

ANALISIS ALUR PROSES KLAIM BPJS TERHADAP PELAYANAN PASIEN RAWAT INAP DI SANTOSA HOSPITAL BANDUNG CENTRAL

Sani Fitriyani¹, Asti Juniar Lestari²

^{1,2}(Administrasi Rumah Sakit), Politeknik Piksi Ganesha, Indonesia

Email: ¹ sanybeii90@gmail.com, ² astijuniarlestari@gmail.com

ABSTRACT

This study aims to analyze the claim process flow of the National Health Insurance (BPJS Health) for inpatient services. The research employed a quantitative descriptive observational method. Data were obtained from the recapitulation of inpatient claim statuses during the period of January to March, and analyzed based on the percentage of claim statuses. The results showed that the percentage of pending claims in January was 35%, in February 33%, and in March 27%. Meanwhile, the percentage of approved claims in January was 64%, in February 65%, and in March 72%. These findings indicate a decrease in pending claims and an increase in approved claims. It can be concluded that accuracy in the BPJS claim process is crucial and must be prioritized by hospitals to minimize claim errors and improve claim acceptance rates. Thus, the claim process flow for BPJS inpatient services involves interconnected stages, starting from patient data recording, medical services, diagnosis coding, to claim verification.

Keyword: BPJS claim, inpatient services, claim verification, pending claims

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis alur proses klaim BPJS kesehatan terhadap pelayanan rawat inap. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif deskriptif observasional. Data diperoleh dari rekapitulasi status klaim pasien rawat inap selama periode Januari – Maret, kemudian dianalisis berdasarkan persentase status klaim. Hasil penelitian menunjukkan persentase klaim dengan status klaim pending pada bulan Januari sebesar 35%, Februari 33%, dan Maret 27%. Sedangkan klaim dengan status disetujui pada Bulan Januari sebesar 64%, Februari 65%, dan Maret 72%. Temuan ini menunjukkan adanya penurunan klaim pending dan peningkatan klaim yang disetujui. Dapat disimpulkan bahwa ketelitian dalam proses klaim BPJS sangat penting dan harus diperhatikan oleh rumah sakit untuk meminimalisir kesalahan klaim dan meningkatkan penerimaan klaim. Dengan demikian, alur proses klaim BPJS terhadap pelayanan rawat inap mencakup tahapan yang saling berkaitan, mulai dari pencatatan data pasien, pelayanan medis, pengkodean diagnosis hingga verifikasi klaim.

Kata kunci: klaim BPJS, pelayanan rawat inap, verifikasi klaim, klaim pending

PENDAHULUAN

Dalam Peraturan Undang-Undang, BPJS Kesehatan adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan, sebagaimana yang telah diatur di dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS yaitu badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak.

BPJS ini adalah salah satu program layanan pemerintah di bidang kesehatan untuk masyarakat yaitu JKN. Program pelayanan ini diberikan kepada masyarakat dikalangan atas sampai kalangan bawah., diantaranya pelayanan BPJS kelas 1, kelas 2, dan kelas 3, termasuk subsidi APBN/APBD gratis untuk masyarakat yang tidak mampu. Sistem Jaminan Kesehatan (JKN) ini diselenggarakan untuk menjamin akses kesehatan agar tetap terjangkau dan merata bagi seluruh masyarakat Indonesia. Salah satu implementasi sistem ini yaitu proses klaim khususnya pada pelayanan rawat inap. Proses klaim ini menjadi penghubung antara BPJS dengan Rumah Sakit terkait dengan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PERMENKES) Nomor 28 Tahun 2014: mengatur tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan bahwa dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat telah diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Nasional Oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Berdasarkan penelitian sebelumnya telah mengkaji terkait aspek BPJS, salah satunya yaitu penelitian dari (Nengsih, 2021) yang meninjau alur prosedur pelayanan pasien rawat jalan peserta BPJS. Penelitian ini memfokuskan pada pentingnya efisien dan kelengkapan

prosedur dalam memberikan pelayanan terhadap peserta BPJS. Namun, pada penelitian tersebut hanya memfokuskan pada pelayanan rawat jalan, tidak membahas secara khusus proses klaim pada rawat inap.

