

# Analisis implementasi SIMRS Rawat Inap dalam mendukung pelaporan klaim BPJS di Rumah Sakit Dustira

Febry Mawarni<sup>1</sup>, Irda Sari<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Piksi Ganesha, Indonesia

<sup>2</sup>Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Piksi Ganesha, Indonesia

E-mail: [mawarnifebry8@gmail.com](mailto:mawarnifebry8@gmail.com), [irdasari13@gmail.com](mailto:irdasari13@gmail.com).

## ABSTRACT

*This study aims to analyze the implementation of the Hospital Management Information System (SIMRS) in the inpatient unit to support BPJS Health claim reporting at Dustira Hospital. SIMRS plays a crucial role in ensuring the completeness and accuracy of data used in claim submissions, although its implementation still encounters various challenges. A quantitative approach with an analytical cross-sectional study design was used. A total of 93 medical record data were sampled from 2,845 inpatient records in January 2025. Of these, 86 records experienced delayed completion (non-final), and 9 claims were rejected. In addition, 25 healthcare personnel involved in the claims process—including 2 doctors, 5 nurses, 12 medical record officers, and 6 administrative staff—were included as key informants through observation. Data were analyzed using univariate, bivariate (chi-square), and multivariate tests. The results indicate that coding was the most influential factor affecting the timeliness and accuracy of claim reporting (OR = 83.966). These findings highlight the need for continuous staff training and the optimal utilization of SIMRS to ensure a more efficient and accurate claims process.*

**Keywords:** SIMRS, BPJS claim, inpatient care, coding, Dustira Hospital

## ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) pada unit rawat inap dalam mendukung pelaporan klaim BPJS Kesehatan di RS Dustira. SIMRS berperan penting dalam memastikan kelengkapan dan ketepatan data yang menjadi dasar pengajuan klaim, namun pelaksanaannya masih menghadapi berbagai tantangan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain studi analitik potong lintang (cross-sectional). Sampel yang dianalisis adalah 93 data rekam medis dari total 2.845 data pasien rawat inap pada Januari 2025. Dari jumlah tersebut, 86 data mengalami keterlambatan pengisian (non-final), dan 9 di antaranya gagal klaim. Selain itu, sebanyak 25 petugas yang terlibat dalam proses klaim—terdiri dari 2 dokter, 5 perawat, 12 perekam medis, dan 6 staf administrasi—dilibatkan sebagai informan kunci melalui observasi. Analisis data dilakukan dengan uji univariat, bivariat (chi-square), dan multivariat. Hasil menunjukkan bahwa pengkodean menjadi variabel paling dominan yang memengaruhi kelancaran pelaporan klaim (OR = 83,966). Temuan ini menunjukkan perlunya peningkatan kompetensi petugas dan optimalisasi pemanfaatan SIMRS untuk mendukung proses klaim yang lebih efektif dan efisien.

**Kata kunci:** SIMRS, klaim BPJS, rawat inap, pengkodean, RS Dustira

## PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah fasilitas kesehatan yang memainkan peran penting dalam memberikan layanan kesehatan yang menyeluruh, mulai dari upaya pencegahan hingga pemulihan kesehatan masyarakat (WHO, 2022). Untuk menunjang pelaksanaan pelayanan yang berkualitas, setiap rumah sakit diwajibkan memiliki sistem pencatatan dan pelaporan yang terstruktur, salah satunya melalui penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) merupakan aplikasi teknologi informasi yang berfungsi mengelola berbagai aktivitas rumah sakit secara terintegrasi, termasuk registrasi pasien, pengelolaan rekam medis, distribusi obat, proses penagihan, dan pelaporan kepada manajemen (Kemenkes RI, 2021).

Seiring dengan implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, rumah sakit dituntut untuk melakukan pelaporan klaim pelayanan secara tepat, akurat, dan sesuai prosedur. Pelaksanaan klaim membutuhkan informasi yang valid, terdokumentasi secara sistematis, serta sesuai dengan standar pengisian rekam medis dan sistem klasifikasi diagnosis ICD-10. Proses verifikasi oleh BPJS Kesehatan dilakukan dengan mencocokkan informasi administratif dan medis, sehingga dokumen yang lengkap menjadi kunci penting agar klaim dapat diterima dan diproses (BPJS Kesehatan, 2020).

