

Gambaran Pengajuan Klaim Rawat Inap COB (*Coordination of Benefit*) JKN dan Asuransi Mandiri Inhealth di Rumah Sakit Rizani Probolinggo

Leylina Budiarti^{1*}, Eko Rahman Setiawan², Herlinda Dwi Ningrum³

¹Program Studi D3 Asuransi Kesehatan, Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
leylinabudiartini@gmail.com

Keywords:

Claim Submission, COB, Inpatient Care, JKN, Mandiri InHealth

ABSTRACT

Introduction: Coordination of Benefit (COB) is a method to coordinate double insurance benefits to prevent overpayment and broaden service coverage. Rizani Hospital, a type C hospital, has implemented COB since 2022. Observation and interview data from July-September 2024 show 76 inpatient COB claims from 6 insurance companies, with 19 claims predominantly from Mandiri InHealth. The process still faces challenges such as incomplete patient and supporting documents, inadequate medical resume completion by DPJP, and billing revisions. This study aims to understand the overview of inpatient COB (Coordination of Benefit) claim submissions for JKN and Mandiri InHealth insurance at Rizani Hospital Probolinggo. **Method:** The research was conducted at Rizani Hospital Probolinggo using a descriptive qualitative method. Data collection techniques included documentation and in-depth interviews with 6 informants, utilizing source triangulation for validity testing. **Results:** The research results indicate that the inpatient COB claim submission process involves several stages, starting from patient registration and verification, up to claim submission to BPJS Kesehatan and Mandiri InHealth. This process involves human resources with medical and non-medical backgrounds, as well as various hospital units and supporting applications such as Pelkes Online, Simo, E-Klaim, V-Klaim (external), and Evomedis, Casemix Apps (internal). In the submission process, obstacles were found related to document completeness and SPO implementation. RS Rizani does not yet have a specific SPO for COB JKN and Mandiri InHealth; however, RS Rizani refers to the SPO that applies to all types of insurance. **Conclusion:** The submission of inpatient COB JKN and Mandiri InHealth insurance claims involves several stages that include human resources, units, and supporting applications. In the process, RS Rizani does not yet have a specific SOP for COB JKN and Mandiri InHealth. Therefore, it is recommended that the hospital develop a specific SOP, improve HR training, assign dedicated staff for claim file management, and strengthen coordination to enhance the efficiency and effectiveness of COB claim services.

Kata Kunci

COB, JKN, Mandiri InHealth, Pengajuan Klaim, Rawat Inap

ABSTRAK

Latar Belakang: *Coordination of Benefit* (COB) adalah metode koordinasi manfaat asuransi ganda untuk mencegah pembayaran berlebih dan memperluas cakupan layanan. Rumah Sakit Rizani sebuah rumah sakit tipe C, telah menerapkan COB sejak 2022. Data observasi dan wawancara pada periode Juli-September 2024 menunjukkan 76 klaim rawat inap COB dari 6 perusahaan asuransi, dengan 19 klaim mayoritas dari Mandiri

InHealth. Dalam prosesnya masih terdapat kendala seperti ketidaklengkapan berkas pasien dan penunjang, pengisian resume medis oleh DPJP, serta revisi *billing*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengajuan klaim rawat inap COB (*Coordination of Benefit*) JKN dan asuransi Mandiri *InHealth* di Rumah Sakit Rizani Probolinggo. **Metode Penelitian:** Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Rizani Probolinggo menggunakan metode deskriptif kualitatif, teknik pengumpulan data berupa dokumentasi dan wawancara mendalam terhadap 6 informan dan menggunakan triangulasi sumber untuk uji keabsahan. **Hasil penelitian:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pengajuan klaim rawat inap COB melibatkan beberapa tahapan mulai dari pendaftaran pasien, verifikasi, hingga pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan dan Mandiri *InHealth*. Proses ini melibatkan SDM dengan latar belakang kesehatan dan non-kesehatan, serta melibatkan berbagai unit rumah sakit dan aplikasi penunjang seperti Pelkes *Online*, Simo, E-Klaim, V-Klaim (eksternal), Evomedis, *Casemix Apps* (internal). Dalam proses pengajuannya, ditemukan kendala terkait kelengkapan dokumen dan implementasi SPO. RS Rizani belum memiliki SPO khusus untuk COB JKN dan Mandiri *InHealth*, namun RS Rizani mengacu pada SPO yang berlaku untuk seluruh jenis asuransi. **Kesimpulan:** Pengajuan klaim rawat inap COB JKN dan asuransi Mandiri *InHealth* melalui beberapa tahapan yang melibatkan SDM, unit, serta aplikasi pendukung. Dalam prosesnya RS Rizani belum memiliki SPO khusus COB JKN dan Mandiri *InHealth*. Oleh karena itu, disarankan agar rumah sakit menyusun SPO spesifik, meningkatkan pelatihan SDM, menempatkan staf khusus untuk pengelolaan berkas klaim, serta memperkuat koordinasi guna meningkatkan efisiensi dan efektivitas layanan klaim COB.

Korespondensi Penulis:

Leylina Budiarti,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang,
Jl. Besar Ijen 77C Kota Malang
Telepon : +62895397052309
Email: leylinabudiartini@gmail.com

Tanggal submisi : 18-01-2026; Tanggal penerimaan :
24-02-2026; Tanggal publikasi : 31-03-2026



licensed by [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

1. PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia memiliki komitmen kuat untuk mewujudkan hak kesehatan bagi setiap warga negara, sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Kewajiban ini diimplementasikan melalui penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang secara resmi beroperasi sejak 1 Januari 2014 di bawah pengelolaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Program JKN didirikan dengan prinsip gotong royong dan bertujuan memberikan jaminan pelayanan kesehatan perorangan yang komprehensif mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk seluruh lapisan masyarakat (1). JKN diharapkan menjadi solusi atas beban biaya kesehatan masyarakat, sekaligus memastikan pemerataan akses layanan.

