

## STRATEGI ADAPTASI ALUR KLAIM JAMSOSTEK UNTUK MENINGKATKAN EFISIENSI KLAIM BPJS KESEHATAN

### ADAPTATION STRATEGY OF THE JAMSOSTEK CLAIM WORKFLOW TO IMPROVE THE EFFICIENCY OF BPJS KESEHATAN CLAIMS

Zahidah Mursyidah Azmi<sup>1</sup>, Dian Safriantini<sup>2</sup>, Asmaripa Ainy<sup>3</sup>, Fildzah Hashifah Taufiq<sup>4</sup>  
Jurusan Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya, Indonesia  
email: [zahidahazmi27@gmail.com](mailto:zahidahazmi27@gmail.com)

#### Abstrak

Hambatan prosedural dalam proses klaim BPJS Kesehatan, seperti kompleksitas verifikasi dokumen, ketidakterpaduan sistem informasi, serta tingginya klaim tertunda dan keterlambatan pembayaran, masih menjadi tantangan yang berdampak pada kinerja fasilitas kesehatan. Kebaruan penelitian ini terletak pada perumusan strategi adaptasi operasional alur klaim Jamsostek sebagai model implementasi yang aplikatif bagi BPJS Kesehatan, bukan sekadar perbandingan sistem. Penelitian ini bertujuan merumuskan strategi adaptasi alur klaim Jamsostek sebagai upaya peningkatan efisiensi proses klaim BPJS Kesehatan. Penelitian menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan pengumpulan data melalui wawancara mendalam terhadap informan dari BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, dan rumah sakit mitra, disertai observasi dan telaah dokumen kebijakan serta prosedur klaim. Keabsahan data dijamin melalui triangulasi metode, sumber, dan data. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan digitalisasi verifikasi sejak awal kasus, penguatan Service Level Agreement (SLA) pada setiap tahapan klaim, sistem notifikasi otomatis antar pemangku kepentingan, serta monitoring berbasis dashboard secara real time berpotensi mempercepat proses verifikasi, mengurangi revisi dokumen berulang, menekan klaim tertunda, dan meningkatkan kepastian pembayaran.

**Kata kunci:** Alur klaim; BPJS kesehatan; BPJS ketenagakerjaan; Efisiensi proses; Strategi adaptasi.

#### Abstract

*Procedural obstacles in the BPJS Kesehatan claims process, such as the complexity of document verification, the lack of integrated information systems, and the high number of pending claims and late payments, remain challenges that impact the performance of healthcare facilities. The novelty of this research lies in the formulation of an operational adaptation strategy for the Jamsostek claims flow as an applicable implementation model for BPJS Kesehatan, not simply a system comparison. This research aims to formulate an adaptation strategy for the Jamsostek claims flow as an effort to increase the efficiency of the BPJS Kesehatan claims process. The research uses a qualitative descriptive approach with data collection through in-depth interviews with informants from BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, and partner hospitals, accompanied by observation and review of policy documents and claims procedures. Data validity is guaranteed through triangulation of methods, sources, and data. The results show that the implementation of digital verification from the beginning of the case, strengthening the Service Level Agreement (SLA) at each claim stage, an automatic notification system between stakeholders, and real-time dashboard-based monitoring have the potential to accelerate the verification process, reduce repeated document revisions, reduce pending claims, and increase payment certainty.*

**Keywords:** Claim Flow; BPJS Kesehatan; BPJS Ketenagakerjaan; Process Efficiency; Strategic Adaptation.

Received: December 1<sup>st</sup>, 2025; 1<sup>st</sup> Revised December 27<sup>th</sup>, 2025;

Accepted for Publication : January 19<sup>th</sup>, 2026

© 2026 Zahidah Mursyidah Azmi, Dian Safriantini, Asmaripa Ainy, Fildzah Hashifah Taufiq

Under the license CC BY-SA 4.0

## 1. PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan pilar strategis dalam sistem perlindungan sosial di Indonesia, menjamin akses kesehatan yang layak untuk masyarakat seluruh lapisan (1). Berbagai regulasi yang melandasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional, seperti Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, secara tegas membedakan mandat BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara jaminan kesehatan dengan BPJS Ketenagakerjaan sebagai penyelenggara jaminan sosial ketenagakerjaan yang mencakup Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, Jaminan Kematian, dan Jaminan Kehilangan Pekerjaan (2). Di tingkat internasional, mekanisme klaim jaminan kesehatan berkontribusi langsung pada kelancaran operasional rumah sakit dan fasilitas kesehatan (faskes), serta menjadi indikator efisiensi tata kelola sistem jaminan sosial di banyak negara. Perbedaan karakteristik regulasi, jenis manfaat, mekanisme pembayaran, dan struktur risiko antara kedua badan penyelenggara menyebabkan desain alur klaim, instrumen digital, serta standar verifikasi yang digunakan juga berbeda, sehingga adaptasi praktik terbaik dari Jamsostek ke BPJS Kesehatan harus dilakukan secara selektif dan

kontekstual, bukan sekadar menyalin mekanisme yang sudah ada (3). Klaim adalah pengajuan permintaan penggantian biaya atas layanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta JKN dan menjadi sumber utama pendapatan bagi faskes untuk mendukung pembiayaan operasional rumah sakit, pengembangan sumber daya manusia, serta pemeliharaan fasilitas medis (4). Efisiensi proses pembayaran klaim sangat menentukan kelangsungan layanan dasar, sedangkan keterlambatan atau masalah dalam klaim dapat menurunkan kualitas pelayanan, menghambat pembayaran gaji tenaga medis dan kebutuhan operasional lain (5).

BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan memiliki perbedaan mendasar dalam hal mandat regulasi, karakteristik layanan, serta kompleksitas sistem klaim. BPJS Kesehatan mengelola pembiayaan pelayanan kesehatan melalui mekanisme pembiayaan berbasis INA-CBGs yang menuntut proses verifikasi klinis, administrasi medis, serta kelengkapan dokumen yang ketat sebagai bentuk akuntabilitas pembiayaan pelayanan kesehatan, sehingga prosedurnya secara alami lebih panjang dan kompleks. Sebaliknya, BPJS Ketenagakerjaan (Jamsostek), khususnya pada program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), berorientasi pada penyelesaian klaim berbasis risiko ketenagakerjaan dengan dukungan digitalisasi terintegrasi seperti e-PLKK, SIPP, dan sistem monitoring yang memungkinkan verifikasi administratif dilakukan secara *real-*

*time* dan lebih sederhana. Perbedaan ini menjelaskan mengapa klaim BPJS Kesehatan lebih rentan mengalami pending, penolakan klaim, dan keterlambatan pembayaran dibanding Jamsostek yang relatif lebih stabil dan efisien dalam pengelolaan klaimnya.

Di Indonesia, masalah klaim BPJS Kesehatan terjadi pada berbagai level, mulai dari birokrasi berbelit hingga proses verifikasi klaim yang rumit dan tidak konsisten (2). Penelitian Alfira, dkk (2023) di RS Surya Husada Denpasar mencatat sebanyak 68% berkas klaim yang dikembalikan kepada bagian rekam medis disebabkan oleh ketidaksesuaian resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang yang tidak lengkap (6). Hasil penelitian lain oleh Aulia, dkk (2025) mengidentifikasi bahwa pengembalian klaim rawat inap BPJS Kesehatan umumnya dipicu oleh tidak lengkapnya dokumen pendukung, kesalahan pengkodean, dan ketidakjelasan indikasi rawat inap (7). Keluhan rumah sakit terhadap proses klaim BPJS Kesehatan juga didasari oleh beban administrasi tinggi, kualitas SDM yang belum optimal, dan belum sepenuhnya terdigitalisasinya rekam medis dan aplikasi klaim (8). Dampak buruk dari keterlambatan pembayaran maupun prosedur klaim yang tidak efisien berpotensi mengganggu kelancaran likuiditas rumah sakit, sebagaimana temuan pada RSUP Dr. Kariadi Semarang yang mengalami pending klaim sebesar 3,67% dari total ajuan selama semester satu tahun 2021, mempengaruhi kemampuan rumah sakit dalam memberikan layanan terbaik kepada pasien (9).

Secara nasional dan lokal, hambatan administratif klaim BPJS Kesehatan juga mencakup perbedaan persepsi antara petugas coding, DPJP, dan verifikator BPJS Kesehatan dalam penafsiran kode diagnosis, serta sering terjadi revisi berulang dokumen akibat ketidakakuratan *entry* data dan belum optimalnya digitalisasi sistem informasi rumah sakit (10). Penelitian Agustino & Meliala (2024) pada implementasi sistem Vedika di RSUD dr. H. Jusuf SK menegaskan bahwa perpaduan antara masalah SDM, aplikasi, dan ketidaksesuaian standar dokumen menjadi akar tingginya angka klaim pending dan komplain dari faskes mitra BPJS Kesehatan (11). Studi lain oleh Listiyawati & Wijayanti (2022) memastikan bahwa keterlambatan pengajuan klaim berdampak langsung pada penurunan arus kas dan kualitas operasional rumah sakit (9). Sebagai pembanding, penelitian pada BPJS Ketenagakerjaan (Jamsostek) oleh Mailina et al. (2023), Irdanasari & Wijayanti (2021), maupun studi Ahmad Ansyori (2024) menunjukkan bahwa sistem klaim Jamsostek lebih sederhana dan efisien (2,12,13). Proses verifikasi dan pembayaran didukung penuh oleh digitalisasi sistem e-PLKK dan aplikasi SMILE yang terintegrasi dengan sistem pelaporan perusahaan dan PLKK rumah sakit mitra, sehingga dokumen administratif bisa dicek secara *real-time*, monitoring progress klaim berjalan otomatis, serta waktu pencairan dana klaim lebih ringkas dan transparan (14). Adanya *Service Level Agreement* (SLA) yang tegas, digitalisasi

