

Analisis Ketidaksesuaian Pasien Rawat Jalan Terhadap Kelayakan Klaim BPJS di Rumah Sakit X Kota Bandung

Putri Wulan Julianti, Syaikhul Wahab

Program Studi Rekam Medis Informasi Kesehatan

Politeknik Piksi Ganesha, Jl. Jend. Gatot Subroto No. 301, Bandung

E-mail: ¹putriwulanjulianti@gmail.com, ²syaikhulwahab@gmail.com

ABSTRACT

The frequency of outpatient follow-up visits without clear indications is a major contributing factor to the inappropriateness of National Health Insurance (JKN) claims at Hospital X in Bandung. This condition results in ineligible claims, leading to financial losses and increased administrative burdens for the hospital. This study aims to identify the factors causing inappropriate follow-up visits and their impact on the eligibility of BPJS claims. A descriptive qualitative method was used, with data collected through in-depth interviews with claims officers and document analysis of outpatient claims from January to March 2025. The study population included all pending outpatient claims at Hospital X in Bandung, with a sample of 908 files. The findings reveal differing perspectives betweennesses in medical documentation as the main cause of claims ineligibility. Of the 908 files, 119 claims were added to the administrative workload of claims officers. The study emphasizes the need to improve the quality of medical documentation, provide training for medical personnel, and strengthen integrated information systems and communication between hospitals and BPJS to enhance the effectiveness of the claims process.

Keywords: *Inappropriate follow-up, BPJS, Claims Eligibility, Outpatient Care*

ABSTRAK

Frekuensi kunjungan kontrol pasien rawat jalan yang tidak didukung indikasi medis yang jelas menjadi faktor utama ketidaksesuaian klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit X Kota Bandung. Kondisi ini mengakibatkan klaim tidak layak, yang berimbas pada kerugian finansial dan peningkatan beban administrasi rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor penyebab ketidaksesuaian kontrol serta dampaknya terhadap kelayakan klaim BPJS. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan pengumpulan data melalui wawancara mendalam terhadap petugas klaim dan analisis dokumen klaim rawat jalan pada periode Januari hingga Maret 2025. Populasi penelitian mencakup seluruh berkas klaim rawat jalan berstatus pending di Rumah Sakit X Kota Bandung, dengan sampel sebanyak 908 berkas. Temuan penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan pandang antara pihak rumah sakit dan BPJS mengenai batas wajar frekuensi kontrol, serta adanya kelemahan dalam dokumentasi medis sebagai penyebab utama ketidaksesuaian klaim. Dari 908 berkas terdapat 119 klaim yang dinyatakan tidak layak karena kontrol berulang. Situasi ini menimbulkan kerugian finansial dan memperberat tugas administrasi petugas klaim. Penelitian ini menekankan untuk meningkatkan mutu dokumentasi medis, pelatihan bagi tenaga medis, serta penguatan sistem informasi yang terintegrasi dan komunikasi antara rumah sakit dan BPJS guna meningkatkan efektivitas proses klaim.

Katakunci : Ketidaksesuaian Kontrol, BPJS, Kelayakan Klaim, Pasien Rawat Jalan

PENDAHULUAN

Rumah sakit memiliki posisi strategis sebagai pondasi utama dalam sistem pelayanan Kesehatan di Indonesia. Sebagai institusi pelayanan kesehatan perorangan yang mencakup kegiatan promotif, preventif dan rehabilitatif rumah sakit bertanggung jawab dalam aspek pelayanan medis, tetapi juga dalam menjamin mutu pelayanan, keselamatan pasien, serta efisiensi operasional. Untuk itu, rumah sakit dituntut untuk menyelenggarakan pelayanan berdasarkan standar profesi, kaidah etik dan medis serta regulasi yang berlaku. Hal ini sesuai dengan ketentuan Permenkes RI Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Teknis Pemenuhan Pelayanan Dasar dalam pelaksanaan minimal bidang kesehatan.