Pada pelaksanaan alur proses klaim yaitu pada tahap verifikasi sering mengalami kendala yaitu seperti adanya penolakan klaim. Hal ini menjadi tantangan bagi rumah sakit dalam kelancaran proses klaim. Selain itu, penelitian (Gifari dan Ariyanti, 2022) mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan proses persetujuan klaim BPJS rawat inap. Dalam penelitian tersebut fokus pada kelengkapan informasi rekam medis dan ketepatan kode diagnosis sebagai salah satu aspek untuk mempercepat proses persetujuan klaim BPJS. Dengan demikian penelitian ini menyatakan bahwa pentingnya kualitas dokumentasi rekam medis dan keakuratan pengkodean diagnosis sebagai bagian dari sistem informasi rumah sakit yang akan tersusun secara sistematis.

Proses klaim BPJS merupakan bagian dari rangkaian kegiatan administrasi. Proses ini mencakup pada input berkas, mengdiagnosis dalam tindakan medis atau pengkodean serta melakukan pengajuan klaim kepada BPJS. Proses klaim ini mencakup penyusunan dan verifikasi data pada pasien. Setelah semua dokumen lengkap rumah sakit akan mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan untuk diverifikasi dan disetujui. Apabila dokumen tidak lengkap maka akan ditolak dan dikembalikan kepada pihak rumah sakit untuk diperbaiki. Kendala pada saat pengerjaan proses klaim BPJS yaitu seperti gangguan pada sistem VIB dan Sanval. Selain itu, adapun kendala akibat terjadinya pending dalam proses klaim BPJS, seperti dokumen yang tidak lengkap serta kesalahan dalam kode diagnosis. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis alur proses klaim BPJS di Santosa Hospital Bandung Central. Efektivitas dan efisiensi dalam pengelolaan klaim menjadi salah satu indikator mutu pelayan di rumah sakit. Untuk itu dalam keberhasilan proses klaim itu ada pada sistem administrasi yang tersusun dengan baik dan sumber daya manusia yang kompeten

serta pada peran proses klaim dalam keberlangsungan operasional rumah sakit perlu dilakukan analisis lebih rinci terkait faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pada alur proses klaim BPJS, khususnya pada pelayanan rawat inap.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan metode penelitian yang digunakan yaitu deskriptif observasional. Penelitian deskriptif dapat memberikan gambaran secara sistematis mengenai analisis alur proses klaim BPJS terhadap pelayanan pasien rawat inap. Menurut (Sugiyono, 2017) metode deskriptif adalah suatu metode untuk menganalisis hasil penelitian dengan mendeskripsikan data yang telah terkumpul. Termasuk dalam salah satu analisis yang penyajian data melalui perhitungan persentase dengan tujuan utama yaitu menggambarkan suatu keadaan yang objektif dan untuk mengukur variabel-variabel yang ada dalam populasi.

Desain penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* yang dilakukan untuk mempelajari dinamika kolerasi antara faktor-faktor risiko dan efek pada suatu waktu tertentu. Menurut pendapat (Notoatmodjo, 2002), “Penelitian *cross-sectional* adalah penelitian yang mengumpulkan data pada suatu waktu tertentu dengan tujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel yang telah diteliti”. Adapun sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah data yang dikumpulkan berupa data klaim BPJS Rawat Inap pada bulan Januari-Maret 2025 yang bertujuan untuk menganalisis dengan menggambarkan secara sistematis fakta-fakta yang terjadi di lapangan berdasarkan data numerik terkait alur proses klaim BPJS terhadap pasien rawat inap.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

Berdasarkan hasil praktik di lapangan melalui hasil observasi dan wawancara pada pembimbing ruangan di bagian casemix, terdapat alur proses klaim BPJS terhadap pelayanan rawat inap sebagai berikut:

1. Coder

Coder akan menerima berkas dari petugas bagian billing. Selanjutnya petugas coder akan melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan medis berdasarkan rekam medis pasien. Coder akan memberikan kode diagnosis (ICD-10) dan tindakan (ICD-9 CM), kode tersebut akan menentukan INA-CBG yang menjadi dasar besaran klaim BPJS.

