperti kelengkapan dokumen yang tidak memadai, kesalahan dalam pengkodean informasi medis, perbedaan penafsiran atas ketentuan klaim, dan gangguan sinyal pada sistem *OneDrive*. Selain itu, re-admisi klaim yang menyebabkan penggabungan klaim dan permintaan perubahan coding oleh BPJS Kesehatan juga memperburuk masalah. Kelengkapan berkas medis pasien rawat inap sangat krusial, sedangkan perubahan coding memperlambat proses klaim. Re-admisi menambah kompleksitas, dan gangguan sinyal menghambat pengunggahan data penting. Penundaan klaim ini berdampak signifikan terhadap keterlambatan pembayaran layanan medis, produktivitas staf rumah sakit, dan kualitas pelayanan, serta mengganggu arus kas dan menyebabkan kerugian. Untuk mengatasi masalah ini, diperlukan langkah-langkah terencana seperti sosialisasi berkala mengenai prosedur klaim, sistem verifikasi internal sebelum

pengajuan, kerjasama erat dengan BPJS Kesehatan, perbaikan infrastruktur teknologi, dan monitoring berkala. Dengan pendekatan tersebut, diharapkan RSUD Bandung Kiwari dapat meningkatkan kualitas layanan dan kelancaran operasional rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Firyal Nabila, S., Weka Santi, M., Deharja, A., Kesehatan, J., & Negeri Jember, P. (2020). *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan ANALISIS FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM AKIBAT KODING BERKAS REKAM MEDIS PASIEN RAWAT INAP DI RSUPN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO*.
- Jurnal, P. :, Masyarakat, K., Murni, M. R., Lukman, S., Yanthi, M., Yusda, I., Putra, P., Semiarty, R., & Pascasarjana, P. (2024). *ANALISIS FAKTOR PENYEBAB PENDING CLAIM RAWAT INAP PASIEN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI RUMAH SAKIT UMUM PADANG*. 8(1).
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *MEDIA KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA*, 21(6), 374–379. <https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379>
- PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 28 Tahun 2014*. (n.d.).
- Pratama, A., Fauzi, H., Indira, Z., Purnama Adi, P., Studi Manajemen Informasi Kesehatan, P., Informasi Kesehatan, M., Ilmu Kesehatan, F., Muhammadiyah Purwokerto, U., & Soepardjo Roestam Jl Letjen Soepardjo Roestam, K. (2023). *Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen Corresponding Author* (Vol. 8, Issue 1). Online. <http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI>
<http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI>
- Santiasih, W. A., Simanjorang, A., & Satria, B. (2021). ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RSUD DR. RM DJOELHAM BINJAI ANALYSIS OF PENDING CAUSES OF BPJS HEALTH CLAIM INSTALLING IN RSUD DR. RM DJOELHAM BINJAI. In *Journal of Healthcare Technology and Medicine* (Vol. 7, Issue 2).
- Setiatin, S. (n.d.). *10.+ANALISIS+PENGEMBALIAN+BERKAS-awla*.