Meskipun JKN berperan sebagai jaminan kesehatan dasar, beberapa studi menunjukkan bahwa manfaat yang diberikan terkadang dianggap belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan spesifik peserta (2). Lebih lanjut, adanya kewajiban kepesertaan JKN menimbulkan situasi tumpang tindih bagi penduduk yang sudah memiliki polis Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT) atau asuransi komersial. Untuk mengatasi isu tersebut dan memperluas cakupan layanan, pemerintah

memfasilitasi mekanisme *Coordination of Benefit* (COB) atau Koordinasi Manfaat. Ketentuan ini diatur secara teknis melalui Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 Tahun 2016.

COB didefinisikan sebagai metode yang memungkinkan dua atau lebih penanggung (BPJS Kesehatan dan AKT) yang menjamin satu orang yang sama, untuk berkoordinasi dalam pembiayaan layanan kesehatan. Fungsi utama dari COB adalah untuk mencegah terjadinya pembayaran yang berlebihan (*overpayment*) dan pada saat yang sama memberikan nilai tambah bagi peserta. Melalui COB, pasien mendapatkan keuntungan signifikan, seperti hak untuk memilih fasilitas naik kelas perawatan, memperoleh *benefit* tambahan yang tidak ditanggung JKN murni, dan memanfaatkan layanan dari rumah sakit tertentu yang menjalin kerja sama khusus (3). Oleh karena itu, efektivitas implementasi COB di fasilitas kesehatan sangat krusial.

Rumah Sakit Rizani Probolinggo, sebagai rumah sakit Tipe C, merupakan salah satu faskes yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan Asuransi Mandiri *InHealth*, serta telah menerapkan program COB sejak tahun 2022. Berdasarkan data observasi periode Juli hingga September 2024, tercatat adanya 76 klaim rawat inap COB, dengan klaim dari Asuransi Mandiri *InHealth* menjadi mayoritas (19 pasien).

Tabel 1 Data Jenis Asuransi di Rumah Sakit Rizani 2024

Bulan Pelayanan	Jenis Klaim Pasien Rawat Inap COB					
	Mandiri <i>InHealth</i>	Jasa Raharja	PLN	Lippo	BPJS TK	AJ CAR
Juli	4	2	3	9	3	1
Agustus	7	3	6	5	1	3
September	8	3	7	4	7	0
Jumlah	19	8	16	18	11	4

Sumber : data klaim rawat inap COB di Rumah Sakit Rizani 2024

Meskipun demikian, proses pengajuan klaim COB masih menghadapi kendala signifikan yang berpotensi menunda pembayaran. Masalah utama yang teridentifikasi meliputi faktor sumber daya manusia (*man*), seperti ketidaklengkapan pengisian resume medis oleh DPJP dan tidak tersedianya berkas penunjang, serta masalah teknis (*machine*) berupa gangguan jaringan dan keterbatasan alat cetak. Pada faktor (*method*) dilihat dari adanya arahan atau pedoman dan ketersediaan SPO klaim yang mempermudah petugas dalam melakukan pekerjaannya.

Kendala operasional yang berulang pada proses klaim COB di RS Rizani dapat berdampak pada *cash flow* rumah sakit dan kepuasan pasien. Mengingat pentingnya optimalisasi mekanisme COB sebagai jembatan antara jaminan sosial dan asuransi komersial, serta belum adanya penelitian spesifik terkait hal ini di RS Rizani, maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengajuan klaim rawat inap COB JKN dan Asuransi Mandiri *InHealth* di Rumah Sakit Rizani Probolinggo.

2. METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Rizani Probolinggo dan dilaksanakan pada bulan Januari 2025 – Februari 2025. Populasi dalam penelitian ini adalah petugas *casemix* dan admisi di Rumah Sakit Rizani Probolinggo. Informan dan sampel dalam penelitian ini adalah orang yang terlibat dan memiliki pengetahuan dalam proses Pengajuan Klaim rawat inap COB JKN dan Asuransi Mandiri *InHealth* di Rumah Sakit Rizani Probolinggo. Metode pemilihan informan dalam penelitian ini yaitu menggunakan teknik *purposive sampling*. Informan dalam penelitian ini berjumlah 6 orang meliputi petugas yang terlibat langsung dalam proses klaim COB. Data primer

dalam penelitian ini adalah hasil wawancara pada informan dengan bantuan pedoman wawancara, alat perekam suara, dan alat tulis. Data sekunder pada penelitian ini berupa data yang diperoleh dari berbagai jurnal ilmiah, artikel ilmiah, *Standar Procedure Operating* (SPO) terkait klaim, undang – undang dan peraturan pemerintah yang mengatur tentang JKN dan koordinasi Manfaat. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan dokumentasi dan wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara, yang memberikan garis besar masalah secara sistematis dengan bantuan alat perekam suara di ponsel. Teknik analisis data yang digunakan yaitu pendekatan tematik melalui tahapan pengumpulan data, reduksi data, penyajian data dan pengambilan kesimpulan.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

INPUT

Aspek Man

Hasil penelitian yang didapatkan pada aspek *Man* menunjukkan SDM pada pengajuan klaim rawat inap COB JKN dan Asuransi Mandiri *InHealth* di RS Rizani rata – rata memiliki masa kerja lebih dari 1 tahun dan memiliki latar belakang pendidikan di bidang kesehatan dan non kesehatan. SDM yang terlibat dalam pengajuan klaim sebagian telah mengikuti pelatihan untuk meningkatkan *soft skill* dalam bekerja. Kemudian, dalam proses pengajuan klaim juga melibatkan beberapa unit rumah sakit yang meliputi IGD, Poli, Admisi, Rawat Inap, Casemix, Asuransi, kasir, dan unit penunjang medis.