2. Aplikasi VClaim BPJS

VClaim adalah awal dari alur proses klaim BPJS. Data pasien dan hasil kodifikasi selanjutnya akan dimasukkan ke dalam Aplikasi VClaim BPJS. VClaim (Virtual Claim) merupakan sistem online dari BPJS untuk memproses dan pengajuan klaim berbasis INA-CBG. Aplikasi VClaim ini dapat membantu mempercepat dalam proses klaim dan dapat mengurangi klaim manual serta kesalahan dokumen.

3. Aplikasi Sanval

Sanval adalah aplikasi internal dari pihak Santosa Hospital Bandung Central. Sanval ini merupakan aplikasi untuk pengganti berkas untuk mendukung proses pelayanan kesehatan agar lebih mudah, cepat dan efisien.

4. Aplikasi VIBI

VIBI merupakan alat komunikasi antara BPJS dengan pihak rumah sakit. VIBI adalah sistem verifikasi klaim yang dikembangkan oleh BPJS kesehatan secara digital. Sistem ini bertujuan untuk mengajukan, memonitor dan menjawab klaim agar proses klaim lebih cepat.

5. Surat Permohonan Klaim

Surat Permohonan Klaim adalah dokumen resmi yang digunakan untuk mengajukan klaim kepada BPJS kesehatan untuk meminta pembayaran atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta JKN. Surat permohonan klaim ini merupakan proses administrasi klaim yang akan diverifikasi dan validasi oleh pihak BPJS.

6. BA (Berita Acara) Hasil dari BPJS

BA (Berita Acara) merupakan surat resmi yang memuat catatan hasil verifikasi klaim, termasuk di dalamnya keputusan berupa persetujuan atau penolakan klaim dari pihak BPJS kepada rumah sakit, serta berfungsi sebagai dokumen resmi yang digunakan untuk menyelesaikan administrasi klaim atau sebagai dasar tindak lanjut klaim tersebut.

Tabel 1. Persentase Jumlah Pasien Rawat Inap Berdasarkan Status Klaim Pending

No	Bulan	Jumlah Pasien Rawat Inap	Status Klaim Pending	%
1	Januari	2.229	796	35
2	Februari	2.216	753	33
3	Maret	2.286	619	27

Berdasarkan tabel 1, didapatkan persentase berdasarkan jumlah pasien rawat inap dengan status klaim pending pada bulan Januari 2025 yaitu sebesar 35%, pada bulan Februari 2025 sebesar 33%, dan pada bulan Maret 2025 sebesar 27%. Status klaim pending merupakan status klaim yang di mana proses klaim BPJS belum dapat diselesaikan karena dokumen belum lengkap dan harus diverifikasi ulang.

Tabel 2. Persentase klaim yang disetujui BPJS

No	Bulan	Total Klaim	Klaim yang disetujui	%
1	Januari	2.229	1.428	64
2	Februari	2.216	1.455	65
3	Maret	2.286	1.659	72

Berdasarkan tabel 2, dari total klaim yang disetujui BPJS pada bulan Januari 2025 sebesar 64%, Februari 2025 sebesar 65% dan Maret 2025 sebesar 72%. Terdapat kenaikan persentase pada setiap bulannya, dan persentase kenaikan terbesar yang disetujui oleh BPJS yaitu pada bulan Maret 2025 sebesar 72%.

