



REAKTIVASI KLAIM BPJS SEBAGAI CERMINAN KUALITAS REKAM MEDIS ELEKTRONIK: STUDI DI RUMAH SAKIT TAHUN 2025

I Gusti Agung Ngurah Putra Pradnyantara^{1*}, Harinto Nur Seha², Nurul Dwi Andriani³

¹Prodi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, STIKES Wira Medika Bali

²Prodi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Permata Indonesia Yogyakarta

³Universitas Muhammadiyah Klaten

*email : gustipradnyantara1997@gmail.com

Keywords:

claim reactivation, BPJS, electronic medical records, data quality, healthcare quality.

ABSTRACT

BPJS claim reactivation is a process of resubmitting rejected claims due to discrepancies in medical record data and administrative requirements. In claim-based healthcare financing systems, the quality of Electronic Medical Records (EMR) plays a crucial role in determining the success of claim verification and reimbursement. A high reactivation rate may indicate underlying issues in the quality of clinical and administrative data recorded in EMR systems. This study aims to analyze BPJS claim reactivation as a reflection of EMR quality in a hospital in 2025. This study employed a quantitative approach with a descriptive-analytic design. The sample was determined using total sampling, consisting of 3,843 reactivation cases out of 11,299 submitted claims. Data were obtained from BPJS claim reports and the EMR system and analyzed descriptively.

The results showed that the reactivation rate reached 34% of total claims. The distribution of reactivation was fluctuating, with the highest number in February due to backlog accumulation and in October indicating actual issues in claim management. The high reactivation rate suggests that EMR quality is not yet optimal, particularly in terms of completeness, accuracy, and timeliness of data entry.

In conclusion, BPJS claim reactivation can be used as an indirect indicator to assess EMR quality. Therefore, efforts are needed to improve EMR quality through better documentation standards, enhanced staff competency, and optimization of health information systems.

Kata Kunci

Reaktivasi Klaim, BPJS, Rekam Medis Elektronik, Kualitas Data, Mutu Pelayanan

ABSTRAK

Reaktivasi klaim BPJS merupakan proses pengajuan kembali klaim yang ditolak akibat ketidaksesuaian data rekam medis dan administrasi. Tingginya angka reaktivasi dapat mencerminkan kualitas rekam medis elektronik (RME) di fasilitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis reaktivasi klaim BPJS sebagai cerminan kualitas RME di rumah sakit tahun 2025. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan



desain deskriptif analitik. Sampel penelitian menggunakan teknik total sampling dengan jumlah 3.843 kasus reaktivasi dari 11.299 pengajuan klaim. Data diperoleh dari laporan klaim BPJS dan sistem RME, kemudian dianalisis secara deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat reaktivasi klaim mencapai 34% dari total klaim. Distribusi reaktivasi bersifat fluktuatif, dengan jumlah tertinggi pada bulan Februari akibat backlog klaim dan bulan Oktober yang mencerminkan permasalahan aktual dalam pengelolaan klaim. Tingginya angka reaktivasi menunjukkan bahwa kualitas RME masih belum optimal, terutama pada aspek kelengkapan, akurasi, dan ketepatan waktu pengisian data. Simpulan penelitian ini adalah reaktivasi klaim BPJS dapat digunakan sebagai indikator tidak langsung dalam menilai kualitas RME. Oleh karena itu, diperlukan upaya peningkatan kualitas RME melalui perbaikan standar pengisian, peningkatan kompetensi petugas, serta optimalisasi sistem informasi kesehatan.

Korespondensi Penulis:

I Gusti Agung Ngurah Putra Pradnyantara
Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Program
Diploma Tiga, STIKES Wira Medika Bali
[9 Jl. Kecak 80239 Denpasar Utara Bali](#)

Telp: -

Email: gustipradnyantara1997@gmail.com

Submitted : 13-04-2026; Accepted : 27-04-2026;

Published : 01-Jun-2026



Copyright (c) 2024 The Author (s)

This article is distributed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0)

I. PENDAHULUAN

Perkembangan transformasi digital di bidang kesehatan mendorong implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang lebih efektif, efisien, dan terintegrasi. RME tidak hanya berfungsi sebagai media pencatatan klinis, tetapi juga menjadi komponen penting dalam proses administrasi pelayanan, termasuk dalam sistem pembiayaan kesehatan berbasis klaim seperti Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Kualitas data dalam RME sangat menentukan kelancaran proses klaim, karena seluruh informasi klinis dan administratif menjadi dasar verifikasi dan pembayaran layanan kesehatan.