Hal ini disampaikan oleh informan yaitu :

“Kualifikasi yang dibutuhkan ada yang mengkhususkan untuk di pendidikan asuransi kesehatan dan ada juga yang berpendidikan di rekam medis.....”. (**Informan 4**)

“Bulan juli 2024 kita belajar ke rumah sakit yang ada di Tangerang..... dan pernah mengikuti pelatihan casemix di Surabaya”. (**Informan 1**)

“Pasien masuk rumah sakit melalui IGD atau dari poli (unit IGD dan Poli), pasien diarahkan mendaftar rawat inap (unit admisi), lalu pasien ditransfer ke ruangan ranap (unit rawat inap), lalu pasien KRS bisa ke kasir, berkas masuk ke casemix”. (**Informan 1**)

Penelitian menunjukkan bahwa kompetensi petugas casemix memiliki peran krusial dalam akurasi pengkodean klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Studi Fauzan & Arnawilis (2022) di Rumah Sakit PMC menemukan bahwa, meskipun hanya sebagian kecil (1 dari 5) petugas casemix yang telah mengikuti pelatihan pengkodean diagnosis JKN, pengalaman kerja yang memadai (lebih dari setahun) pada sebagian besar petugas (2 dari 5) menjadi kontributor signifikan terhadap akurasi klaim (4). Temuan ini didukung oleh penelitian umum dari Taslim & Meliala (2024), yang menyoroti adanya kekurangan pelatihan berkelanjutan bagi banyak petugas sejak awal masa kerja, sehingga mengindikasikan adanya kebutuhan mendesak untuk program peningkatan kompetensi secara terus-menerus(5).

Dalam konteks prosedur pelayanan Coordination of Benefit (COB) dan klaim secara umum, prosesnya melibatkan kolaborasi antar berbagai unit di rumah sakit. Hal ini konsisten dengan beberapa penelitian yang telah dilakukan. Rizal dkk. (2016) dalam studinya di RS Roemani Muhammadiyah mengidentifikasi unit-unit seperti bagian pendaftaran pasien, keuangan, unit pelayanan asuransi, dan keperawatan IGD sebagai pihak yang terlibat langsung dalam prosedur COB(6). Kesimpulan ini diperkuat oleh penelitian Syahputri dkk. (2024), yang turut menyebutkan bahwa unit pendaftaran, IGD, casemix, keuangan, dan rekam medis adalah unit yang berperan aktif dan wajib berkoordinasi dalam keseluruhan proses klaim rumah sakit(7).

Aspek Machine

Berdasarkan hasil wawancara di RS Rizani, proses pengajuan klaim rawat inap pasien JKN didukung oleh kombinasi aplikasi eksternal dan internal. Untuk mendukung efisiensi proses internal rumah sakit. Hal ini berdasarkan pernyataan informan :

“..... untuk melihat resume berkas penunjang menggunakan Evomedis, lalu sekarang ada namanya Casemix Apps untuk melihat terkait dengan resume pasien rawat jalan”. **(Informan 4)**

“.....kami menggunakan dua aplikasi jadi aplikasi untuk pelayanan jasa dan tindakan lalu ada juga aplikasi untuk pelayanan obat, namanya Pelkes Online dan Simo.....”. **(Informan 6)**

Dalam penerapan klaim COB JKN dan Asuransi Mandiri *InHealth* di RS Rizani didukung oleh berbagai aplikasi unggulan. Dari pihak BPJS Kesehatan, V-Klaim mempermudah proses pendaftaran *online*, penerbitan SEP, dan pengiriman data klaim berkat struktur menu yang jelas, sedangkan E-Klaim berfungsi untuk menginput diagnosis, tindakan, dan menampilkan perkiraan biaya. Internal RS Rizani mengandalkan Evomedis dan *Casemix Apps* untuk mempermudah akses dan pengunduhan *resume* medis serta berkas penunjang. Sementara itu, aplikasi Mandiri *InHealth*, yaitu Pelkes *Online* dan Simo, menawarkan keunggulan dalam memonitoring klaim secara efektif dan efisien, dilengkapi dengan notifikasi *benefit* pasien yang sangat mendukung kelancaran pelayanan.

Meskipun didukung aplikasi canggih, terdapat kendala dalam proses pengajuan klaim. Petugas *casemix* menghadapi masalah pada aplikasi BPJS Kesehatan, seperti lamanya waktu tunggu saat pengajuan klaim melalui V-Klaim, dan kurang efisiennya menu pada aplikasi internal untuk mengunduh banyak berkas sekaligus. Kendala serupa juga dialami petugas asuransi saat mengajukan klaim ke Mandiri *InHealth*, di mana klaim sering tertahan karena penambahan poli, tindakan, obat, atau alat kesehatan yang belum diadendumkan (disetujui) oleh pihak asuransi. Masalah teknis juga terjadi, seperti aplikasi Pelkes *Online* yang sering terkunci dan koneksi jaringan yang tidak stabil.