Selanjutnya keberadaan Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan semakin memperkuat peran rumah sakit sebagai agen transformasi dalam sistem kesehatan nasional. Setiap bentuk pelayanan kesehatan wajib menjunjung tinggi mutu, keamanan pasien, dan berbasis pada bukti ilmiah. Selain menjalankan fungsi pelayanan kesehatan, rumah sakit juga berperan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagaimana diatur dalam Perpres Nomor 59 Tahun 2024 yang merupakan perubahan dari Perpres Nomor 82 Tahun 2018. Dalam kaitannya dengan hal ini, proses pemberian layanan serta pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan harus sesuai dengan ketentuan medis dan administratif yang telah ditetapkan secara nasional.

Namun dalam praktik pelaksanaannya, rumah sakit kerap menghadapi berbagai tantangan yang cukup kompleks dalam mengelola pelayanan dan pengajuan klaim pembiayaan, khususnya pada pelayanan

rawat jalan. Salah satu permasalahan yang menonjol adalah terjadinya kontrol pasien secara berulang tanpa dasar indikasi medis yang jelas dan objektif. Fenomena ini terjadi ketika pasien kembali datang untuk kunjungan lanjutan meskipun tidak ada perkembangan kondisi klinis yang signifikan atau kebutuhan medis yang nyata. Kondisi ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain keputusan pasien yang didorong oleh kekhawatiran berlebihan, kurangnya edukasi, hingga ketidaktegasan dalam menetapkan jadwal kontrol berdasarkan protokol yang berlaku.

Kontrol berulang tanpa adanya indikasi medis yang kuat bukan hanya berkontribusi terhadap pemborosan sumber daya rumah sakit, seperti tenaga medis, waktu pelayanan, dan pemakaian fasilitas, tetapi juga berdampak pada efisiensi sistem pembiayaan dalam skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dalam kerangka sistem klaim BPJS Kesehatan, setiap kunjungan pasien dan tindakan medis harus dapat dipertanggungjawabkan secara klinis dan administratif. Ketika tidak ada dasar medis yang mendukung kunjungan lanjutan tersebut, klaim yang diajukan kepada BPJS sangat rentan dan dinyatakan tidak layak.

Salah satu penyebab utama klaim dinyatakan tidak layak di Rumah Sakit X Kota Bandung tersebut adalah lemahnya dokumentasi rekam medis. Dalam banyak kasus, rekam medis yang seharusnya menjadi dokumen utama dalam proses pembuktian klaim justru masih diisi secara kurang lengkap atau tidak mendetail. Dokter hanya mencantumkan catatan umum tanpa menjelaskan secara spesifik kondisi pasien, tindakan medis yang dilakukan dan alasan kontrol lanjutan. Akibatnya terjadi ketidaksesuaian antara kondisi klinis aktual pasien dengan dengan informasi dalam dokumen rekam medis yang diklaimkan, sehingga

menimbulkan keraguan proses verifikasi oleh BPJS Kesehatan.

Padahal secara regulatif pencatatan rekam medis yang lengkap, akurat, dan tepat waktu merupakan kewajiban hukum. Pasal 46 Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dengan tegas mengamanatkan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyusun dan menyimpan rekam medis yang memenuhi prinsip akuntabilitas, dan akurasi. Ketentuan tersebut juga diperkuat dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, yang menyatakan bahwa rekam medis harus disusun secara sistematis, bersifat rahasia, dan menjadi salah satu dasar dalam penilaian kelayakan pengajuan klaim.

Di Rumah Sakit X Kota Bandung terdapat 908 berkas klaim pending yang disebabkan oleh fragmentasi kunjungan berulang sebanyak 119 (13,1%) berkas klaim diantaranya dinyatakan tidak layak klaim oleh BPJS. Sebagian ketidaklayakan ini disebabkan oleh ketidaksesuaian kontrol yang tidak sesuai dengan ketentuan. Temuan ini mencerminkan adanya ketidaksesuaian antara pelaksanaan pelayanan medis, pencatatan administratif dan regulasi pembiayaan kesehatan. Jika tidak segera dibenahi, masalah ini dapat menghambat kelancaran proses klaim, serta dampak terhadap keberlangsungan pelayanan dalam program JKN secara menyeluruh.

