

Analisis Penyebab Gagal Purifikasi Data Pada Proses Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan Di Rumah Sakit

A Root Cause Analysis of Purification Failure in BPJS Outpatient Claims Process at Hospitals

Hendra Rohman¹, Rudatin Widiandari²

^{1,2}Politeknik Kesehatan Bhakti Setya Indonesia Yogyakarta

Corresponding author: Hendra Rohman; Email: hendrarohman@mail.ugm.ac.id

Submitted: 09-10-2025

Revised: 28-10-2025

Accepted: 30-10-2025

ABSTRAK

Kasus gagal purifikasi perlu perhatian khusus. Penelitian ini mengidentifikasi penyebab gagal purifikasi dalam proses validasi data pada klaim BPJS kesehatan rawat jalan. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan akurasi dan efisiensi manajemen dalam proses klaim BPJS rawat jalan. Penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Hasilnya teridentifikasi alur proses purifikasi dari proses input data pasien dengan aplikasi MySiloam, proses pengumpulan data klaim dengan aplikasi HOPE dan aplikasi EMR, dan proses coding dengan aplikasi Siblink. Gagal purif periode bulan Oktober terdapat 20 (0,24%), bulan November terdapat 12 (0,16%) dan bulan Desember terdapat 47 (0,65%). Penyebab gagal purifikasi yaitu kesalahan nomor kartu terdapat 25 (53,19%), kesalahan tanggal SEP yang tidak sesuai terdapat 19 (40,43%), nomor SEP tidak terdaftar terdapat 3 (6,38%). Analisis *fishbone diagram* dari faktor *man*, input data yang tidak sesuai (salah ketik nomor SEP, nomor kartu BPJS, tanggal SEP yang tidak sesuai dengan dokumen pasien), kurangnya pelatihan dan pemahaman petugas terhadap prosedur validasi klaim BPJS, dan beban kerja tinggi. *Machine*, gangguan pada SIMRS dan sistem BPJS kesehatan, ketidakstabilan jaringan dan aplikasi yang tidak terintegrasi dengan baik, sistem *error* berupa data yang telah *diinput* tidak dapat disinkronkan dengan sistem BPJS, sistem tidak dapat mendeteksi nomor SEP yang telah terdaftar. SOP yang tidak jelas atau tidak diterapkan secara konsisten dan tidak terdapat SOP khusus untuk proses validasi data. Tidak ada proses *double-check* dan tidak ada fitur verifikasi otomatis untuk memeriksa kesalahan secara ganda sebelum pengajuan. *Material* (data), ketidaksesuaian data pasien antara dokumen rekam medis dan data yang *diinput* ke sistem BPJS.

Kata kunci: aplikasi BPJS, gagal purifikasi, klaim BPJS, SIMRS, surat eligibilitas peserta.

ABSTRACT

Cases of failed purification require special attention. This study aims to identify causes of purification failures in data validation process for outpatient BPJS health claims. This is expected to improve accuracy and efficiency of management in outpatient BPJS claim process. Qualitative research with a case study approach. Results identified purification process flow from patient data input process with MySiloam application, claim data collection process with HOPE application and EMR application, and coding process with Siblink application. Purification failures occurred in October as many as 20 (0.24%), November as many as 12 (0.16%), and December as many as 47 (0.65%). Causes of failed purification were card number errors (25 (53.19%), incorrect SEP date errors (19 (40.43%), and unregistered SEP numbers (3 (6.38%). Fishbone diagram analysis of human factors, inappropriate data input (typing errors in SEP numbers, BPJS card numbers, SEP dates that do not match patient documents), lack of training and understanding of BPJS claim validation procedures, and high workloads. Machines, disruptions in hospital management information system and healthcare BPJS systems, network instability and poorly integrated applications, system errors such as inputted data not being able to be synchronized with the BPJS system, and system being unable to detect registered SEP numbers. SOPs are unclear or inconsistently implemented, and there is no specific SOP for data validation process. There is no double-check process and no automatic verification feature to double-check for errors before submission. Material (data), mismatches in patient data between medical record documents and data input into the BPJS system.

Keywords: BPJS application, purification failure, BPJS claims, hospital management information system, participant eligibility letter.

PENDAHULUAN

BPJS kesehatan adalah alternatif untuk program jaminan kesehatan nasional yang memberikan jaminan kesehatan nasional bagi seluruh penduduk Indonesia, dan masyarakat dapat menggunakan program ini untuk mendapatkan perawatan medis (Puspaningsih *et al.*, 2022). BPJS kesehatan menanggung pembayaran pelayanan kesehatan pasien kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL) melalui *INA Case Base Groups (CBG's)*. Untuk mendapatkan pembiayaan dari pelayanan kesehatan ke BPJS, persyaratan klaim harus diajukan kepada verifikator untuk diverifikasi, yang menghasilkan biaya verifikasi (Gustiana *et al.*, 2022).