Dalam praktiknya, masih sering ditemukan kendala dalam proses klaim BPJS, salah satunya adalah terjadinya penolakan klaim yang mengharuskan fasilitas pelayanan kesehatan melakukan reaktivasi klaim. Reaktivasi klaim merupakan proses pengaktifan kembali berkas klaim yang sebelumnya ditolak, untuk kemudian diperbaiki dan diajukan ulang. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh berbagai faktor, seperti ketidaklengkapan data rekam medis, ketidaktepatan koding diagnosis dan tindakan, inkonsistensi informasi klinis, serta kesalahan administratif lainnya. Tingginya angka reaktivasi klaim tidak hanya berdampak pada keterlambatan pembayaran, tetapi juga mencerminkan adanya permasalahan dalam kualitas pengelolaan rekam medis.

Kualitas RME menjadi isu krusial dalam menjamin keberhasilan sistem pembiayaan kesehatan. Rekam medis yang tidak lengkap, tidak akurat, atau tidak tepat waktu akan berimplikasi langsung terhadap validitas klaim yang diajukan [1]. Oleh karena itu, reaktivasi klaim BPJS dapat dipandang sebagai salah satu indikator tidak langsung dalam menilai kualitas rekam medis elektronik di suatu fasilitas pelayanan kesehatan. Semakin tinggi angka reaktivasi, semakin besar kemungkinan adanya ketidaksesuaian dalam pengisian dan pengelolaan RME [2].



Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa faktor utama penyebab penolakan klaim BPJS berkaitan erat dengan aspek mutu rekam medis, terutama pada kelengkapan dokumentasi klinis dan ketepatan coding [3]. Namun demikian, sebagian besar studi masih berfokus pada analisis faktor penyebab penolakan klaim, dan belum banyak yang secara eksplisit mengkaji reaktivasi klaim sebagai representasi kualitas RME secara komprehensif. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan penelitian yang perlu diisi, khususnya dalam konteks pemanfaatan data reaktivasi sebagai indikator evaluasi mutu rekam medis elektronik.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini menjadi penting untuk dilakukan guna menganalisis reaktivasi klaim BPJS sebagai cerminan kualitas rekam medis elektronik di rumah sakit. Dengan memanfaatkan data reaktivasi klaim tahun 2025, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran nyata mengenai kualitas pengelolaan RME serta mengidentifikasi area perbaikan yang diperlukan. Hasil penelitian ini diharapkan tidak hanya bermanfaat bagi peningkatan mutu rekam medis, tetapi juga mendukung efisiensi sistem pembiayaan kesehatan dan keberlanjutan pelayanan di fasilitas kesehatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain deskriptif analitik untuk menganalisis reaktivasi klaim BPJS sebagai cerminan kualitas rekam medis elektronik di rumah sakit. Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Daerah Denpasar Bali pada unit rekam medis dan bagian klaim BPJS dengan periode data yang dianalisis yaitu bulan Januari hingga Desember 2025, sedangkan proses pengambilan data dilakukan pada tahun 2026. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas klaim BPJS yang mengalami reaktivasi selama tahun 2025, dengan jumlah sebanyak 3.843 berkas. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling, sehingga seluruh populasi dijadikan sebagai sampel penelitian.

Variabel utama dalam penelitian ini adalah reaktivasi klaim BPJS, sedangkan kualitas rekam medis elektronik diukur melalui beberapa indikator, yaitu kelengkapan pengisian rekam medis, ketepatan coding diagnosis dan tindakan, kejelasan serta konsistensi diagnosis, dan ketepatan waktu pengisian rekam medis. Reaktivasi klaim BPJS didefinisikan sebagai proses pengajuan kembali klaim yang sebelumnya ditolak setelah dilakukan perbaikan terhadap dokumen rekam medis dan administrasi, sedangkan kualitas rekam medis elektronik merupakan tingkat kesesuaian rekam medis dalam memenuhi standar kelengkapan, akurasi, dan ketepatan waktu pencatatan data pasien.