Fenomena serupa juga ditemukan di berbagai fasilitas kesehatan lainnya. Penelitian oleh Mukaromah & Wahab (2024) di RSUD Kota Bandung menemukan bahwa terdapat 110 klaim rawat jalan yang mengalami pending yang disebabkan karena adanya indikasi kunjungan berulang atau double klaim, dan ketidaklengkapan hasil penunjang. Valentina , Mita Sani dan Tri Widya

Sandika (2022) melaporkan bahwa dari 4.253 kalim di RSUD Tanjung Pura, sebanyak 123 klaim (2.9%) dinyatakan tidak layak oleh BPJS karena ketidaklengkapan dokumen dan rendahnya pemahaman petugas klaim. Di RSKIA Sadewa Yogyakarta, Feni Afriani et al.(2022) menyebut bahwa klaim yang tertunda umumnya disebabkan oleh kekurangan data rekam medis, rendahnya pemahaman petugas klaim dan lemahnya komunikasi antara dokter dan petugas klaim. Sementara di RSUD Dr. Soedirman Kebumen, Ivana et al. (2024) menemukan bahwa dari 40.448 berkas klaim, 552 diantaranya (1%) berstatus pending dan 48 berkas di disebabkan karena kontrol ulang tanpa indikasi medis tidak dijamin.

Dari sisi perilaku pasien, Nugraha et al.(2021) dalam penelitiannya di Klinik Pratama Orinda mengungkapkan bahwa keputusan pasien untuk melakukan kontrol berulang ditumbuhkan oleh persepsi terhadap penyakit, keinginan untuk sembuh serta pengaruh keluarga. Persepsi pasien ditemukan sebagai faktor dominan dengan nilai $P = 0,047$ yang menunjukkan bahwa keputusan kontrol ulang tidak selalu berdasarkan rekomendasi medis melainkan lebih kepada persepsi subjektif pasien.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengkaji secara mendalam ketidaksesuaian praktek kontrol pasien rawat jalan tanpa adanya indikasi medis yang terjadi di Rumah Sakit X Kota Bandung serta implikasinya terhadap kelayakan klaim kepada BPJS Kesehatan. Peneliti berusaha mengungkap secara menyeluruh terkait faktor faktor penyebab terjadinya kunjungan berulang tanpa adanya indikasi medis yang jelas, serta hambatan yang dihadapi dalam pencatatan dan dokumentasi yang sesuai standar kelayakan klaim BPJS.

Diharapkan hasil dari penelitian ini mampu memberikan gambaran faktual

mengenai kondisi di lapangan serta menjadi bahan pertimbangan dalam upaya penyempurnaan sistem Pelayanan dan administrasi klaim di Rumah Sakit X Kota Bandung. Temuan ini juga diharapkan dapat mendukung pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang lebih optimal, efisien, dan berkesinambungan, sejalan dengan arahan kebijakan sistem kesehatan nasional.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif untuk memahami secara mendalam ketidaksesuaian kontrol pasien rawat jalan terhadap kelayakan klaim BPJS di Rumah Sakit X Kota Bandung. Desain penelitian bertujuan untuk menggambarkan secara sistematis praktik kontrol pasien dan proses pengajuan klaim tanpa mengubah kondisi asli di lapangan.

Populasi dalam studi ini meliputi seluruh dokumen klaim rawat jalan periode Januari hingga Maret 2025 yang berstatus pending akibat fragmentasi kunjungan berulang. Sebanyak 908 berkas dipilih menggunakan teknik purposive sampling, dimana 119 berkas dinyatakan tidak layak klaim oleh BPJS Kesehatan akibat ketidaksesuaian kontrol berulang.