“Kendalanya untuk pengajuan di V-Klaim setelah txt dan upload di V-Klaim harus masih menunggu 1 – 2 x24 jam baru bisa di cek data yang tidak sesuai.....”. **(Informan 1)**

“Untuk aplikasi Pelkes, akun sering terkunci sehingga butuh waktu untuk konfirmasi ke tim Asuransi.....”. **(Informan 5)**

“.....ketika memproses sesuatu pada aplikasi dengan kondisi jaringan internet tidak stabil akan mempengaruhi di hasilnya.....”. **(Informan 6)**

Hasil penelitian yang didapatkan pada aspek *Machine* menunjukkan bahwa proses pengajuan klaim rawat inap *Coordination of Benefit (COB)* JKN dan Asuransi Mandiri *InHealth* di RS Rizani didukung oleh berbagai aplikasi. Aplikasi internal yang digunakan meliputi Evomedis dan *Casemix Apps*, sementara aplikasi eksternal mencakup Pelkes *Online*, Simo, E-Klaim, dan V-Klaim.

pergeseran menuju efisiensi digital, sejalan dengan temuan Ramadanis dkk. (2024) yang mengidentifikasi penggunaan berbagai aplikasi klaim seperti INA CBG's dan V-Klaim(8). Inovasi ini juga tercermin dari pengembangan aplikasi internal pendaftaran *online* di RSUD Dr. Sardjito (Septian, 2021) dan pengembangan Evomedis serta *Casemix Apps* di RS Rizani, yang bertujuan mempermudah akses dan pengunduhan berkas penunjang klaim(9). Namun, implementasi digital ini sering terhambat oleh kendala teknis, seperti *error* saat pengajuan, kegagalan pengiriman data akibat jaringan internet yang tidak stabil, atau kesulitan akses sistem (5). Meskipun demikian, kendala teknis tersebut umumnya dapat segera diatasi dengan melibatkan petugas SIMRS (10).

Aspek Method

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan di RS Rizani, diketahui bahwa SPO untuk pengajuan klaim COB JKN dan Asuransi Mandiri *InHealth* belum tersedia. Meskipun demikian, rumah sakit memiliki SPO umum untuk penagihan klaim COB yang berlaku untuk seluruh jenis asuransi, serta SPO yang mengatur alur pasien masuk, persyaratan pasien asuransi, prosedur pemulangan pasien, pengajuan klaim pasien asuransi, dan penyimpanan arsip klaim. Hal berdasarkan pernyataan informan :

"Kalau di RS Rizani ada, untuk SPO mengenai pengajuan klaim pasien rawat inap COB semua asuransi, SPO nya disini ada 5, yang pertama itu SPO alur pasien masuk, kemudian ada SPO persyaratan pasien asuransi, kemudian ada SPO prosedur pemulangan pasien, ada juga SPO pengajuan klaim pasien asuransi, dan kemudian ada SPO penyimpanan arsip klaim". (Informan 3)

Ketentuan dan Pedoman dari sisi Mandiri *InHealth*, terdapat ketentuan umum yang harus dipatuhi oleh rumah sakit, termasuk kelengkapan dan digitalisasi berkas klaim dengan batas waktu pengajuan maksimal 90 hari. Selain itu, meskipun terdapat pedoman umum verifikasi klaim COB dari kantor pusat, implementasi detail COB diserahkan kepada kantor wilayah untuk disesuaikan dengan kondisi lokal.

.....untuk pengajuan klaimnya sendiri maksimal tidak lebih dari 90 hari, hanya terkait dengan administrasi berkas". (Informan 6)

"Pedoman secara umum dari kantor pusat itu ada dan COB ini diserahkan ke masing – masing wilayah karena kondisi di daerah berbeda-beda,". (Informan 6)

Selain pengetahuan adanya SPO, Petugas RS Rizani harus memahami SPO dengan baik. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan :

"Untuk SPO semua sudah paham. SPO itu adalah acuan kita dalam memberikan pelayanan. Jika ada yang tidak sesuai, SPO akan direview untuk memudahkan petugas dalam memberikan pelayanan sesuai dengan kondisi lapangan". (Informan 5)

Di RS Rizani, pengetahuan petugas mengenai Standar Prosedur Operasional (SPO) dipastikan melalui sosialisasi rutin mingguan, yang berfungsi sebagai acuan utama pelayanan dan dievaluasi secara berkala untuk penyesuaian operasional. Meskipun demikian, RS Rizani secara spesifik belum memiliki SPO khusus untuk pengajuan klaim COB JKN dan Asuransi Mandiri *InHealth*, sehingga mengacu pada SPO umum pengajuan klaim COB yang berlaku untuk semua asuransi, serta SPO terkait alur pasien dan pengarsipan.

Sementara itu, Asuransi Mandiri *InHealth* memberikan pedoman verifikasi klaim COB umum dari kantor pusat, namun detail implementasinya diatur melalui adendum atau perjanjian kerja sama di tingkat regional. Tantangan dalam implementasi SPO ini sejalan dengan penelitian lain Maimun dkk., (2024) yang juga menemukan adanya kekurangan SPO khusus, seperti belum adanya pemisahan SPO klaim rawat jalan dan rawat inap secara jelas, menunjukkan bahwa standardisasi prosedur klaim masih menjadi isu di beberapa rumah sakit(11).

PROSES

Persyaratan Dokumen Klaim Pasien Rawat Inap COB JKN dan Mandiri *InHealth*

Berdasarkan hasil wawancara, dalam pelaksanaan alur pengajuan klaim COB JKN dan Mandiri *InHealth* terdapat syarat yang harus dipenuhi dalam pengajuan ke BPJS Kesehatan. Hal ini didukung oleh pernyataan informan :

"Kalau dokumennya ada SEP, billing, kelengkapan rekam medis, form MRS, cara masuknya pasien, resume, assesmen IGD, apabila ada tindakan atau operasi biasanya dilampirkan, kemudian penunjang baik itu laboratorium, radiologi atau EKG.....". (Informan 1)

*"Kelengkapannya di sini untuk Mandiri *InHealth* menggunakan SJP atau surat jaminan pemeriksaan.... untuk tagihan asuransi itu ada invoice, SPT, dan kwitansi, persyaratan harus lengkap seperti penunjang LAB, radiologi, resume medis dengan meminjam berkas ke RM,". (Informan 3)*

Hasil penelitian pada unsur Proses menunjukkan bahwa pengajuan klaim rawat inap di RS Rizani memiliki persyaratan berbeda untuk tiap penjamin. Untuk klaim ke BPJS Kesehatan, berkas yang dibutuhkan meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), *billing*, dan kelengkapan rekam medis seperti formulir MRS, cara masuk, resume, asesmen IGD, laporan tindakan/operasi, serta hasil penunjang. Sementara itu, untuk klaim ke Asuransi Mandiri *InHealth*, persyaratannya mencakup

Surat Jaminan Pemeriksaan (SJP), kartu anggota asuransi, *billing*, resume medis, hasil penunjang, laporan operasi (jika ada), serta status pasien harus *discharge* dan tagihan sudah terinput.