dokumen sejak awal, serta monitoring berkala efektif memperkecil risiko pending klaim dan *bottleneck* administratif, memberikan hasil nyata dalam kecepatan serta kepastian pembayaran klaim kepada faskes. Sejauh ini, berbagai penelitian mengenai klaim BPJS Kesehatan lebih banyak berfokus pada identifikasi penyebab pending klaim, ketidaklengkapan dokumen, kesalahan coding, serta hambatan administratif yang berdampak pada keterlambatan pembayaran kepada fasilitas kesehatan. Di sisi lain, sejumlah studi menunjukkan bahwa sistem klaim Jamsostek terbukti lebih efisien karena ditopang digitalisasi proses, auto-reminder, monitoring real-time, dan penerapan Service Level Agreement (SLA) yang tegas. Namun, hingga saat ini masih terbatas penelitian yang secara eksplisit merumuskan model adaptasi operasional dari keunggulan sistem klaim Jamsostek untuk diintegrasikan secara sistematis ke dalam mekanisme klaim BPJS Kesehatan. Dengan demikian, terdapat celah penelitian yang penting, yaitu bagaimana strategi implementasi alur klaim Jamsostek dapat diadopsi secara aplikatif untuk meningkatkan efisiensi, mempercepat proses verifikasi, serta mengurangi hambatan prosedural pada klaim BPJS Kesehatan. Model inilah yang menjadi *best practice* sistem klaim Jamsostek dan relevan untuk diadaptasi oleh BPJS Kesehatan guna menyederhanakan prosedur, meningkatkan efisiensi verifikasi klaim, meminimalisir *bottleneck*, dan

mendukung transparansi administratif di seluruh layanan rumah sakit mitra (13).

Hasil penelitian terbaru menunjukkan, persamaan dan perbedaan mendasar pada mekanisme klaim BPJS Kesehatan dan Jamsostek bisa menjadi alternatif sumber solusi atas masalah komplain, pending, dan pengembalian klaim BPJS Kesehatan (15). Dari sudut pandang teori tata kelola pelayanan kesehatan dan manajemen klaim, efisiensi proses klaim merupakan indikator penting *good governance* jaminan kesehatan, karena terkait langsung dengan prinsip transparansi, akuntabilitas, kepastian pembayaran, dan keberlanjutan pendanaan fasilitas kesehatan. Klaim yang dikelola secara tepat waktu dan akurat tidak hanya menjaga arus kas rumah sakit, tetapi juga mengurangi potensi *fraud*, meningkatkan kepercayaan peserta, serta memperkuat legitimasi program JKN sebagai instrumen kebijakan publik di bidang pembiayaan kesehatan (4). Adaptasi sistem terintegrasi, penguatan SOP serta pelatihan SDM, terbukti mempercepat pembayaran klaim, mengurangi revisi dokumen berulang, dan meningkatkan kepuasan peserta dan faskes (16). Kebaruan riset ini tidak hanya menawarkan strategi optimalisasi administratif tetapi juga memberikan rekomendasi konkret mengenai *framework* aksi digital dan koordinasi lintas *stakeholder*. Penelitian ini bertujuan merumuskan strategi implementasi alur klaim Jamsostek untuk meningkatkan efisiensi dan memperbaiki *bottleneck* prosedural proses klaim

BPJS Kesehatan, dengan menganalisis praktik, kelebihan, serta potensi adaptasi yang relevan untuk diterapkan di sistem klaim BPJS Kesehatan nasional dan rumah sakit mitra, serta menempatkan adaptasi strategi alur klaim Jamsostek ke dalam konteks BPJS Kesehatan sebagai kontribusi praksis terhadap penguatan tata kelola klaim dan peningkatan mutu layanan dalam kerangka Sistem Jaminan Sosial Nasional (4). Harapan dari penelitian ini ialah menghasilkan solusi aplikatif sistem klaim yang efisien, responsif, dan mampu mempercepat pencairan pembayaran serta meningkatkan mutu layanan di fasilitas kesehatan mitra BPJS Kesehatan.

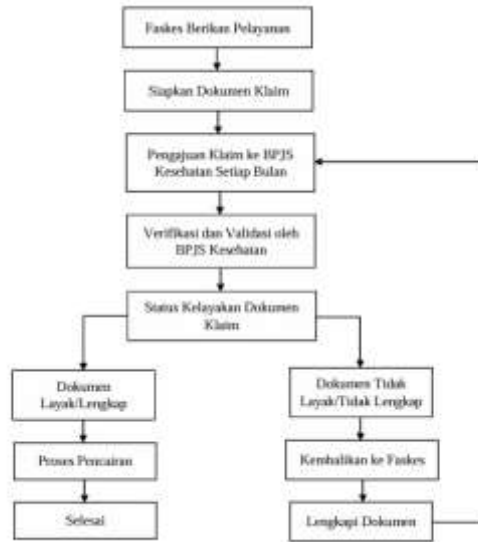
## 2. METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan desain studi kasus untuk mengkaji hambatan prosedural dan praktik efisiensi alur klaim BPJS Kesehatan serta membandingkannya dengan BPJS Ketenagakerjaan. Informan dipilih secara purposive berdasarkan relevansi peran, meliputi staf penjaminan manfaat BPJS Kesehatan, manajer kasus BPJS Ketenagakerjaan, serta petugas penagihan/verifikator rumah sakit. Data dikumpulkan melalui wawancara semi-terstruktur, observasi proses klaim, dan telaah dokumen, dengan validitas dijaga melalui triangulasi. Analisis data dilakukan secara tematik melalui proses coding dan komparasi alur klaim untuk merumuskan rekomendasi strategi efisiensi. Aspek etika penelitian