Pengumpulan data dilakukan melalui telaah dokumen klaim dan wawancara mendalam dengan petugas klaim. Proses analisis data mencakup tahapan reduksi, penyajian serta penarikan kesimpulan. Validitas data diperkuat melalui triangulasi sumber dengan membandingkan informasi dari dokumen dan hasil wawancara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan petugas klaim di Rumah Sakit X Kota Bandung terkait ketidaksesuaian kontrol pasien rawat jalan dan dampaknya terhadap kelayakan klaim

BPJS, ditemukan beberapa temuan utama sebagai berikut :

1. Prosedur Verifikasi Klaim BPJS Rawat Jalan

Proses verifikasi klaim rawat jalan di Rumah Sakit X Kota Bandung dilakukan beberapa tahapan secara terstruktur untuk menjamin validitas serta kepatuhan terhadap regulasi BPJS. Tahapan awal dilakukan oleh dokter verifikator yang bertugas menyeleksi klaim dengan biaya besar, tindakan medis kompleks, atau kasus kasus yang dinilai berisiko tinggi. Namun jumlah dokter verifikator yang terbatas hanya dua orang dan memiliki tanggung jawab di poliklinik membuat fokus pemeriksaan hanya pada klaim yang dianggap prioritas. Petugas klaim menyatakan :

“Karena jumlah dokter verifikator terbatas, hanya dua orang dan tindakan semua poli dilayani secara langsung, jadi fokus utama dokter verifikator hanya pada kasus kasus dengan biaya tinggi atau tindakan besar dari dokter tertentu.”

Tahap berikutnya adalah proses entri data oleh petugas klaim ke dalam sistem INA-CBG's mencakup informasi diagnosis, prosedur medis dan administrasi pasien secara akurat untuk keperluan pengelompokan tarif. Setelah itu dilakukan verifikasi oleh petugas koder yang bertugas mencocokkan diagnosis dan tindakan medis sesuai dengan kode ICD-10 dan ICD-9 yang berlaku, memastikan konsistensi dan ketepatan kode untuk mempermudah proses klaim.

Sebelum memasuki tahap akhir, dilakukan tahapan kelengkapan data dokumen pendukung seperti hasil laboratorium, hasil usg, hasil radiologi dan hasil laporan operasi. Tahap terakhir yaitu tahap finishing yang melakukan pengecekan kelengkapan administrasi, validitas dokumen pendukung seperti SEP, surat kontrol, hasil laboratorium, dan hasil radiologi. Serta memastikan seluruh data sesuai standar. Seluruh rangkaian proses ini didukung oleh Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang memungkinkan digitalisasi dokumen, pengarsipan elektronik, serta pengiriman klaim secara terintegrasi ke BPJS.

2. Faktor Penyebab Fragmentasi Kontrol

Fragmentasi kontrol, yaitu ketidaksesuaian antara frekuensi kontrol pasien dan indikasi medis yang tercatat menjadi hambatan utama dalam proses klaim. Petugas klaim mengidentifikasi faktor penyebab yang bersifat kompleks dan multifaktorial. Pertama terdapat perbedaan persepsi antara rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan terkait kebutuhan frekuensi kontrol pasien. Dokter di Rumah Sakit X Kota Bandung sering melakukan kontrol berulang berdasarkan penilaian klinis dan kebutuhan evaluasi kondisi pasien secara berkala. Sebaliknya pihak BPJS memandang frekuensi tersebut sering kali melebihi standar yang ditetapkan sehingga klaimnya dinyatakan tidak layak. Kedua, Ketidaktelitian dalam dokumentasi medis khususnya pada pencatatan indikasi kontrol di resume medis pasien. Banyak

kasus kunjungan kontrol berulang yang tidak disertai catatan indikasi medis yang jelas dan mendukung. Sehingga dapat dinyatakan tidak layak klaim oleh BPJS dengan alasan kurangnya bukti medis pendukung. Petugas klaim menyatakan :

“Banyak kunjungan dokter yang sebenarnya diperlukan, tetapi karena tidak ditulis dengan jelas pada resume medis, BPJS anggap klaim dinyatakan tidak layak”

Ketidaksesuaian ini menyebabkan fragmentasi data yang mempersulit verifikasi dan meningkatkan risiko klaim dinyatakan tidak layak.