Mekanisme pemberkasan klaim di RS Rizani ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Manaida dkk (2017) tentang Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado menyatakan bahwa berkas pendukung pasien mencakup SEP, surat perintah rawat inap, *resume* medis, bukti penunjang seperti laporan operasi, protokol terapi, jadwal pemberian obat dan *billing*(12). Penelitian ini juga diperkuat oleh penelitian Amalia dkk (2023) yang mengemukakan bahwa pengajuan klaim rawat inap memerlukan beberapa berkas esensial, antara lain surat perintah rawat inap, SEP, resume pasien keluar, *billing*, dan hasil penunjang medis(13).

Alur Pengajuan Klaim Rawat Inap COB JKN dan Asuransi Mandiri *InHealth*



Sumber : Modifikasi alur Taslim & Meliala, (2024) dan hasil penelitian di RS Rizani

Gambar 1 Alur Pengajuan Klaim Rawat Inap COB JKN dan Asuransi Mandiri *InHealth*

Proses pengajuan klaim rawat inap COB JKN dan Asuransi Mandiri *InHealth* memiliki dua alur, yaitu pengajuan pada Asuransi Mandiri *InHealth* dan BPJS Kesehatan. Berikut penjelasan dari informan :

“Awal pasien masuk RS melalui IGD atau melalui poli, kemudian pasien diarahkan untuk mendaftar rawat inap pada bagian admisi, setelah itu pasien ditransfer ke ruangan rawat inap, setelah mendapat perawatan, pasiennya KRS bisa ke kasir, lalu untuk berkasnya diambil oleh tim penjamin baik dari BPJS ataupun dari asuransi”. **(Informan 1)**

“Jadi awal ada berkas masuk dari kasir kita tambahkan atau lengkapi dahulu sebelum rekap, kemudian baru dilakukan scan untuk arsip, untuk tagihan asuransi itu ada invoice, SPT, dan kwitansi, setelah itu kita perlu masuk ke websitenya atau aplikasi dari MI, untuk pengajuan klaim Mandiri”

untuk yang klaim keperawatan menggunakan Pelkes selanjutnya lanjut yang di Simo untuk pengajuan FPK terkait obat dan alkes". **(Informan 3)**

Proses verifikasi klaim rawat inap di RS Rizani dimulai dengan pemberkasan oleh tim *casemix* dan asuransi, menyatukan *billing* dengan berkas rawat inap. Kemudian, *billing* diperiksa dan dikodekan oleh koder, yang berdiskusi dan berkonsultasi dengan DPJP atau dokter spesialis jika terdapat ketidaktepatan diagnosis. Setelah verifikasi internal, klaim diajukan ke BPJS Kesehatan. Sementara itu, untuk Asuransi Mandiri *InHealth*, berkas lengkap di-*scan* untuk pengarsipan, lalu dibuatkan *invoice* terpisah (biaya keperawatan via aplikasi Pelkes, obat/alkes via Simo), SPT, kuitansi, dan FPK. Setelah semua berkas penunjang dan resume medis lengkap, tagihan dibuat dan berkas *hardcopy* tertentu (*invoice*, rekapan, surat pengajuan, kuitansi) dikirimkan ke Kantor Layanan Mandiri *InHealth* Wilayah Jember.

Dalam pengajuan klaim ke Asuransi Mandiri *InHealth* terdapat jangka waktu pengeklaiman yang telah di tentukan. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan :

"Dari RS seahryasnya 1 bulan 1 kali, kemudian dari Mandiri *InHealth* jangka penagihannya itu selama 3 bulan, kalau lebih dari 3 bulan biasanya sudah tidak bisa diklaimkan, jadi masuk kerugian rumah sakit". **(Informan 3)**

Kemudian untuk pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan, setelah proses verifikasi berkas selesai, dilakukan peminjaman dokumen rekam medis untuk keperluan penginputan diagnosis dan tindakan di aplikasi E-Klaim dan pengajuan TXT melalui aplikasi V-Klaim dengan pengajuan kolektif 1 bulan. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan :

"..... untuk penagihan kita inputkan di aplikasi E-Klaim Ina CBG's, karena pengajuannya kolektif 1 bulan, baru upload txt di V-Klaim". **(Informan 1)**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Proses pengajuan klaim rawat inap *Coordination of Benefit* (COB) JKN dan Asuransi Mandiri *InHealth* di RS Rizani memiliki dua alur terpisah, dimulai dari pasien masuk melalui IGD atau poliklinik, pendaftaran rawat inap, hingga perawatan. Setelah pulang (KRS), pasien atau keluarga menuju kasir untuk administrasi, kemudian berkas diambil oleh tim penjamin. Untuk pengajuan ke BPJS Kesehatan, prosesnya meliputi pemberkasan oleh *casemix*, pemeriksaan *billing*, pengodean diagnosis oleh koder, *scan* berkas, verifikasi internal, pengumpulan berkas bulanan, validasi dan pengajuan klaim via V-Klaim setiap tanggal 10 bulan berikutnya oleh kabag penjaminan, dan pengiriman berkas *scan* secara *online* melalui *Google Drive* BPJS Kesehatan.