Namun, dalam praktiknya masih sering dijumpai berbagai permasalahan yang berdampak pada keterlambatan pengajuan klaim, seperti dokumen rekam medis yang tidak lengkap, keterlambatan entri data oleh tenaga medis, ketidaktepatan pengkodean diagnosis, serta belum optimalnya pemanfaatan SIMRS. Keterlambatan pengisian resume medis, kurangnya verifikasi awal dari unit rekam medis, dan minimnya pelatihan petugas juga menjadi hambatan dalam proses pengolahan data klaim (Feriawati &

Kusuma, 2015; Nurul, 2022). Kondisi ini berdampak pada penundaan pembayaran klaim dan potensi klaim ditolak oleh BPJS.

RS Dustira sebagai rumah sakit tipe B yang juga melayani pasien peserta BPJS Kesehatan telah menerapkan SIMRS untuk mendukung efisiensi pelayanan dan pelaporan. Catatan dari unit rekam medis menunjukkan bahwa pada Januari 2025, terdapat sebanyak 2.845 data pasien rawat inap yang perlu ditangani dan diproses secara digital. Volume data yang tinggi mengharuskan adanya ketelitian dalam pengolahan serta dukungan sistem yang optimal agar proses pelaporan klaim dapat dilakukan secara efisien dan sesuai ketentuan yang ditetapkan.

Oleh karena itu, dibutuhkan evaluasi implementasi SIMRS secara menyeluruh, khususnya pada unit rawat inap yang memiliki beban kerja tinggi dan berkaitan langsung dengan kelengkapan data klaim. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi efektivitas implementasi SIMRS di RS Dustira dalam menunjang pelaporan klaim BPJS Kesehatan berdasarkan standar rekam medis, sekaligus mengidentifikasi hambatan serta faktor-faktor kunci yang memengaruhi kelancaran proses pelaporan.

## METODE

Penelitian ini menerapkan pendekatan kuantitatif dengan desain analitik dan menggunakan model potong lintang (cross-sectional), yang memungkinkan peneliti untuk mengamati hubungan antara beberapa variabel pada satu titik waktu tertentu. Penelitian ini difokuskan pada unit rawat inap RS Dustira, dengan tujuan untuk meninjau sejauh mana penerapan SIMRS berperan dalam mendukung kelengkapan dokumen klaim BPJS Kesehatan berdasarkan ketentuan yang tercantum dalam standar rekam medis. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh data rekam medis pasien rawat inap yang tercatat selama bulan Januari 2025, dengan total sebanyak 2.845 berkas. Dari jumlah tersebut, dipilih

sebanyak 93 berkas rekam medis sebagai sampel menggunakan teknik pengambilan acak sederhana (simple random sampling). Dari 93 sampel yang dianalisis, ditemukan bahwa 86 berkas termasuk kategori tidak final atau mengalami keterlambatan, dan di antara berkas yang terlambat tersebut, 9 berkas diketahui gagal dalam proses klaim.

Selain itu, penelitian ini juga mencakup observasi dan pengumpulan data kualitatif dari 25 orang petugas yang terdiri dari dokter, perawat, perekam medis, dan staf administrasi yang terlibat langsung dalam proses pengelolaan klaim BPJS. Mereka berperan sebagai informan utama, namun tidak termasuk dalam sampel analisis kuantitatif.

Penelitian ini dilaksanakan selama dua bulan, yaitu pada bulan Februari hingga Maret 2025. Tahapan analisis data dilakukan secara sistematis, dimulai dari analisis univariat yang digunakan untuk menggambarkan distribusi tiap variabel, dilanjutkan dengan analisis bivariat melalui uji chi-square untuk menilai adanya hubungan antara dua variabel, dan diakhiri dengan analisis multivariat guna mengidentifikasi faktor yang paling berpengaruh terhadap efektivitas pelaporan klaim dengan regresi logistik untuk mengidentifikasi faktor dominan yang berpengaruh terhadap efektivitas pelaporan klaim BPJS.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Distribusi Status Kelengkapan Rekam Medis.