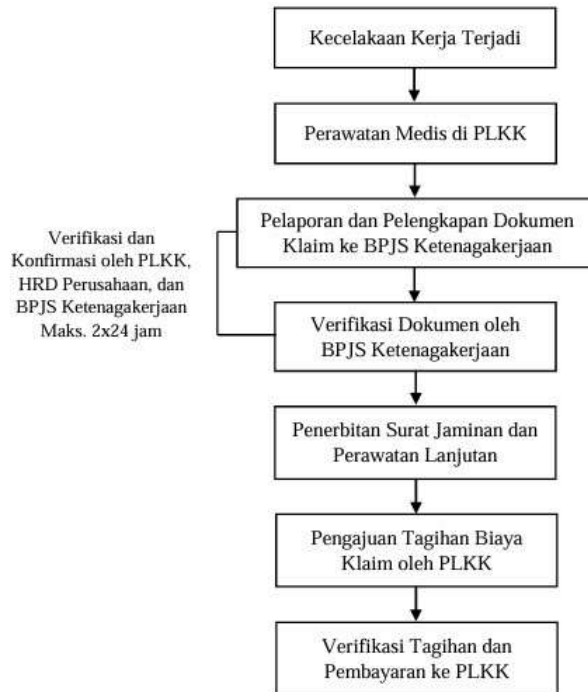
dipenuhi melalui informed consent, kerahasiaan, dan anonimitas informan.

## 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengelolaan alur klaim di BPJS Ketenagakerjaan (Jamsostek) mengedepankan digitalisasi terintegrasi melalui sistem e-PLKK yang terkait langsung dengan Sistem Informasi Pelaporan Perusahaan (SIPP), memungkinkan pelaporan dan pengolahan klaim dilakukan secara otomatis dan *real-time*. Proses klaim menuntut kelengkapan dokumen dalam waktu 2x24 jam setelah kejadian, dengan beban verifikator yang ringan karena data dan konfirmasi dilakukan mandiri oleh HRD dan petugas PLKK. Sistem ini juga dilengkapi monitoring dan evaluasi rutin bersama rumah sakit mitra, memfasilitasi koordinasi aktif dan komunikasi otomatis yang secara signifikan mengurangi hambatan prosedural dan meminimalkan klaim pending, termasuk pada kasus pekerja informal dan migran. Sebaliknya, alur klaim BPJS Kesehatan berbasis INA-CBGs melibatkan tahapan administrasi yang kompleks dan lebih panjang, dengan verifikasi internal dan eksternal yang ketat terhadap resume medis, diagnosis, prosedur, dan dokumen pendukung (7). Kendala utama adalah ketidaklengkapan dokumen, kesalahan input data, dan perbedaan interpretasi antara dokter penanggung jawab pasien, kodifikasi medis, dan verifikator BPJS Kesehatan yang kerap menyebabkan klaim direvisi atau terpending (17).



Gambar 1. *Flowchart* Prosedur Alur Klaim dari *Provider* ke BPJS Kesehatan



Gambar 2. *Flowchart* Prosedur Alur Klaim dari PLKK ke BPJS Ketenagakerjaan

Beban kerja verifikator yang tinggi diperparah oleh inkonsistensi data, digitalisasi yang belum optimal, serta monitoring klaim yang masih insidentil, sehingga meningkatkan risiko keterlambatan pembayaran dan kesalahan kode diagnosis. Sebaliknya, efisiensi alur klaim

JKK BPJS Ketenagakerjaan didukung oleh integrasi sistem digital e-PLKK dengan SIPP HRD perusahaan yang memungkinkan pelaporan dan pemantauan klaim secara real-time. Integrasi ini mengurangi beban administratif melalui notifikasi otomatis,

mempercepat perbaikan dokumen, serta didukung koordinasi lintas unit, monitoring berbasis dashboard, dan penerapan SLA yang jelas pada setiap tahapan klaim (12). Proses klaim BPJS Kesehatan masih terkendala ketidaklengkapan dokumen yang umumnya baru diverifikasi di akhir periode klaim, tingginya beban kerja verifikator akibat penumpukan

berkas, kesalahan entri data, serta perbedaan interpretasi koding. Monitoring yang belum optimal dan keterbatasan pelatihan staf memperbesar risiko revisi, keterlambatan klaim, dan potensi fraud, sehingga berdampak pada aliran kas dan mutu layanan rumah sakit mitra. (6,11).