Pada klaim BPJS kesehatan, persyaratan administrasi adalah rekam medis. Verifikasi administrasi klaim mencakup 2 perihal pokok diantaranya berkas klaim yang akan diverifikasi dan tahap verifikasi administrasi klaim. Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat jalan adalah surat eligibilitas peserta (SEP) dan nomor peserta BPJS (Rahayu & Sugiarti, 2021). Klaim BPJS kesehatan adalah pengajuan seluruh biaya perawatan pasien BPJS oleh rumah sakit kepada pihak BPJS kesehatan dilakukan secara kolektif ditagihkan kepada pihak BPJS kesehatan setiap bulan melalui proses verifikasi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Menurut buku praktis administrasi fasilitas kesehatan BPJS 2014 kelengkapan informasi (berkas rekam medis) penting sekali untuk verifikasi klaim. Verifikasi klaim disusun khusus dengan tujuan menjadi acuan verifikasi klaim di BPJS (Rahmatika *et al.*, 2021).

Berdasarkan peraturan BPJS Nomor 7 tahun 2018 tentang pengelolaan administrasi klaim fasilitas kesehatan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional persyaratan tersebut harus lengkap dan sesuai saat diajukan kepada verifikator BPJS. Ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian administrasi akan menyebabkan terjadinya pengembalian klaim (Pemerintah RI, 2018). Pengembalian berkas klaim memiliki dampak bagi rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim sehingga dapat menyebabkan kerugian material.

Di rumah sakit, ditemukan bahwa pada bulan Oktober 2024 dari total 8.207 klaim yang diajukan, terdapat 20 kasus gagal purifikasi yang disebabkan oleh kesalahan dalam *input*

nomor kartu peserta, No SEP tidak terdaftar dan tanggal SEP tidak sesuai. Pada bulan November 2024 dari total 7.422 klaim, terdapat 12 kasus gagal purifikasi dengan penyebab yang sama. Adapun pada bulan Desember 2024 dari total 7.198 klaim, kasus gagal purifikasi meningkat menjadi 47 kasus. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun jumlah klaim mengalami fluktuasi, kasus gagal purifikasi akibat kesalahan *input* data masih memerlukan perhatian dan perbaikan untuk meningkatkan efisiensi proses verifikasi klaim BPJS.

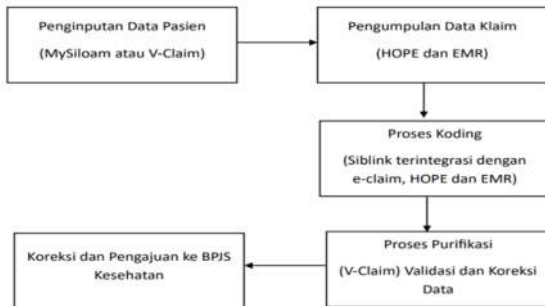
Tujuan penelitian ini mengidentifikasi penyebab gagal purifikasi dalam proses validasi data pada klaim BPJS kesehatan rawat jalan dan merumuskan solusi efektif untuk mengatasi permasalahan gagal purifikasi data pada klaim BPJS kesehatan rawat jalan di rumah sakit. Hal tersebut diharapkan dapat meningkatkan akurasi dan efisiensi manajemen dalam proses klaim BPJS rawat jalan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Metodologi analisis penyebab gagal purifikasi data pada proses klaim BPJS kesehatan rawat jalan di rumah sakit adalah dengan mengidentifikasi dan membuat alur proses purifikasi, meninjau proses *input* data pasien dengan aplikasi MySiloam, meninjau pengumpulan data klaim dengan aplikasi HOPE dan aplikasi EMR, meninjau proses coding dengan aplikasi Siblinc. Penghitungan persentase gagal purifikasi dilakukan untuk data periode bulan Oktober-Desember 2024, dan penghitungan persentase penyebab gagal purifikasi bulan Desember 2024. Analisis dengan *fishbone diagram* menggambarkan faktor penyebab gagal purifikasi ditinjau dari faktor *man, machine, material, dan method*. Metode pengumpulan data menggunakan teknik observasi non partisipatif di unit kerja rekam medis dan wawancara semi terstruktur kepada petugas rekam medis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