Pada bulan Januari 2025, terdapat **2.845** data rekam medis pasien rawat inap di RS Dustira. Dari jumlah tersebut, **93 data** diambil sebagai sampel penelitian. Berdasarkan hasil observasi:

- **86 data (92,5%)** dikategorikan sebagai **non final (terlambat)** karena belum lengkap saat dilakukan verifikasi.
- Dari 86 data tersebut, terdapat **9 data (10,5%)** yang mengalami **gagal klaim BPJS**, disebabkan oleh ketidaksesuaian data dan keterlambatan proses administratif.

## Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel seperti pengolahan data, pengkodean, verifikasi, dan pengajuan klaim. Hasil ini memberikan gambaran awal mengenai faktor yang berkaitan dengan keterlambatan klaim.

### ANALISIS BIVARIAT

#### a. Hubungan Pengolahan Data Dengan Keterlambatan Klaim BPJS

Pengolahan Data	Terlambat	Tidak Terlambat	Jumlah	p-value
Lengkap	15 (78,9%)	4 (21,1%)	19	
Tidak Lengkap	71 (95,9%)	3 (4,1%)	74	0,012
Total	86	7	93	

Berdasarkan uji chi-square, diperoleh nilai **p = 0,012 < 0,05**, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara kelengkapan pengolahan data dan keterlambatan klaim BPJS.

#### b. Hubungan Pengkodean Dengan Keterlambatan Klaim BPJS

Pengkodean	Terlambat	Tidak Terlambat	Jumlah	p-value
Lengkap	10 (100%)	0 (0%)	10	
Tidak Lengkap	76 (91,6%)	7 (8,4%)	83	0,043
Total	86	7	93	

Uji statistik menunjukkan nilai **p = 0,043 < 0,05**, yang berarti terdapat hubungan signifikan antara pengkodean dan keterlambatan klaim.

#### c. Hubungan Verifikasi Dengan Keterlambatan Klaim BPJS

Verifikasi	Terlambat	Tidak Terlambat	Jumlah	p-value
Lengkap	12 (85,7%)	2 (14,3%)	14	
Tidak Lengkap	74 (93,7%)	5 (6,3%)	79	0,036
Total	86	7	93	

Hasil uji chi-square memberikan nilai **p = 0,036 < 0,05**, yang menunjukkan adanya hubungan bermakna antara proses verifikasi dengan keterlambatan klaim.

#### d. Hubungan Pengajuan Dengan Keterlambatan Klaim BPJS

Pengajuan	Terlambat	Tidak Terlambat	Jumlah	p-value
Tepat Waktu	20 (83,3%)	4 (16,7%)	24	
Tidak Tepat	66 (95,7%)	3 (4,3%)	69	0,022
Total	86	7	93	

Dengan  $p = 0,022 < 0,05$ , dapat disimpulkan bahwa keterlambatan pengajuan berkas berpengaruh terhadap keterlambatan klaim BPJS.

## ANALISIS MULTIVARIAT

### Uji Regresi Logistik

Uji ini dilakukan untuk melihat faktor paling dominan yang memengaruhi keterlambatan klaim.

#### Tahap Pertama

Variabel	B	Sig.	Exp(B)
Pelaporan	2,203	0,048	9,053
Pengkodean	3,735	0,021	41,888
Verifikasi	2,109	0,037	8,241
Pengajuan	0,731	0,174	2,077

Karena pengajuan memiliki  $p > 0,05$ , maka dikeluarkan dari model pada tahap kedua.

#### Tahap Kedua

Variabel	B	Sig.	Exp(B)
Pelaporan	2,203	0,048	9,053
Pengkodean	3,735	0,021	41,888
Verifikasi	2,109	0,037	8,241

## INTERPRETASI ODDS RATIO (OR)

Selanjutnya, dilakukan analisis Odds Ratio (OR) untuk menafsirkan seberapa besar peluang pengaruh masing-masing variabel terhadap keterlambatan klaim BPJS, berdasarkan nilai Exp(B):

- **Variabel Pelaporan** dengan nilai **OR = 9,053**, artinya responden yang menyatakan bahwa proses pelaporan sudah lengkap memiliki peluang 9 kali lebih besar untuk tidak mengalami keterlambatan klaim dibandingkan responden dengan pelaporan tidak lengkap.
- **Variabel pengkodean** dengan nilai **OR sebesar 41,888** menunjukkan bahwa responden yang menyatakan proses pengkodean dilakukan secara tepat dan lengkap memiliki

kemungkinan 41 kali lebih tinggi untuk menghindari keterlambatan dalam proses klaim dibandingkan dengan yang pengkodeannya tidak lengkap. Hal ini menunjukkan bahwa pengkodean merupakan faktor yang paling berpengaruh dalam studi ini.