**Tabel 1. Analisis Komparatif Strategi Implementasi Alur Klaim Jamsostek dan BPJS Kesehatan**

No.	Kriteria efektivitas	Implementasi Jamsostek (BPJS Ketegakerjaan)	Implementasi BPJS Kesehatan	Perbedaan Kunci
1.	Kejelasan dan terstandarisasi proses klaim	Alur e-PLKK tersambung otomatis ke SIPP, dengan verifikasi langsung, kelengkapan dokumen diperiksa <i>real-time</i> , tahapan jelas, dokumen dilengkapi dan diverifikasi di awal	Melibatkan verifikasi dan validasi berkas klaim oleh BPJS Kesehatan dengan sistem administrative yang kompleks meskipun melalui e-Claim yang telah <i>bridging</i> dengan SIMRS/Pcare, rentan keterlambatan	Sistem penguncian otomatis pada klaim mengharuskan adanya pengingat langsung dari manajer kasus jika dokumen persyaratan belum lengkap.
2.	Terdapat batas waktu proses tiap tahapan klaim	<i>Service Level Agreement</i> (SLA) 2x24 jam setiap tahapan klaim terukur dan monitoring aktif	Tidak ada SLA tegas, banyak klaim tertunda	BPJS Kesehatan tidak memiliki SLA tegas untuk setiap tahapan klaim
3.	Integrasi aplikasi dan kemudahan pemantauan status	e-PLKK dan SIPP terintegrasi dengan aplikasi SMILE sistem informasi milik BPJS Ketenagakerjaan, <i>tracking</i> digital, monitoring <i>progress</i>	<i>Bridging</i> SIMRS dengan e-Claim melalui API BPJS Kesehatan, proses masih terfragmentasi	Sistem milik Jamsostek lebih terintegrasi antar institusi dan <i>stakeholder</i>
4.	Ketatnya validasi dokumen dan <i>auto-reminder</i>	Penguncian otomatis dalam sistem memerlukan pengingat langsung dari manajer kasus ketika ada lampiran dokumen persyaratan yang belum lengkap.	Dokumen masih sering salah atau keliru, sehingga diperlukan pengulangan proses pengajuan klaim ulang untuk melakukan perbaikan	Monitoring aktif dan <i>auto-reminder</i> pihak Jamsostek meminimalisir ketidaklengkapan dokumen klaim
5.	Efisien verifikasi, perbaikan dokumen, dan pembayaran	Verifikasi dokumen dilakukan di awal pelaporan kasus melalui sistem, pembayaran tagihan cepat diproses ketika pengajuan klaim bulanan	Verifikasi dokumen berulang dan baru dilakukan ketika pengajuan tagihan klaim bulanan dengan antrean verifikasi verifikator, sehingga memerlukan proses ganda	Verifikasi dokumen di setiap awal kasus baru membuat proses Jamsostek lebih efisien
6.	Komunikasi koordinasi dan	Notifikasi otomatis dari sistem e-PLKK ke SIPP/HRD perusahaan,	Notifikasi digital dokumen tidak layak memerlukan penguatan	Proses komunikasi terotomatisasi dan akselerasi cepat

		komunikasi real-time via chat atau telepon untuk kondisi mendesak terkait program Jakon/PMI, koordinasi proaktif antar manajer kasus, HRD, dan PLKK, serta pembuatan berita acara.	koordinasi karena terdapat kesenjangan komunikasi antara verifikasi BPJS dan fasilitas, sehingga terdapat mispersepsi dan miskomunikasi saat pelaporan atau <i>entry</i> data untuk klarifikasi dan perbaikan.	respons perbaikan klaim lebih efisien pada sistem Jamsostek
7.	Monev digital dan <i>feedback</i> periodik	Monitoring bulanan bersama PLKK yang memiliki masalah dan langsung melakukan konfirmasi, juga pertemuan setahun sekali untuk membahas kendala	Monitoring bulanan dengan mitra rumah sakit atau FKTP yang bermasalah dengan pembuatan berita acara	Monev lebih fleksibel dan periodik

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan temuan pada Tabel 1, efisiensi alur klaim JKK BPJS Ketenagakerjaan didukung oleh sistem digital terintegrasi e-PLKK yang terhubung dengan SIPP, memungkinkan pelaporan dan pemantauan klaim secara real-time dengan transparansi pada

setiap tahap. Integrasi ini mempercepat validasi dan pembayaran klaim serta meringankan beban verifikasi melalui notifikasi otomatis yang mempercepat perbaikan dokumen tanpa penundaan berarti.

**Tabel 2. Rekomendasi Adaptasi Alur Klaim Jamsostek pada Hambatan Prosedural BPJS Kesehatan**

No.	Dimensi	Hasil/Keunggulan Adaptasi	Rekomendasi Strategi Adaptasi
1.	Efektivitas Alur	Proses lebih cepat dan transparan	Pengadopsian sistem aplikasi digital terintegrasi untuk proses klaim, memperkuat koordinasi verifikasi dan PIC serta mengurangi proses administratif yang rumit, juga auto-notif berbasis sistem yang saling terhubung ketika klaim masuk
2.	Kecepatan proses	<i>Lead time</i> klaim dipangkas signifikan	Penerapan SLA digital dan monitoring <i>real-time</i> status validasi dan verifikasi klaim semua faskes mitra
3.	Integrasi Sistem	Keterlambatan akibat miskomunikasi minimal	Penguatan <i>dashboard</i> monitoring lintas <i>stakeholder</i>
4.	Kelengkapan Dokumen	Dokumen klaim lebih lengkap dan akurat	Sistem penguncian digital sistem, notifikasi kekurangan, dan <i>enable editing</i> berkas klaim oleh verifikasi BPJS Kesehatan pada sistem e-Claim, sehingga tidak diperlukan pengulangan proses pengajuan klaim
5.	Efisiensi Verifikasi	Beban kerja verifikasi berkurang	Adaptasi alur validasi otomatis di awal setiap kasus klaim baru
6.	Monitoring dan Evaluasi	Transparansi <i>progress</i> dapat dipantau <i>real-time</i>	Monitoring <i>progress</i> berbasis sistem dan <i>feedback</i> periodik