3. Kendala Pengelolaan Klaim Rawat Jalan

Dalam pengelolaan klaim rawat jalan, petugas menghadapi berbagai kendala yang mempengaruhi efektivitas dan efisiensi proses verifikasi. Salah satu kendala utamanya adalah ketidaklengkapan dokumen pendukung, seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi yang terbit pada tanggal berbeda dengan kunjungan kontrol pasien, sehingga tidak sinkron dengan catatan medis utama. Hal ini menyebabkan dokumen dianggap tidak valid sebagai pendukung klaim.

Selain itu belum adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang menetapkan jadwal pasti setiap bulannya dari manajemen Rumah Sakit X Kota Bandung. Kendala lain yang muncul adalah perbedaan interpretasi aturan klaim antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan. Sehingga petugas klaim harus menyesuaikan secara cepat

dan adaptif. Seperti yang diungkapkan oleh petugas klaim : “Tantangan yang sering dihadapi adalah menyamakan persepsi antara rumah sakit dengan BPJS soal pemahaman aturan klaim kadang masih ada perbedaan pandangan yang bikin prosesnya jadi lebih rumit.”

4. Analisa Data Klaim Pending dan Tidak Layak Pada Ketidaksesuaian Kontrol

Selama masa penelitian, teridentifikasi bahwa kunjungan kontrol pasien rawat jalan yang dilakukan secara berulang tanpa adanya indikasi medis dan mendukung masih menjadi salah satu penyebab utama klaim tidak layak di Rumah Sakit X Kota Bandung. Meskipun jumlahnya tergolong kecil kurang dari 5% dari total klaim rawat jalan kasus ini tetap menjadi perhatian karena berimplikasi pada kerugian finansial serta meningkatnya beban administratif. Petugas klaim mengatakan :

“Kasus seperti ini memang cukup sering muncul, meskipun sering tapi masih dibawah 5% terutama saat pasien datang hanya untuk kontrol ringan tanpa alasan medis yang mendukung. Karena tidak adanya justifikasi medis yang tercatat biasanya klaim dinyatakan tidak layak oleh BPJS.”

Selain itu berdasarkan data selama periode Januari hingga Maret 2025 sebanyak 908 berkas klaim rawat jalan mengalami pending yang dikarenakan fragmentasi kunjungan berulang yang tidak disertai dokumentasi medis yang mendukung sehingga memerlukan proses verifikasi

lanjutan. Serta 119 berkas klaim sekitar 13,1% dinyatakan tidak layak klaim oleh BPJS Kesehatan.

Temuan ini menegaskan pentingnya pengelolaan frekuensi kontrol pasien yang lebih selektif dan berbasis pada indikasi medis yang sah. Serta penguatan dokumentasi medis sebagai syarat administratif agar proses klaim dapat diterima oleh BPJS Kesehatan tanpa adanya hambatan.

5. Dampak Ketidaksesuaian Kontrol Terhadap Kelayakan Klaim

Ketidaksesuaian kontrol berlebih tanpa adanya indikasi medis yang valid berdampak negatif baik secara finansial maupun administratif. Secara finansial rumah sakit menanggung biaya pelayanan yang tidak dapat diganti oleh BPJS Kesehatan seperti obat-obatan, pemeriksaan laboratorium, jasa dokter, serta biaya administrasi pendaftaran dan penanganan pasien. Hal ini menyebabkan potensi kerugian finansial yang tidak sedikit bagi rumah sakit. Secara administratif kunjungan kontrol berulang menyebabkan fragmentasi data pasien yang menyulitkan penyusunan kronologi medis yang tepat. Kondisi ini memberatkan petugas klaim yang harus menelusuri dan menyusun data medis secara rinci agar sesuai dengan ketentuan BPJS Kesehatan dalam proses verifikasi. Beban kerja yang meningkat juga berdampak pada risiko kesalahan administrasi dan potensi penolakan klaim.