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data kuantitatif yang bersumber dari data sekunder, yaitu laporan reaktivasi klaim BPJS dan data pada sistem rekam medis elektronik rumah sakit tahun 2025. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui studi dokumentasi dan penelusuran data pada sistem rekam medis elektronik, serta menggunakan lembar checklist untuk menilai kualitas rekam medis berdasarkan indikator yang telah ditentukan. Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan menghitung frekuensi dan persentase kejadian reaktivasi klaim, serta disajikan dalam bentuk tabel dan grafik untuk memberikan gambaran yang jelas. Selain itu, apabila tersedia variabel pembanding, analisis dapat dilanjutkan secara analitik menggunakan uji statistik seperti Chi-Square untuk melihat hubungan antara kualitas rekam medis dengan kejadian reaktivasi klaim BPJS.

Penelitian ini telah memperhatikan prinsip etika penelitian dengan menjaga kerahasiaan identitas pasien, menggunakan data hanya untuk kepentingan penelitian, serta memperoleh izin dari pihak rumah sakit terkait penggunaan data.



HASIL

Berdasarkan hasil pengumpulan dan pengolahan data, diperoleh gambaran mengenai jumlah pengajuan klaim dan reaktivasi klaim BPJS di rumah sakit selama tahun 2025.

1. Gambaran Pengajuan Klaim BPJS Tahun 2025

Total pengajuan klaim rawat inap selama tahun 2025 adalah sebanyak 11.299 klaim. Distribusi jumlah klaim per bulan menunjukkan variasi yang relatif fluktuatif. Jumlah pengajuan klaim tertinggi terjadi pada bulan Maret sebanyak 1.083 klaim, diikuti bulan Januari sebanyak 1.057 klaim, sedangkan jumlah terendah terjadi pada bulan September sebanyak 794 klaim. Secara umum, jumlah pengajuan klaim cenderung stabil dengan sedikit penurunan pada pertengahan hingga akhir tahun.

2. Gambaran Reaktivasi Klaim BPJS Tahun 2025

Total reaktivasi klaim BPJS selama tahun 2025 adalah sebanyak 3.843 kasus. Distribusi reaktivasi per bulan menunjukkan fluktuasi yang cukup signifikan. Jumlah reaktivasi tertinggi tercatat pada bulan Februari sebanyak 1.156 kasus. Namun demikian, tingginya angka tersebut disebabkan oleh adanya akumulasi data reaktivasi bulan Januari dan Februari akibat keterlambatan proses pengajuan klaim (backlog). Selain itu, bulan Oktober juga menunjukkan jumlah reaktivasi yang cukup tinggi yaitu sebanyak 539 kasus. Sementara itu, jumlah reaktivasi terendah terjadi pada bulan Agustus sebanyak 80 kasus.

3. Proporsi Reaktivasi terhadap Pengajuan Klaim

Hasil analisis menunjukkan bahwa tingkat reaktivasi klaim BPJS pada tahun 2025 mencapai sekitar 34% dari total pengajuan klaim. Hal ini menunjukkan bahwa lebih dari sepertiga klaim yang diajukan mengalami penolakan awal dan memerlukan proses perbaikan sebelum dapat diajukan kembali.

4. Perbandingan Tren Klaim dan Reaktivasi

Jika dibandingkan antara jumlah pengajuan klaim dan reaktivasi klaim, terlihat bahwa tidak selalu terdapat hubungan yang linier antara keduanya. Beberapa bulan dengan jumlah klaim yang tinggi tidak selalu diikuti oleh jumlah reaktivasi yang tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa kejadian reaktivasi tidak hanya dipengaruhi oleh volume klaim, tetapi juga oleh kualitas pengisian rekam medis elektronik dan ketepatan proses administrasi klaim.