Sumber: Data Primer, 2025

Hasil analisis pada Tabel 2 menunjukkan bahwa adaptasi alur klaim JKK BPJS Ketenagakerjaan ke dalam sistem BPJS

Kesehatan berpotensi meningkatkan efisiensi dan mengurangi hambatan administratif. Temuan wawancara dan dokumen

mengindikasikan bahwa digitalisasi verifikasi dan otomatisasi sistem seperti e-PLKK mampu memperjelas alur klaim, meningkatkan kelengkapan dokumen, serta memungkinkan verifikasi status klaim secara real-time.

### **Pembahasan**

Potensi Adaptasi Alur Klaim Jamsostek pada BPJS Kesehatan

Koordinasi aktif antar unit melalui *Standard Operating Procedures* (SOP) yang mengatur monitoring kasus secara rutin serta penggunaan *dashboard* digital untuk evaluasi dan pencegahan miskomunikasi turut menjadi faktor utama keberhasilan sistem ini (13,18). Digitalisasi dan otomatisasi seperti pada sistem e-PLKK BPJS Ketenagakerjaan terbukti mempercepat dan memperjelas alur pelaporan, kelengkapan dokumen, serta verifikasi status klaim secara real-time. Pelaporan kasus sejak awal melalui bridging sistem atau dashboard memungkinkan pengajuan klaim bulanan diproses lebih efisien dan mencegah penumpukan beban kerja verifikator. Namun, adaptasi alur ini ke BPJS Kesehatan perlu mempertimbangkan perbedaan regulasi, cakupan layanan, dan kompleksitas pembiayaan INA-CBGs, serta faktor struktural seperti keterbatasan SDM, kepatuhan SOP, dan stabilitas integrasi SIMRS–e-Claim (4). Strategi implementasi yang diusulkan menekankan adaptasi selektif elemen model Jamsostek yang paling relevan, seperti verifikasi di awal kasus, penguatan SLA internal, dan pengembangan dashboard klaim lintas unit, dengan tetap

memperhatikan regulasi INA-CBGs dan kapasitas organisasi. Kompleksitas klaim BPJS Kesehatan—yang ditandai akumulasi dokumen di akhir periode, ketidaksesuaian coding, kesalahan input, serta perbedaan interpretasi antar petugas—menjadi sumber utama keterlambatan verifikasi dan bottleneck administratif (19). Keterbatasan monitoring yang lebih bersifat insidental dan kurangnya pelatihan mendalam bagi petugas menjadi faktor pemburuk situasi yang kemudian berimbas pada penundaan pembayaran klaim serta terganggunya operasi dan kualitas layanan rumah sakit mitra. Tabel komparatif yang disajikan telah dirancang untuk menangkap kompleksitas perbedaan kedua sistem tidak hanya pada level prosedural, tetapi juga pada dimensi tata kelola, teknologi, dan koordinasi lintas aktor. Temuan mengenai potensi adaptasi alur klaim Jamsostek juga memperkuat relevansi teori tata kelola pelayanan kesehatan dan manajemen klaim yang menempatkan proses klaim sebagai salah satu instrumen inti *good governance* pembiayaan kesehatan. Dalam perspektif ini, fitur-fitur seperti SLA yang tegas, digitalisasi verifikasi di awal kasus, integrasi antaraplikasi, auto-notifikasi, dan *dashboard* monitoring tidak hanya dipahami sebagai solusi teknis, tetapi sebagai mekanisme institusional untuk meningkatkan transparansi, akuntabilitas, kepastian pembayaran, dan pengendalian risiko *fraud* dalam sistem JKN (7). Kriteria efektivitas yang digunakan mulai dari kejelasan dan standarisasi alur proses, keberadaan dan

penegakan *Service Level Agreement* (SLA), integrasi aplikasi dan kemudahan pemantauan status, ketatnya validasi dokumen dan auto-reminder, efisiensi verifikasi dan pembayaran, pola komunikasi dan koordinasi, hingga mekanisme monitoring dan *feedback* periodik, merefleksikan faktor-faktor yang dalam berbagai studi terbukti menentukan kelancaran klaim dan kualitas hubungan antara badan penyelenggara dengan fasilitas kesehatan (4).