B. PEMBAHASAN

1. Coder

Dalam alur proses klaim BPJS, peran coder sangat penting dalam menentukan keberhasilan

pengajuan klaim, khususnya pada pelayanan rawat inap. *Coder* bertanggung jawab dalam mengidentifikasi dan menetapkan kode diagnosis penyakit (ICD-10) serta kode tindakan medis (ICD-9 CM) yang berdasarkan data rekam medis pasien. Kode diagnosis tersebut menjadi dasar utama dalam penentuan kelompok tarif yang akan diajukan kepada BPJS Kesehatan. Ketelitian dan keakuratan dalam pengkodean diagnosis sangat berpengaruh pada status klaim, karena jika terjadi kesalahan pada kode diagnosis akan menyebabkan klaim terpending dan klaim akan dikembalikan kepada pihak rumah sakit untuk dapat diverifikasi ulang. Dalam penelitian ini kesalahan dalam kode diagnosis sangat berpengaruh terhadap keberhasilan pengajuan klaim dan akan menghambat dalam proses verifikasi sehingga klaim tidak dapat ditindak lanjut oleh rumah sakit karena harus melakukan perbaikan dalam proses administrasi. Menurut peneliti (Sitorus, Yulia, Fannya dan Rumana, 2022) bahwa peran coder dalam proses klaim BPJS sangat penting untuk hasil pengelompokan INA-CBGs dan ketidaksesuaian koding yang dibuat oleh petugas coder menjadi penyebab klaim dikembalikan karena diagnosis tersebut tidak sesuai dengan klinis.

2. Aplikasi VClaim BPJS

Dalam pelaksanaan proses klaim BPJS, rumah sakit memiliki kewajiban untuk mengajukan klaim atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta JKN. Aplikasi VClaim ini salah satu aplikasi pendukung pada efisiensi proses klaim pada sistem verifikasi data, pembuatan SEP dan pengiriman klaim. Aplikasi ini berfungsi untuk mempermudah dan mempercepat dalam pengajuan klaim secara online serta dapat membantu dalam pengelolaan tarif dengan melalui grouper casemix. Dengan dukungan aplikasi ini, pelayanan kesehatan akan lebih cepat, tertata dan sistematis. Temuan ini diperkuat oleh penelitian (Putri, Syakira, Salim, dan Janah, 2023) bahwa Aplikasi VClaim dapat meningkatkan efektivitas proses klaim dengan operasional yang tinggi sehingga dapat mempercepat dalam tahap proses klaim BPJS.

3. Aplikasi Sanval

Sanval merupakan sistem aplikasi yang digunakan internal rumah sakit untuk membantu dalam verifikasi klaim. Aplikasi sanval ini sebagai alat pengganti berkas manual yang dimana dapat membantu mempercepat

pada tahap proses klaim dengan mudah dan optimal. Pada aplikasi sanval tim pelayanan casemix akan melakukan verifikasi data untuk dapat membantu memastikan bahwa semua dokumen lengkap dan sesuai standar sebelum klaim akan diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan. Hal ini dapat memastikan bahwa data klaim dapat memenuhi persyaratan teknis yang ditetapkan oleh BPJS. Pada aplikasi sanval ini, terdapat status klaim final dan *modified*. Status klaim final berarti jawaban sudah selesai dan jawaban tersebut sudah siap diklaim, sedangkan status *modified* menunjukkan bahwa data pada berkas klaim masih dalam tahap proses perubahan sebelum dilakukan pengajuan kembali kepada BPJS Kesehatan. Dengan memanfaatkan Sanval sebagai sistem digital, maka proses pelayanan akan menjadi lebih akurat dan dapat meningkatkan efisiensi waktu dalam verifikasi data. Aplikasi Sanval ini dapat mengurangi risiko terjadinya *human error* dan meningkatkan efisiensi kerja pada tim casemix yang akan berdampak positif pada kelangsungan operasional rumah sakit serta kepuasan pasien. Menurut peneliti (Pratiwi, Gunawan, Abdussalaam, dan Sukmawijaya, 2023) bahwa dengan memanfaatkan teknologi digital dalam penerapan sistem informasi untuk proses klaim BPJS sangat berpengaruh besar, karena dapat mempercepat dan mengurangi potensi kesalahan dalam input data yang menjadi kendala dalam proses pengajuan klaim secara manual.