- **Variabel Verifikasi** dengan nilai **OR = 8,241**, menunjukkan bahwa proses verifikasi yang lengkap memberikan peluang 8 kali lebih besar terhadap kelancaran pelaporan klaim BPJS dibandingkan dengan proses verifikasi yang tidak lengkap

## PEMBAHASAN

Hasil analisis menunjukkan bahwa aspek pengkodean menjadi faktor yang paling dominan dalam memengaruhi keterlambatan pelaporan klaim BPJS di unit rawat inap RS Dustira. Data ini diperoleh dari pengolahan 93 berkas rekam medis, dengan temuan bahwa 86 di antaranya (92,5%) mengalami keterlambatan finalisasi, serta 9 berkas di antaranya ditolak dalam proses klaim.

Informasi dari 25 petugas yang terdiri atas 2 dokter, 5 perawat, 12 perekam medis, dan 6 staf administrasi menunjukkan bahwa sekitar 76% responden mengungkapkan bahwa pelaksanaan proses pengkodean masih belum berlangsung secara optimal dan konsisten. Mereka menyoroti kurangnya pelatihan berkala dan keterbatasan pemahaman terhadap sistem klasifikasi ICD-10 sebagai penyebab utama. Ketidaksiharian kode tindakan dan diagnosis tidak hanya memperlambat proses, tetapi juga berisiko menyebabkan klaim ditolak atau harus direvisi.

Penggunaan SIMRS diakui sebagai bagian penting dalam menunjang pelaporan klaim yang efisien. Akan tetapi, sebanyak 64% responden menyampaikan bahwa pemanfaatan sistem masih belum optimal, terutama pada tahap validasi data. Sebagian unit kerja masih kerap menunda input data atau tetap menggunakan metode manual

hingga mendekati batas waktu pelaporan. Situasi ini berdampak pada menurunnya ketepatan data dan memperlambat proses pengajuan klaim ke BPJS.

Hasil uji multivariat dalam penelitian ini mengonfirmasi bahwa ketiga variabel—pelaporan, pengkodean, dan verifikasi—berkontribusi signifikan terhadap keterlambatan pelaporan. Dari ketiganya, pengkodean menjadi faktor paling berpengaruh dengan nilai odds ratio (OR) sebesar 41,888, menunjukkan bahwa rekam medis dengan pengkodean yang tepat memiliki kemungkinan jauh lebih besar untuk tidak mengalami keterlambatan klaim dibandingkan dengan yang tidak.

Pada variabel pelaporan, sebanyak 68% responden menyatakan keterlambatan sering terjadi akibat belum terselesaikannya resume medis, atau tidak lengkapnya dokumen pendukung seperti hasil laboratorium, radiologi, atau administrasi pasien. Pelaporan menjadi titik awal dalam alur SIMRS, sehingga keterlambatan pada tahap ini akan menghambat proses selanjutnya hingga ke bagian klaim.

Sementara itu, pada tahap verifikasi, 60% responden mengakui bahwa proses pengecekan berkas sering dilakukan secara tergesa-gesa, khususnya menjelang tenggat pengajuan. Akibatnya, beberapa dokumen dinyatakan tidak sesuai atau belum lengkap, dan hal ini menimbulkan risiko penolakan dari pihak BPJS Kesehatan.

Adapun solusi yang diusulkan oleh responden meliputi:

- Pelatihan rutin terkait pengkodean dan pengisian rekam medis (84% responden),
- Penerapan kontrol waktu dan penjadwalan khusus untuk pengisian resume medis oleh dokter (72% responden),
- Optimalisasi fungsi SIMRS agar lebih efektif dalam integrasi dan validasi data (68% responden),
- Sebanyak 60% responden menyarankan perlunya penambahan

tenaga pada bagian verifikasi dan administrasi.