6. Komunikasi Antara Petugas Klaim dan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)

Komunikasi antara petugas klaim dengan dokter di Rumah Sakit X Kota Bandung cukup aktif dan menjadi elemen penting dalam proses klarifikasi klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan. Saat klaim dinyatakan tidak layak dengan alasan frekuensi kontrol tidak sesuai petugas klaim melakukan pengecekan ulang terhadap resume medis dan surat kontrol, serta berkoordinasi langsung dengan dokter penanggung jawab pasien (DPJP) atau perawat untuk mengkonfirmasi indikasi medis. Meski demikian, hambatan komunikasi sering muncul akibat dokumentasi medis yang kurang lengkap. Proses klarifikasi ini membutuhkan waktu dan usaha ekstra sehingga menambah beban kerja petugas klaim dan berpotensi menunda proses pengajuan klaim ulang.

Hasil penelitian ini mengidentifikasi beberapa faktor utama yang mempengaruhi kelayakan klaim BPJS rawat jalan di Rumah Sakit X Kota Bandung khususnya terkait ketidaksesuaian antara frekuensi kontrol pasien dan indikasi medis. Ditemukan bahwa keterbatasan jumlah dokter verifikator menyebabkan fokus pemeriksaan lebih diarahkan pada klaim dengan nilai tinggi, sesuai dengan temuan Nugra et al (2021) yang menyatakan bahwa keterbatasan sumber daya manusia dalam proses verifikasi dapat menurunkan kualitas pengawasan klaim secara menyeluruh. Hal ini menunjukkan perlunya peningkatan

kapasitas SDM dan pemanfaatan teknologi informasi untuk mendukung proses verifikasi yang lebih efektif dan efisien.

Perbedaan persepsi antara rumah sakit dengan BPJS mengenai standar frekuensi kontrol menjadi penyebab utama ketidaklayakan klaim. Rumah sakit melaksanakan kontrol berulang berdasarkan kebutuhan klinis dan evaluasi kondisi pasien, sementara BPJS menerapkan aturan ketat terkait frekuensi kunjungan. Kondisi ini menguatkan temuan Bella, Pratama, dan Abidin (2024) yang menunjukkan bahwa ketidaksesuaian interpretasi antara penyedia layanan dan BPJS merupakan salah satu faktor utama klaim tidak layak. Oleh sebab itu, dibutuhkan harmonisasi prosedur operasional dan komunikasi yang intensif antara rumah sakit dengan BPJS untuk mencapai kesepakatan bersama dalam menentukan kelayakan klaim.

Dokumentasi medis yang kurang lengkap dan tidak akurat juga menjadi faktor signifikan yang dapat membuat klaim tidak layak. Banyak kunjungan berulang tidak didukung oleh resume medis yang memadai sehingga klaim gagal memenuhi persyaratan administratif. Hal ini menegaskan pentingnya penguatan sistem dokumentasi medis di rumah sakit melalui pelatihan tenaga medis serta penerapan teknologi pencatatan elektronik terintegrasi. Sejalan dengan temuan Nugraha et al (2021) dokumentasi medis yang baik tidak hanya memudahkan proses klaim tetapi meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Ketidaklengkapan dokumen pendukung seperti hasil laboratorium dan radiologi yang tidak sesuai tanggal kunjungan, serta perubahan jadwal pengumpulan klaim yang mendadak dan tidak sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) menambah beban kerja petugas klaim dan meningkatkan risiko kesalahan administratif. Situasi ini menegaskan perlunya koordinasi internal yang lebih baik di rumah sakit serta penyesuaian jadwal klaim yang realistis dan komunikatif agar proses verifikasi dapat berjalan lancar tanpa menimbulkan tekanan berlebih.