Selain itu, adanya lonjakan reaktivasi pada bulan Februari yang disebabkan oleh backlog menunjukkan bahwa faktor sistem dan manajemen waktu pengajuan klaim juga turut memengaruhi tingginya angka reaktivasi. Dengan demikian, reaktivasi klaim BPJS tidak hanya mencerminkan kualitas rekam medis elektronik, tetapi juga mencerminkan efisiensi proses pengelolaan klaim di rumah sakit.

Tabel 1. Distribusi Pengajuan Klaim dan Reaktivasi Tahun 2025

Bulan	Pengajuan Klaim	Reaktivasi	Persentase Reaktivasi (%)
Januari	1057	439	41,5
Februari	1031	1156*	112,1
Maret	1083	376	34,7
April	958	233	24,3



Bulan	Pengajuan Klaim	Reaktivasi	Persentase Reaktivasi (%)
Mei	979	236	24,1
Juni	869	97	11,2
Juli	938	252	26,9
Agustus	845	80	9,5
September	794	234	29,5
Oktober	965	539	55,9
November	872	99	11,4
Desember	908	102	11,2
Total	11.299	3.843	34,0

Februari merupakan akumulasi Januari–Februari (backlog klaim), tren menunjukkan bahwa reaktivasi klaim tidak selalu sebanding dengan jumlah pengajuan klaim. Hal ini mengindikasikan bahwa kualitas rekam medis elektronik dan proses klaim memiliki pengaruh yang lebih dominan dibandingkan jumlah klaim itu sendiri.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa total reaktivasi klaim BPJS tahun 2025 mencapai 3.843 kasus dari total 11.299 pengajuan klaim, dengan tingkat reaktivasi sekitar 34%. Angka ini menunjukkan bahwa lebih dari sepertiga klaim yang diajukan mengalami penolakan awal dan memerlukan perbaikan. Kondisi ini mengindikasikan adanya permasalahan pada kualitas rekam medis elektronik maupun proses administrasi klaim di rumah sakit.

Secara teori, kualitas rekam medis elektronik sangat menentukan keberhasilan proses klaim BPJS, karena seluruh informasi klinis dan administratif menjadi dasar verifikasi klaim [4]. Ketidaklengkapan data, ketidaktepatan diagnosis, serta kesalahan koding merupakan faktor utama yang menyebabkan klaim ditolak. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa kelengkapan rekam medis dan ketepatan kode diagnosis menjadi faktor penting dalam persetujuan klaim BPJS. Dengan demikian, tingginya angka reaktivasi dalam penelitian ini dapat mencerminkan masih adanya ketidaksesuaian dalam pengisian rekam medis elektronik. [5]

Tingginya angka reaktivasi klaim BPJS dalam penelitian ini secara tidak langsung mencerminkan belum optimalnya kualitas rekam medis elektronik (RME) di rumah sakit. RME yang berkualitas seharusnya mampu menyediakan data yang lengkap, akurat, konsisten, dan terdokumentasi secara tepat waktu sehingga dapat mendukung proses klaim yang valid tanpa memerlukan perbaikan berulang [6]. Sebaliknya, tingginya kejadian reaktivasi menunjukkan adanya kelemahan dalam aspek pengisian dan pengelolaan RME, baik dari sisi kelengkapan data klinis, ketepatan koding, maupun integrasi informasi antar unit pelayanan

Selain itu, penelitian lain menunjukkan bahwa pengembalian atau penolakan klaim juga disebabkan oleh berbagai faktor seperti kurangnya integrasi sistem, [7] keterbatasan sumber daya manusia, serta kurangnya pelatihan petugas dalam pengelolaan klaim dan koding. Hal ini memperkuat temuan bahwa reaktivasi klaim tidak hanya dipengaruhi oleh kualitas rekam medis, tetapi juga oleh faktor sistem dan manajemen pelayanan. [8]

Jika dilihat dari distribusi per bulan, terdapat fluktuasi yang cukup signifikan, dengan puncak tertinggi pada bulan Februari. Namun, tingginya angka tersebut disebabkan oleh



adanya akumulasi data (backlog) dari bulan Januari dan Februari, sehingga tidak sepenuhnya mencerminkan kondisi kualitas rekam medis pada bulan tersebut. Fenomena backlog ini menunjukkan bahwa faktor manajemen waktu pengajuan klaim dan sistem administrasi juga berkontribusi terhadap tingginya angka reaktivasi.