4. Aplikasi VIBI

Aplikasi VIBI merupakan salah satu alat komunikasi antara pihak BPJS dengan pihak rumah sakit. Dalam alur proses klaim BPJS, apabila terdapat klaim yang dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan karena ditemukan ketidaksesuaian data, kesalahan diagnosis maupun dokumen yang belum lengkap, maka rumah sakit harus melakukan verifikasi ulang karena klaim mengalami pending. BPJS akan memberikan pertanyaan kepada pihak rumah sakit melalui aplikasi VIBI untuk meninjau kembali data klaim yang telah dipending. Melalui aplikasi ini, rumah sakit dapat memeriksa kembali data yang bermasalah serta melakukan perbaikan berdasarkan catatan dari pihak BPJS. Aplikasi VIBI juga dapat membantu memastikan bahwa jawaban yang diberikan rumah sakit sesuai dengan standar dan regulasi pelayanan BPJS Kesehatan. Dengan demikian aplikasi VIBI berfungsi

sebagai sistem digital yang sangat strategis untuk melakukan input data klaim dan memverifikasi ulang klaim pending.

5. Surat Permohonan Klaim

Dalam proses pengajuan klaim pelayanan kesehatan kepada BPJS, merupakan dokumen administratif yang akan diajukan permohonan klaim oleh rumah sakit. Surat ini menjadi bagian penting karena berisi tentang permintaan klaim secara formal agar BPJS dapat memproses pengajuan pencairan dana sesuai dengan program jaminan yang diikuti. Di Santosa Hospital Bandung Central, klaim akan diajukan kembali kepada pihak BPJS maksimal setiap pada tanggal 7. Surat permohonan klaim ini tidak hanya berfungsi sebagai surat pengantar, tetapi juga sebagai bukti bahwa fasilitas kesehatan telah melakukan verifikasi terhadap data pelayanan kesehatan. Setelah verifikasi selesai dilakukan, klaim ini akan diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk dapat melakukan tahap validasi guna memastikan kesesuaian data dan kelengkapan pada persyaratan pengajuan klaim tersebut. Sebelum permohonan klaim tersebut diajukan, harus melakukan pemeriksaan ulang dokumen untuk meminimalisir risiko klaim ditolak. Menurut peneliti terdahulu (Winarti dan Sukmawati, 2022) bahwa sebelum pengajuan klaim, berkas persyaratan klaim harus sesuai regulasi dan lengkap.

6. Hasil BA (Berita Acara)

Hasil BA (Berita Acara) merupakan surat resmi yang memuat hasil keputusan dari pihak BPJS Kesehatan terhadap klaim yang diajukan oleh rumah sakit. Surat ini memuat tentang persetujuan atau penolakan atas klaim yang telah diajukan yang berdasarkan kelengkapan dokumen, kesesuaian dalam input data, serta ketentuan-ketentuan yang berlaku. Dalam praktiknya, BA (Berita Acara) ini memuat hasil data penting yang berupa kasus yang diajukan, total nilai klaim, jumlah pasien angka kasus yang dinyatakan layak, pending, dispute, dan tidak layak. Fungsi utama dari berita acara ini adalah sebagai bukti formal berupa dokumen resmi yang digunakan untuk menyelesaikan administrasi klaim, baik untuk klaim yang disetujui maupun klaim yang ditolak. Untuk klaim yang ditolak, maka rumah sakit harus menindaklanjuti dengan memverifikasi ulang klaim yang terpending. Klaim yang ditolak biasanya disebabkan karena dokumen yang tidak lengkap, yang akan berpengaruh dalam kelancaran pengajuan klaim dan menghambat

dalam proses verifikasi sehingga klaim tidak dapat ditindak lanjut oleh rumah sakit karena harus melakukan perbaikan dalam proses administrasi. Klaim yang ditolak terjadi karena adanya ketidaksesuaian data yang signifikan. Selain itu juga, kesalahan kode diagnosis harus dikodekan secara akurat sesuai dengan standar ICD-10 dan ICD-9-CM yang ditetapkan. Terkait faktor penyebab ini dapat berdampak pada pencairan dana klaim dan klaim mengalami pending.