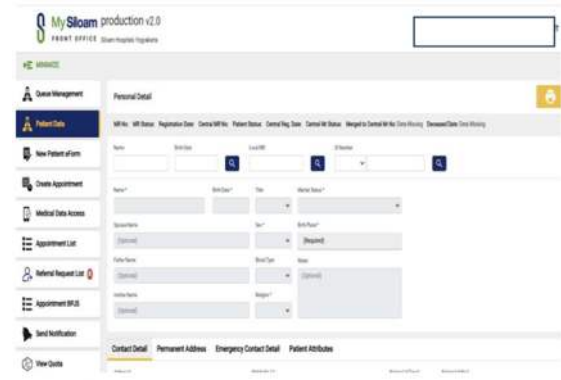
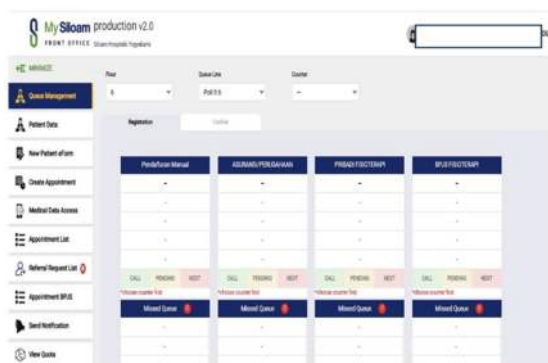
Identifikasi faktor gagal purifikasi dalam proses validasi data pada klaim BPJS rawat jalan di rumah sakit. Proses purifikasi validasi data, berikut alur proses purifikasi:



Gambar 1. Alur proses purifikasi

Proses klaim BPJS kesehatan di rumah sakit dimulai dari *input* data pasien melalui sistem MySiloam, yang mencakup identitas pasien dan EMR sebagai dasar klaim. *v-claim* digunakan untuk pembuatan SEP jika sistem MySiloam terjadi *error*. Selanjutnya, proses pengkodean dilakukan menggunakan aplikasi Siblink yang terintegrasi dengan *e-claim*, HOPE, dan EMR untuk memastikan data pasien, diagnosis dan tindakan serta tarif sesuai standar BPJS kesehatan. Setelah itu, dilakukan purifikasi melalui *v-claim* untuk memvalidasi dan mengoreksi data klaim. Jika ditemukan kesalahan, selanjutnya akan dilakukan revisi terlebih dahulu sebelum pengajuan klaim ke BPJS kesehatan untuk memastikan klaim dapat diproses dengan baik.

Proses *input* data pasien, data pasien yang mencakup identitas pasien, nomor SEP, nomor kartu BPJS diinput oleh petugas pendaftaran atau *front office (FO)* melalui sistem MySiloam. Untuk pembuatan SEP, jika sistem MySiloam terjadi kendala maka pembuatan dilakukan menggunakan *v-claim*.



Gambar 2. Aplikasi MySiloam

Pengumpulan data klaim, data klaim BPJS rawat jalan dikumpulkan dari sistem HOPE yang diisi oleh petugas *front office (FO)* dan EMR yang diisi oleh PPA. Semua sistem saling terintegrasi. Data di HOPE dan EMR mencakup informasi pasien, diagnosa medis, tindakan, serta dokumen pendukung.

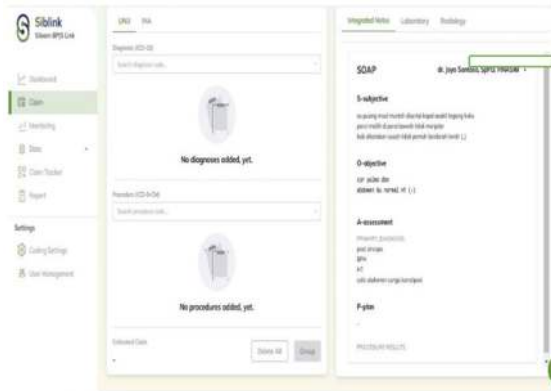


Gambar 3. Aplikasi HOPE



Gambar 4. Aplikasi EMR

Proses koding, proses ini dilakukan oleh petugas koder *casemix*. Petugas melakukan proses koding di dalam aplikasi Siblink, aplikasi ini terintegrasi dengan *e-claim*, HOPE dan EMR.



Gambar 5. Aplikasi Siblink

Proses purifikasi, purifikasi dilakukan untuk memastikan semua data sudah valid tanpa adanya kesalahan. Pada proses purifikasi ini, rumah sakit hanya diberikan 2 kali kesempatan pengajuan. Data tarikan *TXT* dari *e-claim* yang telah ditarik oleh petugas *casemix* akan dilakukan proses purifikasi pada aplikasi *v-claim*.

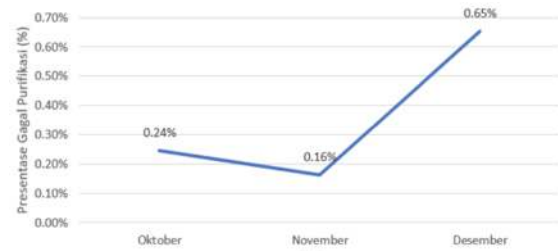
Koreksi dan pengajuan klaim, setelah proses purifikasi selesai, maka koder akan *download* hasil dari purifikasi tersebut dan melakukan pengecekan, apabila masih terdapat klaim yang tidak valid, koder akan melakukan revisi pada klaim sesuai keterangan yang tertera. Setelah dilakukan revisi, selanjutnya akan dilakukan purifikasi ulang melalui *v-claim*. Jika proses purifikasi selesai dan hasilnya sudah valid secara keseluruhan, *casemix* akan melakukan pengajuan klaim tersebut ke BPJS kesehatan.