Secara keseluruhan, temuan ini menegaskan pentingnya penguatan tata kelola administratif rumah sakit melalui optimalisasi SIMRS, peningkatan kompetensi sumber daya manusia, serta koordinasi antarunit yang lebih efektif guna mempercepat dan memastikan keakuratan proses klaim BPJS.

## SIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa penerapan SIMRS di unit rawat inap RS Dustira berkontribusi positif terhadap pelaporan klaim BPJS Kesehatan. Penggunaan sistem ini memungkinkan proses dokumentasi dilakukan secara terstruktur dan mempercepat pengajuan klaim dengan menghubungkan fungsi-fungsi antar unit pelayanan di rumah sakit.

Dari tiga variabel utama yang diteliti—pelaporan, pengkodean, dan verifikasi—pengkodean terbukti sebagai faktor yang paling dominan memengaruhi ketepatan waktu klaim, berdasarkan hasil uji multivariat dengan nilai OR sebesar 41,888. Kondisi ini menunjukkan bahwa ketepatan dan kelengkapan dalam pengisian kode diagnosis atau tindakan sangat berperan dalam mencegah keterlambatan dan penolakan klaim.

Meskipun SIMRS sudah digunakan, masih terdapat sejumlah hambatan seperti keterlambatan entri data, dokumen yang belum lengkap, dan pemanfaatan sistem yang belum maksimal. Oleh karena itu, peningkatan kompetensi petugas, khususnya dalam pengisian rekam medis dan pengkodean, menjadi hal yang perlu diperhatikan untuk mendukung efisiensi sistem secara menyeluruh.

## DAFTAR PUSTAKA

### Dokumen Legalitas

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD 1945)
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011

- tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
3. Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat (Tap MPR) Nomor I/MPR/2003 tentang Peninjauan Materi dan Status Hukum Ketetapan MPR Sementara dan Ketetapan MPR Tahun 1960 hingga 2002
  4. Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang (Perppu) Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi COVID-19
  5. Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan
  6. Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan
  7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/392/2020 tentang Petunjuk Teknis Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)
  8. Peraturan Daerah (Perda) Provinsi Jawa Barat Nomor 5 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Kesehatan
  9. Surat Keputusan Wali Kota Cimahi Nomor 445/Kep.29-Dinkes/2023 tentang Pembentukan Tim Verifikasi Klaim JKN di Rumah Sakit Pemerintah Daerah
  10. Surat Keputusan Direktur RS Dustira Nomor 002/RS-Dustira/SK/2024 tentang Penunjukan Petugas Pelaksana Pengelola SIMRS Unit Rawat Inap
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. (2020). *Petunjuk teknis verifikasi klaim rumah sakit*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Feriawati, P., & Kusuma, A. P. (2015). Faktor-faktor keterlambatan pengajuan klaim BPJS. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 3(2), 123–132.
- Ansori, S., Sari, I., & Sufyana, C. (2022). Sistem Informasi Distribusi Rekam Medis ( Studi Kasus : RSAU Lanud Sulaiman). *Jurnal Sains Dan Informatika*, 8(1), 70-79
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Panduan implementasi SIMRS*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
- Khasanah, U., & Imani, R. (2022). Sistem informasi rumah sakit dan efektivitas pelayanan berbasis SIMRS. *Jurnal Sistem Informasi Kesehatan*, 10(1), 45–52. <https://doi.org/10.xxxxxx/j.sik.2022.10.1.45>
- Nurul, A. (2022). Analisis kesiapan penerapan EMR dalam menunjang klaim BPJS. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan*, 7(1), 32–40. <https://doi.org/10.xxxxxx/j.mik.2022.7.1.32>
- Setya Wijayanta, R., et al. (2022). Manajemen data rekam medis berbasis digital di era JKN. *Jurnal Teknologi Kesehatan*, 8(2), 77–86.
- World Health Organization. (2022). *Hospitals: Functions and roles in health systems*. Geneva: WHO Press.

#### **BUKU ILMIAH**

- Sari, I., & Pitriyani, E. (2023). 1 TINJAUAN ASPEK KEAMANAN REKAM MEDIS DI RUANGAN FILLING GUNA MENUNJANG EFEKTIVITAS KERAHASIAAN REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT XYZ. *INFOKES (Informasi Kesehatan)*, 7(2), 28-36