Menurut penelitian sebelumnya (Sinaga, 2024) menyatakan bahwa faktor yang menyebabkan klaim pending karena kesalahan dalam coding dan ketidaklengkapan data administrasi. Hasil analisis penelitian pada tabel 1, diketahui hasil dari persentase jumlah pasien rawat inap berdasarkan status klaim pending bahwa yang mengalami pending paling sedikit yaitu pada bulan maret 2025 sebesar 27% dan pending paling banyak yaitu pada bulan Januari sebesar 35%. Persentase tersebut menunjukkan sebagian klaim masih dalam tahap status modified. Modified berarti status klaim pada berkas yang mengalami perubahan data sebelum diajukan kembali dan harus diverifikasi ulang karena klaim terpending.

Adapun hasil dari analisis penelitian pada tabel 2, yang paling rendah persentase klaim yang disetujui BPJS yaitu pada bulan Januari 2025 sebesar 64% dan persentase klaim yang paling besar disetujui oleh BPJS yaitu pada bulan Maret 2025 sebesar 72%. Persentase ini menunjukan terjadinya kenaikan setiap bulannya pada klaim yang diterima oleh BPJS Kesehatan. Klaim yang disetujui oleh pihak BPJS merupakan pengajuan klaim dengan input data yang sudah selesai pada tahap VClaim, Sanval, VIBI, dan pengajuan permohonan klaim yang sudah lengkap dan tepat. Apabila terdapat data yang belum lengkap atau ada kesalahan dalam kode diagnosis maka klaim tersebut akan ditolak oleh BPJS dan akan dikembalikan kepada pihak rumah sakit untuk diverifikasi ulang. Menurut peneliti (Valentina, Sani, dan Sandika) menyatakan bahwa klaim yang ditolak disebabkan klaim tidak lolos verifikasi karena adanya ketidaklengkapan berkas.

Oleh karena itu, ketelitian dalam proses klaim BPJS sangat penting dan harus diperhatikan oleh rumah sakit agar klaim tersebut dapat disetujui pihak BPJS kesehatan serta dalam melakukan rapat rutin internal sangat diperlukan untuk meminimalisir kesalahan sehingga klaim yang diajukan dapat diterima

BPJS. Dengan langkah tersebut, maka alur proses klaim BPJS terhadap pelayanan pasien rawat inap akan lebih efektif dan optimal dalam melakukan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Secara keseluruhan, hasil penelitian menekankan pada pentingnya integrasi antara aspek teknis pada kode diagnosis dan sistem digitalisasi, administrasi dalam bentuk dokumen pendukung, serta kerja sama tim dalam menjamin kelancaran alur proses klaim BJS terhadap pelayanan rawat inap. Setiap bagian memiliki peran yang saling terkait dalam kelancaran pada alur proses klaim, sehingga dibutuhkan koordinasi dan komunikasi yang lebih efektif. Dengan demikian, bahwa alur proses klaim BPJS Kesehatan terhadap pelayanan rawat inap merupakan rangkaian tahapan yang sangat berkaitan, mulai dari input data pasien, pelayanan medis, pengkodean diagnosis hingga verifikasi pada tahap proses pengajuan klaim. Kelancaran proses klaim dapat dipengaruhi oleh ketepatan penginputan data, kelengkapan dokumen, dan ketepatan dalam memberikan kode diagnosis. Dengan demikian, pada proses klaim BPJS ini merupakan efisiensi administrasi sekaligus sebagai indikator mutu tata kelola pelayanan kesehatan di rumah sakit.