Dalam proses purifikasi data masih terdapat beberapa klaim yang gagal gagal purif. Purifikasi berfungsi untuk melakukan validasi *output* data INA CBG's. Purifikasi data yang terdiri dari nomor SEP, nomor peserta, tanggal SEP dan tanggal kunjungan pasien. Berikut data yang gagal purifikasi di rumah sakit periode Oktober-Desember 2024.

Tabel 1. Hasil persentase gagal purifikasi bulan Oktober-Desember 2024

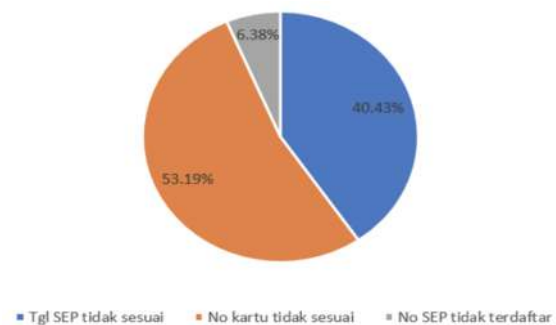
Bulan	Ajuan Purifikasi	Gagal Purifikasi	% Gagal Purifikasi Data
Oktober	8.207	20	0,24%
November	7.422	12	0,16%
Desember	7.198	47	0,65%

Sumber: Departemen Rekam Medis



Gambar 6. Persentase gagal purifikasi

Gagal purifikasi data dalam proses klaim BPJS pasien rawat jalan di rumah sakit pada bulan Oktober terdapat 20 (0,24%), bulan November 12 (0,16%) dan bulan Desember mengalami peningkatan sebanyak 47 (0,65%). Sampel menggunakan data klaim rawat jalan yang gagal purifikasi pada bulan Desember 2024.



Gambar 7. Persentase penyebab gagal purifikasi bulan Desember 2024

Gagal purifikasi adalah gagalnya proses verifikasi dan validasi data klaim di sistem BPJS kesehatan. Penyebab umum gagal purifikasi yaitu adanya kesalahan dalam *input* data. Beberapa penyebab gagal purifikasi yang terjadi di bulan Desember 2024. Dari total 47 kasus, kesalahan nomor kartu merupakan yang paling dominan dengan jumlah 25 (53,19%), kesalahan tanggal SEP yang tidak sesuai sebesar 19 (40,43%), sementara dengan kasus nomor SEP tidak terdaftar terdapat persentase terendah sebesar 3 (6,38%).

Selanjutnya, proses revisi dilakukan oleh koder untuk memperbaiki kesalahan sesuai dengan keterangan yang tercantum. Proses revisi dilakukan melalui aplikasi *e-claim* meliputi pengecekan kembali nomor SEP, nomor kartu dan tanggal SEP. Setelah dilakukan perbaikan, selanjutnya *casemix* akan menarik *TXT* di *e-claim* kemudian dipurifikasi ulang atau proses *diva* (*digital validation*) melalui *v-claim*.

Keterlambatan pengiriman berkas klaim berdampak kepada penerimaan pembayaran klaim dari BPJS kesehatan. Keterlambatan penerimaan pembayaran mempengaruhi arus kas rumah sakit, mempengaruhi kebijakan alokasi, dan perencanaan anggaran rumah sakit. Kebijakan ini tentunya mempengaruhi kualitas mutu layanan dalam dimensi kompetensi, efektifitas pelayanan, keamanan dan kenyamanan pelayanan (Anyaprita *et al.*, 2020).

Berkas *pending claim* yang paling banyak adalah karena ketidaktepatan kode diagnosis. Faktor penyebab *pending claim* pasien rawat inap BPJS kesehatan terjadi karena perbedaan persepsi antara petugas rumah sakit dengan pihak BPJS kesehatan dan bukan murni karena kesalahan koder, tetapi karena faktor kekurangan data pendukung sebagai penegakan diagnosis yang mempengaruhi keakuratan kode (Bella *et al.*, 2024).

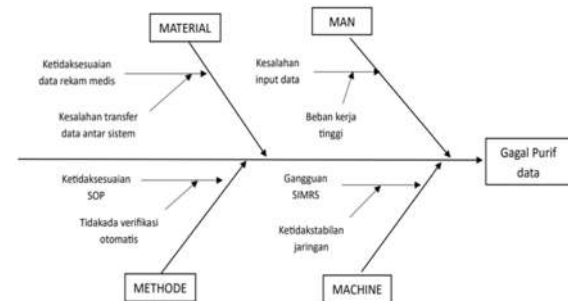
Terdapat 4 faktor hambatan yang menyebabkan gagal purifikasi. Faktor tersebut adalah faktor *man* (manusia), kesalahan yang berasal dari faktor manusia menjadi salah satu penyebab utama gagal purifikasi pada proses klaim BPJS kesalahan *input data* yang tidak sesuai, kesalahan ini dapat berupa salah ketik nomor SEP, nomor kartu BPJS, atau tanggal SEP yang tidak sesuai dengan dokumen pasien. Selain itu, kurangnya pelatihan dan pemahaman petugas terhadap prosedur validasi klaim BPJS meningkatkan resiko *human error*. Beban kerja yang tinggi juga dapat memengaruhi konsentrasi petugas dalam memproses *input data* secara akurat.