#### Rekomendasi Adaptasi Alur Klaim Jamsostek pada Hambatan Prosedural BPJS Kesehatan

Penerapan entry data sejak awal melalui bridging sistem atau dashboard memungkinkan pengajuan klaim bulanan lebih efisien dan mencegah penumpukan beban kerja verifikator di akhir bulan. Notifikasi otomatis antar pemangku kepentingan mempercepat perbaikan dokumen dan menekan miskomunikasi, sementara penerapan SLA yang jelas, didukung monitoring digital berkala, meningkatkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan klaim (13,18). Penguatan efektivitas alur klaim BPJS Kesehatan dapat dilakukan melalui adopsi aplikasi digital terintegrasi untuk pelaporan kasus, entry dokumen, dan monitoring real-time lintas unit sebagaimana praktik Jamsostek. Penerapan auto-notifikasi, digital checklist, dan mekanisme umpan balik sejak awal klaim dapat meningkatkan kelengkapan dokumen, mempercepat verifikasi, dan mencegah penumpukan berkas di akhir periode. Integrasi kinerja tim DPJP, koding medis, dan

administrasi dalam satu sistem, didukung dashboard monitoring dan bridging aplikasi, memungkinkan deteksi dini klaim bermasalah serta penguatan transparansi, akuntabilitas, dan evaluasi partisipatif antar pemangku kepentingan (6,18).

#### Pertimbangan Perbedaan Studi Kasus dan Praktik Lapangan antara Kedua Badan Penyelenggara dalam Implementasi Alur Klaim

Perbedaan karakteristik sosioteknis, administratif, dan pemangku kepentingan membuat praktik klaim BPJS Kesehatan lebih kompleks dibandingkan BPJS Ketenagakerjaan, khususnya dalam pengelolaan dokumen, konsistensi data, dan beban verifikasi. Sistem Jamsostek yang terotomatisasi melalui e-PLKK dan SIPP memungkinkan pelaporan, validasi, dan monitoring klaim dalam batas waktu jelas, sehingga meminimalkan klaim tertunda dan bottleneck administratif. Oleh karena itu, adaptasi sistem Jamsostek pada BPJS Kesehatan diposisikan sebagai pembelajaran untuk mengadopsi digitalisasi, notifikasi otomatis, monitoring berkala, dan pembagian tugas berbasis SLA, dengan tetap menyesuaikan regulasi dan kebutuhan spesifik JKN agar implementasinya relevan dan efektif (11,18). Keberhasilan implementasi strategi adaptasi alur klaim Jamsostek pada BPJS Kesehatan sangat ditentukan oleh kesiapan regulasi, sumber daya manusia, infrastruktur teknologi informasi, dan budaya organisasi di kedua lembaga maupun di fasilitas kesehatan mitra. Dari sisi regulasi, perbedaan mandat hukum, skema pembiayaan

INA-CBGs, serta pedoman teknis verifikasi klaim berpotensi membatasi adopsi penuh fitur-fitur Jamsostek. Disparitas kapasitas SIMRS, kualitas *bridging* dengan e-Claim dan V-Claim, serta keterbatasan dashboard monitoring dan auto-notifikasi menjadi prasyarat penting agar adaptasi model e-PLKK, SIPP, dan SMILE benar-benar dapat mempercepat proses klaim. Hasil penelitian diharapkan memberikan kontribusi penting dalam memahami adanya potensi strategi implementasi alur klaim Jamsostek (BPJS Ketenagakerjaan) untuk meningkatkan efisiensi proses klaim BPJS Kesehatan. Dengan kata lain, rekomendasi strategi lebih diarahkan untuk memperbaiki dan mengadaptasi aspek efisiensi ke dalam konteks yang sesuai dengan BPJS Kesehatan, bukan membandingkan secara *head-to-head* kedua mekanisme klaim yang memang berbeda fondasi dan orientasi pelayanannya. Pendekatan kualitatif dengan triangulasi sumber data memperkuat validitas temuan, serta memberikan analisis komparatif yang komprehensif antara dua sistem klaim. Hasil penelitian dapat menjadi basis rekomendasi inovasi digitalisasi dan automasi yang relevan bagi BPJS Kesehatan untuk mengatasi hambatan prosedural. Namun, generalisasi hasil penelitian masih terbatas pada konteks dan subjek penelitian yang spesifik, dan adanya potensi bias dalam interpretasi data kualitatif menjadi perhatian. Selain itu, penelitian ini belum mengukur dampak efisiensi secara kuantitatif dan melibatkan variasi fasilitas kesehatan yang lebih luas. Untuk penelitian

selanjutnya disarankan menggunakan sampel yang lebih besar, pendekatan kuantitatif pelengkap, serta pelibatan triangulasi data yang lebih beragam demi memperkuat dasar kebijakan aplikatif.

#### **4. KESIMPULAN**

Perbaikan efisiensi klaim BPJS Kesehatan memerlukan penyederhanaan prosedur, penguatan koordinasi, dan optimalisasi sistem digital yang terintegrasi. Praktik klaim BPJS Ketenagakerjaan memberikan pembelajaran penting terkait kejelasan alur kerja, pemanfaatan teknologi, dan pengendalian kinerja melalui mekanisme layanan yang terukur. Temuan penelitian bersifat kontekstual dan tidak ditujukan untuk generalisasi luas, namun relevan sebagai dasar perumusan strategi peningkatan efisiensi klaim pada lingkungan layanan kesehatan yang memiliki karakteristik serupa. Penelitian selanjutnya disarankan untuk mengembangkan kajian lintas fasilitas dan pendekatan kuantitatif guna memperkuat bukti kebijakan yang lebih komprehensif dan aplikatif.