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

1. Berdasarkan hasil analisis alur proses klaim BPJS terhadap pelayanan rawat inap, dapat disimpulkan bahwa dalam proses klaim BPJS peran *coder* sangat penting dalam penentuan kode diagnosis yang akurat. *Coder* bertanggung jawab dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan yang sesuai standar. Ketepatan dan ketelitian dalam pemberian kode diagnosis sangat mempengaruhi pada proses klaim BPJS.
2. Aplikasi VClaim merupakan aplikasi yang dapat membantu dalam meningkatkan efisiensi proses klaim, khususnya dalam hal verifikasi data, pembuatan SEP, dan pengiriman klaim secara online. Selain itu, integrasi dengan sistem grouper casemix dapat membantu dalam pengelolaan tarif pelayanan kesehatan yang lebih akurat sehingga proses klaim menjadi lebih cepat dan sistematis.
3. Aplikasi sanval merupakan aplikasi internal rumah sakit yang dimana aplikasi sanval ini sistem digital pengganti berkas

manual. Melalui aplikasi ini, tim pelayanan casemix dapat memastikan kelengkapan dan kesesuaian dokumen dan jawaban dari klaim yang dikembalikan harus sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Untuk status klaim final dan *modified* membantu memberikan informasi yang jelas mengenai tahapan pada proses verifikasi maupun perbaikan pada jawaban klaim, sehingga dapat membantu dalam akurasi data yang lebih cepat dan terstruktur.

4. Aplikasi VIBI merupakan alat komunikasi antara pihak BPJS kesehatan dengan pihak rumah sakit, yang dimana dalam alur proses klaim BPJS khususnya terhadap pelayanan rawat inap, ketidaklengkapan dokumen dan kesalahan memberikan kode diagnosis dapat menyebabkan klaim dikembalikan lagi ke pihak rumah sakit dan klaim tersebut mengalami status klaim pending. BPJS kesehatan akan menyampaikan pertanyaan atau catatan kepada rumah sakit melalui Aplikasi VIBI untuk melakukan verifikasi ulang terhadap data klaim yang dikembalikan. VIBI berfungsi sebagai pendukung untuk mengajukan klaim secara digital.
5. Surat permohonan klaim adalah surat resmi terkait dokumen administratif untuk memproses pengajuan klaim. Selain sebagai surat pengantar, surat permohonan klaim juga menjadi bukti bahwa fasilitas kesehatan telah melakukan verifikasi data pelayanan. proses verifikasi yang teliti merupakan langkah penting sebelum pengajuan klaim untuk divalidasi oleh BPJS. Oleh karena itu, pemeriksaan ulang dokumen sebelum pengajuan sangat diperlukan guna memastikan kelengkapan dan kesesuaian data, sehingga meminimalisir risiko terjadinya penolakan klaim.
6. Hasil BA (Berita Acara) merupakan surat resmi yang memuat hasil keputusan dari BPJS kesehatan yang memuat tentang persetujuan atau penolakan tentang klaim yang telah diajukan. BA (Berita Acara) ini memuat hasil data dengan jumlah pasien angka kasus yang dinyatakan layak, pending, dispute, dan tidak layak. Klaim yang ditolak terjadi apabila terdapat ketidaksesuaian data yang signifikan yaitu seperti ketidaklengkapan dokumen dan kesalahan dalam koding sehingga klaim

tersebut mengalami pending. Klaim yang berstatus pending, berarti klaim tersebut belum dapat diselesaikan karena harus ditindak lanjut oleh rumah sakit. Dalam kelancaran alur proses klaim BPJS terhadap pelayanan rawat inap di rumah sakit, ditentkan berdasarkan kerja sama tim yang baik dan ketelitian dalam memberikan kode diagnosis, pengelolaan dokumen, serta pemanfaatan sistem digital secara optimal.