Machine (mesin), gangguan pada sistem informasi rumah sakit dan sistem BPJS kesehatan dapat menjadi hambatan dalam proses validasi data. Ketidakstabilan jaringan dan aplikasi yang tidak terintegrasi dengan baik sering kali menyebabkan kesalahan data yang sulit terdeteksi. Salah satu permasalahan yang kadang terjadi adalah sistem *error*, dimana data yang telah dilakukan *input* tidak dapat diproses atau disinkronkan dengan sistem BPJS. Contohnya adalah sistem tidak dapat mendeteksi nomor SEP yang telah terdaftar atau sinkronisasi data yang terhambat karena gangguan sistem. Kondisi ini mempersulit proses validasi data yang seharusnya berjalan otomatis.

Method (metode), ketidaksesuaian prosedur operasional standar (SOP) dalam proses validasi menjadi faktor penting yang menyebabkan gagal purifikasi. SOP yang tidak jelas atau tidak diterapkan secara konsisten dapat menyebabkan petugas melakukan langkah yang keliru. Selain itu, ketidakadaan SOP khusus untuk proses validasi data dapat menyebabkan ketidakseragaman prosedur antar petugas, sehingga meningkatkan resiko kesalahan. Tidak adanya proses *double-check* dan tidak adanya fitur verifikasi otomatis untuk memeriksa kesalahan secara ganda sebelum pengajuan meningkatkan resiko kesalahan data.

Material (data), ketidaksesuaian data pasien antara dokumen rekam medis dan data yang *diinput* ke sistem BPJS sering kali menjadi pemicu gagal purifikasi. Data yang sudah ada dalam sistem mungkin tidak selalu sinkron dengan data yang ada di sistem BPJS atau dapat terjadi kesalahan saat mentransfer data dari sistem satu ke sistem lain, yang menyebabkan gagal purifikasi.

Money, belum ditemukan hambatan dalam pelaksanaan proses validasi data BPJS pasien rawat jalan.



Gambar 8. Fishbone diagram

Faktor *man* (manusia), solusi yang diusulkan yaitu jika terjadi kesalahan *entry data*, petugas administrasi segera berkoordinasi dengan PMIK untuk validasi dan perbaikan data. Dan mengadakan *briefing* pagi atau rapat mingguan antar petugas administrasi, klaim BPJS, dan tim IT untuk mendiskusikan kendala yang terjadi serta memastikan keselarasan informasi terkait proses *input data*. Dilaksanakan oleh petugas pendaftaran atau FO. Waktu pelaksanaan dilakukan setiap pagi sebelum operasional dan evaluasi mingguan.

Faktor *machine* (mesin), solusi yang diusulkan yaitu mengembangkan fitur validasi otomatis pada sistem klaim yang memberikan notifikasi jika terjadi ketidaksesuaian data.

Misalnya nomor SEP tidak terdaftar atau nomor kartu BPJS tidak valid. Dilaksanakan oleh tim IT *head office* dan IT unit. Waktu pelaksanaan implementasi dilakukan dalam waktu tiga bulan.

Faktor *method* (metode), solusi yang diusulkan yaitu mengembangkan SOP untuk proses validasi data klaim BPJS yang mencakup tahapan pengecekan ulang sebelum data dikirim untuk purifikasi. Dilaksanakan oleh *casemix manager*. Waktu pelaksanaan dilakukan setiap awal bulan sebelum pengiriman data klaim.

Material (data), solusi yang diusulkan yaitu memastikan ketersediaan form atau *template input* data yang mudah dipahami dan meminilakan potensi kesalahan penulisan nomor SEP dan nomor BPJS. Dilaksanakan oleh tim IT. Waktu pelaksanaan penyediaan dilakukan dalam satu bulan ke depan.

Hasil identifikasi faktor gagal purifikasi dalam proses validasi data pada klaim BPJS rawat jalan di rumah sakit. Dalam proses validasi data klaim BPJS rawat jalan, salah satu kendala yang sering ditemui adalah gagal purifikasi. Beberapa faktor penyebab gagal purifikasi, antara lain ketidaksesuaian nomor kartu BPJS, nomor SEP yang tidak terdaftar, dan tanggal SEP yang tidak sesuai (Yuliawati, 2019). Hasil observasi di rumah sakit menunjukkan bahwa kesalahan *input* nomor SEP dan nomor kartu BPJS menjadi faktor utama gagal purifikasi.