Dari segi dampak, meskipun frekuensi kontrol berulang tanpa adanya indikasi medis hanya kurang dari 5% efek finansial dan administratif yang ditimbulkan cukup besar. Data menunjukkan bahwa 13,1% klaim yang diajukan tidak layak, yang berpotensi mengganggu keberlanjutan pelayanan berkualitas di rumah sakit. Selain kerugian finansial berlangsung, fragmentasi data akibat kontrol berulang tanpa dokumentasi lengkap memperberat beban kerja dan meningkatkan risiko kesalahan sehingga memperlambat proses verifikasi dan menurunkan kepuasan pasien. Temuan ini mendukung hasil Bella, Pratama, dan Abidin (2024) yang menyatakan bahwa pengelolaan frekuensi kontrol pasien dapat mempengaruhi kelayakan klaim dan efektivitas pelayanan kesehatan.

SIMPULAN

Temuan ini menunjukkan bahwa ketidaksesuaian antara frekuensi kunjungan kontrol pasien rawat jalan dengan indikasi medis yang tercatat merupakan faktor penyebab ketidaklayakan klaim BPJS di Rumah Sakit X Kota Bandung. Keterbatasan Jumlah dokter verifikator, perbedaan persepsi antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan mengenai kebutuhan kontrol, serta kurangnya kelengkapan dokumentasi medis menjadi kendala utama dalam proses klaim. Selain itu, masalah administratif seperti ketidakcocokan tanggal dokumen pendukung dan perubahan jadwal pengumpulan klaim yang tidak sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) dapat memperumit proses verifikasi. Walaupun kunjungan kontrol tanpa indikasi medis hanya sekitar kurang dari 5% dampak negatifnya terhadap kerugian finansial dan efektivitas klaim cukup signifikan. Kesulitan komunikasi antara petugas klaim dan dokter penanggung jawab pasien (DPJP) juga memperlambat proses klarifikasi, sehingga pembenahan dokumentasi medis dan peningkatan koordinasi internal menjadi hal penting yang harus segera ditingkatkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afriani, F., Noor, A.Y., & Sugeng. (2022). Analisis Penyebab Pending dan Tidak Layak Rawat Jalan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) DI RSKIA Sadewa Yogyakarta. *Jurnal Permata Indonesia*, 13(2), 107-115. <https://doi.org/10.59737/jpi.v13i2.169>
- Bella, C.R., Pratama, A., & Abidin, A.Z. (2024). Gambaran Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Akibat Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS). *Jurnal Rekam Medik & Manajemen Informasi Kesehatan*, 3(2), Oktober 2024. <https://rammik.pubmedia.id/index.php/rmik/article/view/47>
- Ivana, S., Dion., Hakim, R.A.O., & Al Ghifari, L. F. (2025). Analisis Kategori Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan Pada Pasien Rawat Jalan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 10(1), 33-41. <https://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI/article/view/1800>
- Nugraha, A., Supratman, R., Mamlukah, & Susianto. (2021). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kunjungan Berulang Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Pada Klinik Pratama Orinda Kuningan. *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, 9(2), 97-105. <https://ejournal.stikku.ac.id/index.php/jphi/article/view/455/346>
- Valentina, M.S. (2022). Tinjauan Penolakan Pada Klaim Pasien BPJS Kesehatan di RSUD Tanjung Pura. *Jurnal Ilmiah Perekam & Informasi Kesehatan Imelda*, 3(2) 115-122. <https://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPKI/article/view/695>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Sugiyono. (2018). Metode Penelitian Kualitatif, Kuantitatif, dan R&D. Bandung : Alfabeta.
- Mukaromah, S., & Wahab, S. (2024) Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Jalan Guna Menunjang Kelancaran Pembayaran Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Bandung. *PREPOTIF : Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 2876-2883. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v8i2.28764>
- Republik Indonesia. (2024). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Standar Teknis Pemenuhan Pelayanan Dasar Dalam Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.