B. SARAN

1. Meningkatkan kompetensi coder dengan melakukan pelatihan pengkodean diagnosis agar dapat meminimalisir kesalahan dalam memberikan kode diagnosis.
2. Untuk memaksimalkan pemanfaatan aplikasi VClaim, disarankan untuk dapat mengembangkan fitur-fitur aplikasi guna menyesuaikan dengan kebutuhan pelayanan sehingga klaim dapat berjalan dengan efisien dan untuk meminimalisir adanya kendala dalam gangguan jaringan maka perlu adanya peningkatan terhadap koneksi sistem pada internet.
3. Meningkatkan koordinasi antara anggota tim casemix dalam proses klaim, agar lebih efektif serta sesuai dengan standar yang ditetapkan, sehingga dapat menghasilkan data yang akurat dan mendukung kelancaran pengoperasian pada aplikasi sanval.
4. Rumah sakit perlu meningkatkan integrasi sistem informasi agar proses pengajuan klaim dapat berjalan dengan lebih efisien.
5. Untuk kelancaran dalam permohonan klaim, disarankan agar setiap fasilitas memperkuat mekanisme verifikasi klaim dan melakukan pengecekan akhir terhadap kelengkapan data sebelum dikirimkan kepada BPJS.
6. Melakukan monitoring, evaluasi rutin dan tindak lanjut terhadap klaim yang berstatus pending maupun klaim yang ditolak oleh BPJS kesehatan, agar kesalahan yang sama tidak terjadi kembali pada proses klaim selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

A. Dokumen

1. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang: *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)*
2. Peraturan Menteri Kesehatan (PerMenKes) Nomor 28 Tahun 2014 Tentang: *Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan*

B. Buku Ilmiah

- (Winarti, 2022) Ariyanti, F., & Gifari, M. T. (2019). Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(04), 156–166. <https://doi.org/10.33221/jikm.v8i04.415>
- Pratiwi, S., Gunawan, E., Abdussalaam, F., & Sukmawijaya, J. (2023). Perancangan Sistem Informasi Rekapitulasi Klaim Pasien BPJS Rawat Jalan. *Media Bina Ilmiah*, 18(1), 69-78.
- Nengsih, Y. G. (2021). Tinjauan Alur Prosedur Pelayanan Pasien Rawat Jalan Peserta BPJS di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 6(1), 51–57. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v6i1.479>
- Permata Putri, E., Nasywa Syakira, I., Ferdian Salim, M., & Miftachul Jannah, F. (2023). Analisis Kesiapan Bridging Simrs Dan V-Claim Di Rumah Sakit Pratama Kota Yogyakarta Readiness Assessment for Bridging Simrs and V-Claim in Pratama Hospital Yogyakarta. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(1), 47–58.
- Sinaga, D. F. (2024). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Pending Pasien Rawat Inap Pada Pengklaiman BPJS Di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan Tahun 2023. *Jks*, 1(2), 58–67.
- Sitorus, M. I., Yulia, N., Fannya, P., & Rumana, N. A. (2022). Tinjauan Peranan Koder Dalam Pengajuan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD DR. R.M. Djoelham Kota Binjai. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 7(1), 56–64. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v7i1.722>
- Valentina, Mita Sari, & Sandika, T. W. (2022). Tinjauan Penolakan Pada Klaim Pasien BPJS Kesehatan di RSUD Tanjung Pura. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 7(1), 65–72. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v7i1.695>
- Winarti, W. (2022). Description of the Claim Submitting System of Bpjs Inpatient At Hospital X in Bandung Regency. *Jurnal Teras Kesehatan*, 4(2), 63–72. <https://doi.org/10.38215/jtkes.v4i2.78>
- (Sitorus et al., 2022) (Permata Putri et al., 2023)(Nengsih, 2021)(Ariyanti & Gifari, 2019)(Valentina et al., 2022)(Sinaga, 2024)(M Teguh Saefuddin1, Tia Norma Wulan2 & 1, 2, 3, 2023)