#### **UCAPAN TERIMA KASIH**

Penulis mengucapkan terima kasih kepada BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan atas izin penelitian, penyediaan informan, dan dukungan koordinasi selama proses pengumpulan data. Apresiasi juga disampaikan kepada informan fasilitas kesehatan jejaring PLKK dan rumah sakit mitra atas kontribusi data dan pengalaman yang diberikan. Ucapan terima kasih turut disampaikan kepada dosen pembimbing dan civitas akademika Fakultas

Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya atas bimbingan dan masukan ilmiah, serta kepada keluarga dan rekan sejawat atas dukungan selama penyusunan penelitian ini.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Nassyifa FI, Khairunnisa S, Putri ROA, Alfaridzi GR, Arfian. Peran BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan Dalam Meningkatkan Kesejahteraan Sosial di Indonesia. *Jurnal Psikologi dan Bimbingan Konseling*. 2026;17(2):1–7.
2. Ansyori A. Evaluasi Peran BPJS dan Perlindungan Hak Peserta / Mitra Kerja dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Presented Masyarakat Hukum Kesehatan Indonesia*. 2024;01(01):18–24.
3. Talkah IK, Asiani G, Zaman C. Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakit. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*. 2025;10(1).
4. Aulia A, Amri U. Analisis Klaim Pending , Verifikasi dan Audit Pascaklaim Jaminan Kesehatan Nasional Analisis Klaim Pending , Verifikasi dan Audit Pascaklaim Jaminan Kesehatan. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*. 2024;9(2).
5. Lesmana A, Taufik A. Development of a Bpjs Hospital Claims Monitoring Systems Via Bridging Dashboard. *Journal of Information System, Informatics and Computing*. 2023;7(2):295.
6. Fir MAJ, Sari NKY, Wasita RRR. Penyebab Pengembalian Klaim Pasien Rawat Inap Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Surya Husada Denpasar. *Jurnal Kesehatan, Sains, Dan Teknologi (Jakasakti)*. 2023;2(1):41–50.
7. Aulia A, Rahayu K, Ikawati FR, Afifah L. Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Malang Tahun 2024. *Jurnal Universitas Respati Indonesia*. 2025;15(1).
8. Susanto A, Hadsari R. Efektivitas Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan Antara Rawat Jalan Dan Rawat Inap di RSJD Surakarta. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional SIKesNas*. 2024;(BPJS Kesehatan, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Verifikasi Klaim, Efektivitas Verifikasi Klaim):453–9.
9. Sahir L, Wijayanti RA. Faktor Penyebab Pending Claim Ranap JKN Dengan Fishbone Diagram di RSUP Dr. Kariadi. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. 2022;10(2):190.
10. Mukaromah S, Wahab S. Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Rawat Jalan Guna Menunjang Kelancaran Pembayaran Pelayanan Kesehatan di RSUD Kota Bandung. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2024;8(2):2876–83.
11. Agustino R, Meliala A. Penerapan Vedika di RSUD dr. H. Jusuf SK Tahun 2022. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*. 2024;13(1):1.

12. Irdanasari RV, Wijayanti I. Analisis Sistem Informarsi Akuntandi Ditinjau dari Prosedur Pembayaran Klaim Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, Jaminan Kecelakaan Kerja, dan Jaminan Kematian pada BPJS Ketenagakerjaan Cabang Madiun. JAPP: Jurnal Akuntansi, Perpajakan Dan Portofolio. 2022;1(1):111–22.
13. Mailina R. Analisis Klaim Bpjs Ketenagakerjaan (Studi Kasus Pekerja Informal Di Bpjs Ketenagakerjaan Cabang Tanjung Morawa). Jurnal Mirai Management. 2023;8(2):373–80.
14. BPJS Ketenagakerjaan. Standarisasi Pelayanan Program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) Melalui Pusat Layanan Kecelakaan Kerja (PLKK) Untuk Perusahaan. 2025.
15. Maulida ES, Djunawan A. Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia. 2022;21(6):374–9.
16. Katili DI, Katili RA, Irwan I. Analisis Mutu Pelayanan Kesehatan Terhadap Pasien Bpjs Kesehatan Pada Masa Pandemi Covid-19 Di Rumah Sakit Rujukan Gigi Dan Mulut Provinsi Gorontalo. Jambura Journal of Health Sciences and Research. 2024;6(4):365–73.
17. Haq MA, Werdani KE. Analisis Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Nirmala Suri. PREPONTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2025;9(April):765–74.
18. Dina Amalia, Agus Aan Adriansyah. Gambaran Kelengkapan Administrasi Peserta Bukan Penerima Upah dengan Pembuatan Buku Saku Sebagai Pedoman Klaim. MAMEN: Jurnal Manajemen. 2023 Jul 28;2(3):437–43.
19. Jaya PP, Suharyanto D, Ismail I. Implementasi dan Mekanisme Kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Terhadap Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Jurnal Inovasi Global. 2025;3(1):207–16.