Sementara itu, pengajuan klaim ke Asuransi Mandiri *InHealth* dimulai dengan penerimaan dan pemberkasan oleh tim asuransi, dilanjutkan dengan *scan* berkas untuk pengarsipan. Biaya diinput terpisah di aplikasi Pelkes (keperawatan dan diagnosis) dan Simo (obat dan alkes), lalu dibuat *invoice* terpisah. Tahap selanjutnya adalah pembuatan SPT, kuitansi, dan FPK, serta memastikan kelengkapan berkas penunjang dan resume medis sebelum membuat tagihan. Beberapa berkas seperti surat pengajuan, *invoice*, rekapan, dan kuitansi kemudian dikirimkan dalam bentuk *hardcopy* ke Kantor Layanan Mandiri *InHealth* Wilayah Jember. Jangka waktu pengeklaiman untuk Mandiri *InHealth* adalah tiga bulan.

Proses pengajuan klaim rawat inap sejalan dengan prosedur di RS Rizani sejalan dengan penelitian Winarti & Sukmawati (2022), menyatakan bahwa setelah pasien pulang dan administrasi selesai, petugas ruang rawat inap memindai dan mengunggah berkas persyaratan klaim ke Nextcloud(10). Koder rawat inap bertugas mengkode diagnosis dan tindakan pada resume medis menggunakan ICD 10 dan ICD 9. Berkas yang telah dikode kemudian diverifikasi kelengkapannya oleh petugas klaim tahap satu, diinput ke Aplikasi E-Klaim INA-CBGs untuk menghasilkan Laporan Individual Pasien (LIP), dan diverifikasi internal oleh petugas *manage care*. Di akhir periode, proses *closing* dilakukan dengan mengunduh rekap pengiriman klaim (Excel) dan dokumen TXT dari E-

Klaim untuk *crosscheck* kelengkapan berkas, sebelum akhirnya dokumen TXT diunggah ke Aplikasi V-Klaim.

Verifikasi Berkas Oleh Mandiri *InHealth*

Berkas yang diajukan oleh RS Rizani kepada Asuransi Mandiri *InHealth* akan diverifikasi oleh tim verifikator asuransi. Apabila dalam verifikasi ditemukan berkas klaim yang tidak memenuhi persyaratan, sistem akan memunculkan konfirmasi telaah klaim yang dikirimkan ke PRO dan diteruskan ke rumah sakit. Rumah sakit memiliki kesempatan untuk memberikan tanggapan, menjelaskan kesesuaian klaim dengan ketentuan. Jika klaim terbukti tidak sesuai, biaya akan menjadi beban rumah sakit. Namun, jika rumah sakit dapat memberikan alasan atau bukti kuat, telaah klaim tersebut dapat dibatalkan. Hal ini didukung oleh pernyataan informan :

"Jadi apabila memang ada yang tidak sesuai nanti akan muncul konfirmasi telaah klaim, dari PRO akan meneruskan ke rumah sakit dan dari rumah sakit nanti akan memberikan feedback apakah memang klaim ini benar – benar sesuai dengan ketentuan atau tidak...". (Informan 6)

standar waktu yang diharapkan oleh pihak Asuransi Mandiri *InHealth* bagi rumah sakit untuk memberikan konfirmasi atau mengirimkan kembali berkas klaim yang *pending* adalah maksimal 3 hari. Meskipun demikian, pihak asuransi memahami adanya potensi keterlambatan akibat beban kerja rumah sakit, yang terkadang bisa melebihi 3 hari hingga mencapai satu minggu atau lebih.

Hasil penelitian yang didapatkan adalah Tim verifikator Asuransi Mandiri *InHealth* memverifikasi berkas klaim dari RS Rizani. Jika klaim tidak memenuhi syarat, sistem akan mengirimkan konfirmasi telaah klaim ke RS Rizani untuk ditanggapi. Apabila terbukti tidak sesuai, biaya akan menjadi beban rumah sakit, kecuali RS dapat memberikan bukti kuat.

Sesuai SPO, klaim yang diajukan sebelum tanggal 10 seharusnya terverifikasi dan terbayar pada akhir bulan yang sama (setelah tanggal 23). Namun, adanya sanggahan atau konfirmasi telaah dari Mandiri *InHealth* dapat menunda proses pembayaran. Mandiri *InHealth* mengharapkan RS untuk menanggapi klaim tertunda dalam 3 hari, meskipun mereka memahami adanya potensi keterlambatan hingga lebih dari seminggu karena beban kerja RS. Tujuannya agar klaim segera diselesaikan untuk menghindari beban *outstanding* pada catatan keuangan asuransi.

Proses klaim asuransi perlu mencerminkan prinsip transparansi dan akuntabilitas, di mana digitalisasi verifikasi terbukti mampu meningkatkan efisiensi dan mengurangi penolakan klaim akibat kesalahan administrative (14). Namun, keterlambatan pembayaran sering terjadi akibat koreksi, permintaan klarifikasi tambahan, atau ketidaksesuaian dokumen yang kemudian menimbulkan beban administrasi bagi rumah sakit dan masalah keuangan bagi asuransi karena akumulasi klaim yang belum terselesaikan(15). Kondisi ini menunjukkan adanya tantangan manajemen kapasitas dan komunikasi, di mana keterbatasan sumber daya dan padatnya sistem kerja menciptakan hambatan (*bottleneck*) dalam proses klaim(16). Oleh karena itu, penguatan koordinasi dan efisiensi proses sangat krusial untuk mempercepat penyelesaian klaim dan menjaga stabilitas finansial kedua pihak.