Hasil ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa *human error* dalam pengisian data administrasi berperan dalam kegagalan purifikasi. Selain itu, keterbatasan sistem yang tidak mendukung validasi otomatis terhadap kesesuaian data turut menimbulkan risiko gagal purifikasi.

Perbedaan persepsi antar petugas dalam memahami prosedur klaim serta ketiadaan SOP yang jelas menjadi penyebab terjadinya *pending claim* (Sahir & Wijayanti, 2022). Hasil menunjukkan bahwa di rumah sakit belum memiliki SOP yang terstruktur untuk proses validasi klaim BPJS rawat jalan. Akibatnya, petugas memiliki cara kerja yang berbeda dalam menangani klaim, yang mengakibatkan kemungkinan terjadinya kesalahan dalam purifikasi data.

Penelitian yang sama juga menunjukkan bahwa sistem informasi yang kurang terintegrasi dengan sistem BPJS menjadi

kendala dalam proses validasi klaim. Sistem yang terkadang mengalami gangguan teknis memperlambat proses *input* data dan meningkatkan risiko gagal purifikasi.

Hal tersebut sesuai dengan hasil yang menunjukkan bahwa sistem informasi rumah sakit terkadang tidak sinkron dengan sistem BPJS, sehingga memerlukan proses *input* manual yang rentan terhadap kesalahan.

Beberapa solusi yang efektif untuk mengatasi permasalahan gagal purifikasi data klaim BPJS di rumah sakit. Berdasarkan analisis faktor penyebab gagal purifikasi pada klaim BPJS dengan pendekatan 5M (*man, method, machine, material, money*), telah ditetapkan beberapa solusi efektif untuk mengatasi dan mencegah terjadinya masalah serupa di rumah sakit.

Faktor *man* (manusia), komunikasi antar petugas administrasi yang kurang dapat menyebabkan kesalahan dalam proses klaim BPJS. Selain itu, pelaksanaan *briefing* rutin dan evaluasi mingguan terbukti mampu meningkatkan koordinasi dan mengurangi kesalahan *input* data (Suharti dan Wulandari, 2020). Solusi yang diusulkan di rumah sakit adalah mengadakan *briefing* pagi serta rapat evaluasi mingguan antar petugas administrasi, klaim BPJS, dan tim IT untuk memastikan keselarasan informasi dan memperbaiki kesalahan entri data dengan tepat dan cepat.

Faktor *method* (metode), belum adanya SOP yang baku untuk proses klaim BPJS dapat meningkatkan risiko gagal validasi. Penyusunan SOP yang jelas dan rinci dapat membantu meningkatkan kelancaran proses administrasi klaim. Solusi yang diusulkan di rumah sakit adalah mengembangkan SOP untuk proses validasi data klaim BPJS yang mencakup tahapan pengecekan ulang sebelum data dikirim untuk purifikasi. Hal ini diharapkan mengurangi kesalahan *input* data.

Faktor *machine* (mesin), gangguan sistem informasi dapat menjadi penyebab *pending claim* BPJS, terutama jika sistem tidak memiliki fitur filter yang memadai (Alifia & Purwanti, 2018). Solusi yang diusulkan di rumah sakit adalah mengembangkan fitur validasi otomatis pada sistem klaim yang dapat memberikan notifikasi jika terjadi tidaksesuaian data, seperti nomor SEP yang tidak terdaftar atau nomor kartu BPJS yang tidak lengkap. Langkah ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyarankan

pengembangan sistem berbasis filter otomatis untuk meminimalkan kesalahan *input*.

Faktor *material* (data), *form* atau *template input data* yang tidak jelas dapat menyebabkan kesalahan dalam pengisian nomor SEP dan nomor BPJS. Penyediaan *form* yang lebih terstruktur dan mudah dipahami oleh petugas mampu meningkatkan akurasi dalam proses klaim BPJS (Indawati, 2019). Ketepatan kode diagnosis hampir sebagian besar mengalami kelancaran BPJS pada saat dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS (City *et al.*, 2023). Rumah sakit perlu memastikan ketersediaan *form* atau *template* yang jelas untuk meminimalkan potensi kesalahan penulisan nomor SEP dan nomor kartu BPJS.

Faktor yang mempengaruhi klaim tertunda adalah ketidaklengkapan *resume* medis yang didominasi ketiadaan tanda tangan dokter penganggung jawab pasien (DPJP) disebabkan didapatkan adanya tugas ganda pada *case manager* sehingga terjadinya keterlambatan dalam penyelesaian *resume* medis elektronik. Penggunaan rekam medis elektronik, pemisahan tugas antara *case manager* dengan dokter ruangan, peningkatan kepatuhan *case manager* untuk menulis sejak awal data *resume* medis pasien antara lain dengan penilaian kinerja dan remunerasi terintegrasi (Ep, 2018).

Verifikasi administrasi, klaim mencakup 2 perihal pokok diantaranya berkas klaim yang diverifikasi dan tahap verifikasi administrasi klaim. Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat jalan adalah nomor surat eligibilitas peserta (SEP) dan nomor kartu BPJS (Maimun N *et al.*, 2024).

Upaya perbaikan meliputi audit pengkodean rutin, koordinasi antar instansi terkait dalam menyelesaikan perbedaan persepsi antara pengkode rumah sakit dan verifikator BPJS kesehatan, serta gangguan pada sistem Jasa Raharja, pengecekan ulang hasil kerja, dan penentuan prioritas kerja. Percepatan RME pada semua berkas klaim yang dibutuhkan untuk mencegah pengembalian berkas klaim yang tidak lengkap (Sjahir, 2022).

Ketidakakuratan kode diagnosis dan ketidaklengkapan dokumen pendukung menjadi penyebab utama pengembalian klaim. Ketidakakuratan kode diagnosis disebabkan oleh beberapa faktor, seperti kesalahan dalam pencatatan diagnosis, perbedaan persepsi

antara verifikator rumah sakit dan BPJS kesehatan, adanya indikasi potensi penyalahgunaan kode diagnosis, kurangnya koordinasi antar bagian dan kurangnya pemahaman (Tuzzahra *et al.*, 2024).

Pengelolaan dan pelaporan data untuk BPJS terkendala masalah teknis dan non teknis. Rata-rata tidak mengirimkan data klaim sesuai dengan ketentuan (Marataka *et al.*, 2020). Faktor penyebab *pending claim* yaitu persentase ketidaktepatan pemberian *coding*, ketidaklengkapan berkas dan diagnosa tidak sesuai kriteria. Upaya yang dilakukan adalah dengan memberikan surat tugas pelatihan *coding*, melakukan pendekatan kepada DPJP dan melakukan sosialisasi kepada seluruh bagian yang terlibat langsung dalam menangani pasien (Rohman, 2021). Upaya dalam menangani *pending claim* dengan mengadakan evaluasi *pending* dan *quality control* (Mardiyoko *et al.*, 2020).

KESIMPULAN

Gagal purifikasi data klaim BPJS di rumah sakit disebabkan oleh faktor manusia, metode, mesin, dan material yang mempengaruhi proses validasi klaim. Solusi yang telah dirumuskan meliputi *briefing* rutin antar petugas, pengembangan SOP validasi data, fitur validasi otomatis pada sistem klaim, dan penyediaan form *input* data yang lebih terstruktur.

Teridentifikasi alur proses purifikasi dari proses input data pasien dengan aplikasi MySiloam, proses pengumpulan data klaim dengan aplikasi HOPE dan aplikasi EMR, dan proses koding dengan aplikasi Siblink. Gagal purifikasi periode bulan Oktober terdapat 20 (0,24%), bulan November terdapat 12 (0,16%) dan bulan Desember terdapat 47 (0,65%). Penyebab gagal purifikasi bulan Desember yaitu kesalahan nomor kartu terdapat 25 (53,19%), kesalahan tanggal SEP yang tidak sesuai terdapat 19 (40,43%), nomor SEP tidak terdaftar terdapat 3 (6,38%).

Analisis *fishbone diagram* dari faktor *man*, *input* data yang tidak sesuai (salah ketik nomor SEP, nomor kartu BPJS, tanggal SEP yang tidak sesuai dengan dokumen pasien), kurangnya pelatihan dan pemahaman petugas terhadap prosedur validasi klaim BPJS meningkatkan resiko *human error*, beban kerja tinggi dapat memengaruhi konsentrasi petugas dalam proses *input* data secara akurat. *Machine*,

gangguan pada SIMRS dan sistem BPJS kesehatan dapat menjadi hambatan dalam proses validasi data, ketidakstabilan jaringan dan aplikasi yang tidak terintegrasi dengan baik sering menyebabkan kesalahan data yang sulit terdeteksi, sistem *error* berupa data yang telah dilakukan *input* tidak dapat disinkronkan dengan sistem BPJS, sistem tidak dapat mendeteksi nomor SEP yang telah terdaftar atau sinkronisasi data yang terhambat karena gangguan sistem, kondisi ini mempersulit proses validasi data yang seharusnya berjalan otomatis.

SOP yang tidak jelas atau tidak diterapkan secara konsisten dapat menyebabkan petugas melakukan langkah yang keliru. Tidak terdapat SOP khusus untuk proses validasi data dapat menyebabkan ketidakteraturan prosedur antar petugas, sehingga meningkatkan resiko kesalahan. Tidak ada proses *double-check* dan tidak ada fitur verifikasi otomatis untuk memeriksa kesalahan secara ganda sebelum pengajuan, meningkatkan resiko kesalahan data. *Material* (data), ketidaksesuaian data pasien antara dokumen rekam medis dan data yang *diinput* ke sistem BPJS. *Money*, belum ditemukan hambatan dalam pelaksanaan proses validasi data BPJS pasien rawat jalan.