Permasalahan Pengajuan Klaim COB JKN dan Mandiri *InHealth*

Dalam proses pengajuan klaim COB JKN dan Mandiri *InHealth*, terdapat beberapa hambatan yang dihadapi oleh petugas. Hal ini disampaikan oleh informan :

*"Biasanya klaim pending perlu konfirmasi diagnosa dari DPJP, kalau dari Mandiri *InHealth* apabila di billing itu ada obat yang harusnya tidak di tagihan maka sama Asuransi Mandiri *InHealth* di kembalikan, dan harusnya menjadi iur pasien". (Informan 1)*

"....kemudian saat ini yang di klaimkan ke BPJS juga tidak sebanding untuk nominalnya dengan apa yang sudah diberikan terapinya oleh kita, kemudian resume masuk yang lama,.... Akhirnya proses verifikasinya cepet – cepetan, jadi ada yang kelewat". (Informan 2)

Dari sudut pandang Asuransi Mandiri *InHealth* terdapat tantangan yang dihadapi dalam pengajuan klaim COB JKN dan Mandiri *InHealth*. Hal tersebut disampaikan oleh informan :

"Tantangan pertama yang paling melelahkan itu mengingatkan untuk selalu mengajukan klaim tepat waktu, kemudian tantangan yang kedua ada beberapa kondisi yang misalkan diaplikasi belum muncul itemnya, sehingga harus kembali lagi mengecek tarif persyaratan lalu melakukan aprovel untuk memasukkan item tersebut". (Informan 6)

Hasil penelitian yang didapatkan adalah dalam proses pengajuan klaim COB JKN dan Mandiri *InHealth*, petugas RS Rizani menghadapi beberapa hambatan. Klaim sering tertunda karena menunggu konfirmasi diagnosis DPJP, atau ditolak Mandiri *InHealth* jika obat/tindakan tidak sesuai formularium. Kendala lain meliputi keterlambatan penerimaan resume medis, aplikasi yang sering *reset*, serta nominal klaim BPJS yang tidak sebanding dengan terapi. Proses adendum untuk tindakan baru di Pelkes juga memakan waktu. Dari sisi Mandiri *InHealth*, tantangannya adalah memastikan rumah sakit mengajukan klaim tepat waktu dan mengatasi keterbatasan teknis aplikasi.

Keterlambatan dan penolakan proses klaim asuransi sebagian besar disebabkan oleh masalah internal di rumah sakit, terutama ketidaklengkapan dokumen medis seperti resume medis dan verifikasi DPJP, yang menjadi faktor dominan dalam 80% keterlambatan (17). Selain itu, ketidaksesuaian antara tindakan medis, rekam medis, dan standar layanan atau sistem penjamin merupakan penyebab utama klaim tertunda atau ditolak pada skema asuransi (15). Secara teknis, hambatan juga muncul dari gangguan pada sistem aplikasi klaim, ketidakstabilan sistem elektronik, serta ketidaksesuaian tarif INA-CBGs dengan biaya riil layanan (18), sehingga menuntut peningkatan kapasitas teknis, penyesuaian regulasi tarif, dan perbaikan sistem digital untuk efisiensi proses klaim.

OUTPUT

Kesesuaian SPO mengenai pengajuan klaim COB JKN dan Mandiri *InHealth* di Rs Rizani

Implementasi Standar Prosedur Operasional (SPO) untuk pengajuan klaim *Coordination of Benefit* (COB) JKN dan Mandiri *InHealth* di RS Rizani, meskipun berlaku untuk semua jenis asuransi, namun penerapannya belum berjalan optimal karena berbagai masalah yang sering muncul, seperti resume medis dan Surat Jaminan Pemeriksaan (SJP) yang belum terisi saat pasien keluar, proses *pre-assessment* untuk tindakan bedah yang belum optimal, informasi baru yang terlambat menjelang operasi sehingga berpotensi menunda, serta upaya pengajuan klaim meski tidak sesuai SPO dengan alasan pelayanan sudah diberikan.

Dalam upaya untuk mengatasi potensi ketidaksesuaian antara SPO dengan tingkat pemahaman petugas di berbagai unit, Rumah Sakit Rizani menerapkan mekanisme sosialisasi rutin yang dilaksanakan dalam forum rapat koordinasi mingguan. Rapat ini secara khusus melibatkan seluruh kepala unit di rumah sakit, yang kemudian diharapkan dapat meneruskan informasi dan pemahaman yang sama kepada seluruh staf di bawah tanggung jawab mereka. Rumah Sakit Rizani juga melakukan evaluasi dan revisi secara berkala terhadap implementasi SPO di lapangan agar lebih relevan dan efektif dalam mendukung kelancaran operasional serta kualitas pelayanan.

Kelancaran proses klaim sangat terhambat oleh rendahnya tingkat kepatuhan petugas fasilitas kesehatan terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) dokumentasi medis, yang hanya mencapai 47,2% dan dipengaruhi oleh pengalaman kerja, pendidikan, serta pemahaman prosedur (19). Ketidakepatuhan dan penerapan SOP yang tidak merata ini menjadi penghambat utama. Selain itu, pentingnya fasilitas *pre-assessment* yang kuat ditekankan, karena evaluasi *pre-operatif* yang lemah dapat meningkatkan potensi kesalahan klinis dan administratif, sehingga mempengaruhi tidak hanya keselamatan pasien tetapi juga kelancaran pengajuan klaim(20).

4. KESIMPULAN

Pengajuan klaim rawat inap *Coordination of Benefit* (COB) JKN dan Asuransi Mandiri InHealth di Rumah Sakit Rizani Probolinggo melibatkan serangkaian tahapan yang didukung oleh SDM dari latar belakang kesehatan dan non-kesehatan, serta berbagai aplikasi spesifik seperti E-Klaim, V-Klaim, Pelkes Online, Simo, dan aplikasi internal rumah sakit. Proses ini dimulai dari pendaftaran hingga verifikasi oleh tim *casemix* dan asuransi, dengan klaim JKN diajukan secara digital dan Mandiri InHealth melalui sistem *online* dan dokumen fisik. Meskipun RS Rizani belum memiliki Standar Operasional Prosedur (SPO) khusus COB JKN dan Mandiri InHealth (hanya SPO umum), implementasi SPO yang berlaku masih belum optimal karena menghadapi kendala seperti ketidaklengkapan berkas, SJP yang belum terisi, dan pelaksanaan *pre-assessment* bedah yang belum maksimal; namun, rumah sakit tetap mengajukan klaim tersebut sebagai bentuk tanggung jawab pelayanan. Oleh karena itu, disarankan penyusunan SOP khusus COB, peningkatan pelatihan SDM, serta penguatan koordinasi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Rumah Sakit Rizani, Kantor Layanan Mandiri InHealth Wilayah Jember dan informan yang bersedia membantu penelitian ini.

REFERENSI

1. Santiasih WA, Simanjorang A, Satria B. Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di DSUD Dr.Rm Djoelham Binjai. 2021;7(2).
2. Sabrie HY, Vandawati Z, Thalib P. The Implementation of Coordination of Benefit (COB) within Indonesian National Health Insurance System (BPJS Kesehatan): Dalam: Proceedings of the International Law Conference [Internet]. Kuala Lumpur, Indonesia: SCITEPRESS - Science and Technology Publications; 2018 [dikutip 5 Desember 2024]. hlm. 18-23. Tersedia pada: <https://www.scitepress.org/DigitalLibrary/Link.aspx?doi=10.5220/0010051000180023>
3. Dewi FM, Hidayat B. Analisis Praktik Koordinasi Manfaat (Coordination of Benefit) Layanan Rawat Inap di Indonesia. 2017;
4. Fauzan RA, Arnawilis A. Analisa Kompetensi Petugas Casemix Dengan Latar Belakang Pendidikan Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan Di Rumah Sakit PMC Tahun 2021. J Rekam Medis Med Rec J. 2022;2(1):13-26.
5. Taslim RKA, Meliala A. MEKANISME PENGAJUAN KLAIM BPJS DI RUMAH SAKIT UMUM SILOAM KUPANG. J Manaj Pelayanan Kesehat Indones J Health Serv Manag. 2024;27(2):68-74.
6. Rizal AD, Wigati PA, Suparwati A. Analisis Implementasi Prosedur Pelayanan Koordinasi Manfaat Di Rs Roemani Muhammadiyah. J Kesehat Masy. 2016;4.
7. Syahputri FA, Khairani K, Gurning FP. ANALISIS FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM X KOTA MEDAN. JKM J Kesehat Masy Cendekia Utama. 2024;12(3):339-55.
8. Ramadanis N, Yuliza WT, Gusrianti G. Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Rumah Sakit Pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Cabang X. JIK J ILMU Kesehat. 12 November 2024;8(2):394.
9. Septian E. Penerapan Sistem Pelayanan Aplikasi Pendaftaran Online di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta. Matra Pembaruan. 31 Mei 2021;5(1):53-64.
10. Winarti W, Sukmawati TD. Gambaran sistem pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS kesehatan di RSUD X Kabupaten Bandung: Description of the claim submitting system of BPJS inpatient at Hospital X in Bandung Regency. J Teras Kesehat. 2022;5(1):63-72.
11. Maimun N, Natassa J, Ulfa HM. PROSEDUR KLAIM BPJS KESEHATAN PASIEN RAWAT JALAN GUNA MENUNJANG PELAYANAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT. Al-Tamimi Kesmas J Ilmu Kesehat Masy J Public Health Sci. 2024;13(1):39-47.
12. Manaida RJ, Rumayar AA, Kandou GD. Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado. KESMAS J Kesehat Masy Univ Sam Ratulangi. 2017;6(3).

13. Amalia I, Fannya P, Viatiningsih W, Rumana NA. GAMBARAN PROSEDUR KLAIM PESERTA RAWAT INAP BPJS KESEHATAN DI RSPAD GATOT SUBROTO TAHUN 2022. *Cerdika J Ilm Indones*. 2023;3(4).
14. Adzakupah G, Dwomoh D. Impact of digital health technology on health insurance claims rejection rate in Ghana: a quasi-experimental study. *BMC Digit Health*. 2 Februari 2023;1(1):5.
15. Reni, Rindu, Rum MR. Faktor-Faktor Penyebab Tertundanya Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit X Kab. Tangerang Tahun 2024: Factors Causing Delay in Claims for National Health Insurance (JKN) of Inpatients at Hospital X, Tangerang Regency In 2024. *J Keperawatan Sumba JKS*. 6 Mei 2025;3(2):84–103.
16. Cahyo WH, Peristiowati Y. Analysis of Factors Affecting the Delay of Submission of Health BPJS Claims in Kertosono General Hospital. *J Qual Public Health*. 2022;5(2):680–6.
17. Nilasari T, Purwati WD, Pamungkas RA. Implementation Model of Timeliness of BPJS Claims Based on Penomenology Study. *J Health Sains*. 8 Februari 2023;4(2):44–55.
18. Purwitasari JE, Miharti R, Insani THN. Factors Causing Delay in Submitting BPJS Claim at Nur Hidayah Hospital. Dalam: Rosida L, Thar K, Gowan LM, Kenna LM, Pranolo A, Fitriahadi E, dkk., editor. *Proceedings of the 2022 'Aisyyah International Conference on Health and Medical Sciences (A-HMS 2022)* [Internet]. Dordrecht: Atlantis Press International BV; 2023 [dikutip 3 Juli 2025]. hlm. 113–7. (*Advances in Health Sciences Research*; vol. 62). Tersedia pada: https://www.atlantis-press.com/doi/10.2991/978-94-6463-190-6_15
19. Omoit DF, Otieno GO, Rucha KK. Measuring the Extent of Compliance to Standard Operating Procedures for Documentation of Medical Records by Healthcare Workers in Kenya. 2020;
20. Das M, Blightman K. Pre-assessment and pre-optimisation of the surgical patient. *Dig Med Res*. 2019;2.