Rumah sakit perlu meningkatkan kapasitas SDM melalui pelatihan rutin serta memperkuat sistem informasi dengan fitur validasi otomatis untuk meminimalkan kesalahan *input* data. Evaluasi berkala terhadap penerapan SOP. Kolaborasi antar tim pendaftaran, IT, serta klaim BPJS perlu ditingkatkan untuk memastikan kelancaran proses purifikasi data.

DAFTAR PUSTAKA

- Alifia Harnanti, E., & Purwanti, S. K. M. (2018). Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS di Rumah Sakit UNS (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- Anyaprita, D., Siregar, K. N., Hartono, B., Fachri, M., & Ariyanti, F. (2020). Dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan Terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura. *Muhammadiyah Public Health Journal*, 1(1).
- Bella, C. R., Pratama, A., & Abidin, A. Z. (2024). Gambaran Penyebab Pending Claim BPJS Kesehatan Akibat Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS). *Jurnal Rekam Medik & Manajemen Informasi Kesehatan*, 3(2), 7-17.
- City, R. X. B. (2023). Analisis Ketepatan Kode Diagnosa Obstetri Terhadap Kelancaran Klaim BPJS RS. X Kota Bengkulu. *Jurnal Informasi Kesehatan*.
- Ep, A. A. (2018). Faktor-faktor penyebab klaim tertunda BPJS kesehatan RSUD dr. kanujoso djatiwibowo periode Januari-Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2).
- Gustiana, S., & Savitri, F. W. (2022). Analisis Prosedur Klaim BPJS dan SOP Rawat Inap Guna Menunjang Efektivitas Kerja Pegawai di PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung: *Analysis Of BPJS Claim Procedures and Inpatient SOPS to Support Employee Effectiveness at PMN Cinendo Eye Hospital Bandung*. *Jurnal Teras Kesehatan*, 5(1), 40-46.
- Indawati, L. (2019). Analisis akurasi koding pada pengembalian klaim BPJS rawat inap di RSUP Fatmawati tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 113-113.
- Maimun, N., Natassa, J., & Ulfa, H. M. (2024). Prosedur Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Jalan Guna Menunjang Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. *Al-Tamimi Kesmas: Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat (Journal of Public Health Sciences)*, 13(1), 39-47.
- Marataka, S. K., Rohman, H., & Arifah, I. N. (2020). Capaian Indikator Pengelolaan Dan Pelaporan Data Puskesmas Untuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Prosiding "e-Health".
- Mardiyoko, I., Rohman, H., & Mandaeng, R. A. (2020). Analisis Data Dan Faktor Penyebab Terjadinya Pending Claim Pasien BPJS Di Rumah Sakit Condong Catur Tahun 2019. *JCOMENT (Journal of Community Empowerment)*, 1(3), 74-84.
- Mayori, E., Deharja, A., Nuraini, N., & Santi, M. W. (2021). Upaya Perbaikan Keterlambatan Pengajuan Klaim Bpjs Kesehatan Pada Unit Rawat Inap Di RSIA Srikandi Ibi Jember Tahun 2019.

- J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 2(4), 461-470.
- Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis.
- Puspaningsih, M., Suryawati, C., & Arso, S. P. (2022). Evaluasi Administrasi Klaim BPJS Kesehatan Dalam Menurunkan Klaim Pending. *Journal of Syntax Literate*, 7(6).
- Rahayu, L., & Sugiarti, I. (2021). Analisis Prosedur Klaim BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit. *Indonesian Journal of Health Information Management (IJHIM) Vol, 1(2)*.
- Rahmatika, C., Sulrieni, I. N., & Novita Sary, A. 2020. Kelengkapan Berkas Rekam Medis Dan Klaim BPJS Di RSUD M.Zein Painan. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, Vol.11 No.1.
- Rohman, H., Wintolo, A., & Susilowati, E. (2021). Analisis Penundaan Pembayaran Klaim Pada Sistem Vedika Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakit Nur Hidayah Yogyakarta. *Jurnal Wiyata: Penelitian Sains dan Kesehatan*, 8(1), 72-83.
- Sjahir, L. (2022). *Analisis Faktor Penyebab Pending Claim Rawat Inap JKN dengan Fishbone Diagram di RSUP Dr Kariadi* (Doctoral dissertation, Politeknik Negeri Jember).
- Sahir, L., & Wijayanti, R. A. (2022). Faktor Penyebab Pending Claim Ranap JKN dengan Fishbone Diagram di RSUP Dr Kariadi. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 10(2), 190-190.
- Tuzzahra, R., Hakim, A. O., Romodon, D., & Gunawan, G. (2024). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD Majenang. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 6(1), 29-39.