Sementara itu, bulan Oktober juga menunjukkan angka reaktivasi yang cukup tinggi tanpa adanya backlog, sehingga dapat diasumsikan bahwa pada periode tersebut terjadi permasalahan nyata dalam kualitas rekam medis elektronik atau proses klaim. Sebaliknya, bulan dengan reaktivasi rendah seperti Agustus menunjukkan kemungkinan adanya perbaikan dalam kualitas pengisian rekam medis maupun proses verifikasi internal sebelum klaim diajukan.

Lebih lanjut, hasil penelitian ini juga sejalan dengan studi sebelumnya [9] yang menyatakan bahwa ketidaksesuaian kode diagnosis merupakan penyebab dominan pengembalian klaim BPJS, bahkan dapat mencapai hampir setengah dari kasus [10]. Hal ini menegaskan bahwa kompetensi koder dan ketepatan dokumentasi klinis menjadi aspek krusial dalam menurunkan angka reaktivasi.

Dengan demikian, reaktivasi klaim BPJS dalam penelitian ini dapat dipandang sebagai indikator tidak langsung dari kualitas rekam medis elektronik. Tingginya angka reaktivasi menunjukkan perlunya peningkatan mutu pada aspek kelengkapan, akurasi, dan ketepatan waktu pengisian rekam medis, serta optimalisasi sistem dan manajemen klaim di rumah sakit.

SIMPULAN

Total reaktivasi klaim BPJS tahun 2025 mencapai 3.843 kasus dari 11.299 klaim (34%), menunjukkan bahwa sebagian besar klaim masih memerlukan perbaikan sebelum diproses. Distribusi reaktivasi bersifat fluktuatif, dengan puncak pada bulan Februari akibat backlog dan bulan Oktober yang mencerminkan permasalahan aktual dalam proses klaim.

Secara keseluruhan, reaktivasi klaim BPJS dapat menjadi indikator kualitas rekam medis elektronik (RME). Tingginya angka reaktivasi menunjukkan bahwa kualitas RME masih perlu ditingkatkan, terutama pada aspek kelengkapan, akurasi, dan ketepatan waktu pengisian, serta didukung oleh perbaikan sistem dan manajemen klaim.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak Rumah Sakit yang telah memberikan izin dan dukungan dalam pelaksanaan penelitian ini, serta kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses pengumpulan dan pengolahan data

DAFTAR PUSTAKA

- [1] N. D. Andriani, R. B. Syahputri, N. N. Kusuma, and I. G. A. Ngurah, "Pro Health Jurnal Ilmiah Kesehatan Strategi Kebijakan Internal dalam Peningkatan Mutu Rumah Sakit : Systematic Literatur Review," vol. 8, no. 1, pp. 1–9, 2026.
- [2] P. S. Damayanti, I. M. S. Adiputra, I. G. Agung, and N. Putra, "Tantangan penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) berdasarkan regulasi Permenkes No . 24 Tahun 2022," vol. 9, no. 1, pp. 47–55, 2025.
- [3] I. G. Agung, N. Putra, and N. Faidah, "Assessment of Technology , Organization , and Environment Readiness for Integrated Hypertension Management Penilaian Kesiapan Teknologi , Organisasi , dan Lingkungan untuk Pengelolaan Hipertensi Terpadu," vol. 9, pp. 17–23, 2025.



- [4] I. G. Agung, N. Putra, H. N. Seha, and N. N. Kusuma, “Arah Masa Depan Rekam Medis Elektronik dalam Era Kesehatan Digital : Literature Review,” vol. 8, no. 2, pp. 235–241, 2025.
- [5] I. G. A. N. P. Pradnyantara, “Analisis Selisih Biaya Antara Tarif riil Rumah Sakit Dengan Tarif Ina-Cbgâ€™s Pada Kasus Sectio Caesarean Di Rumah Sakit Panti Nugroho,” *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 11, no. 2, pp. 91–95, 2023, doi: 10.33560/jmiki.v11i2.406.
- [6] I. G. Agung, N. Putra, and N. Faidah, “Analisis Kesiapan Penerapan Rekam Medis Elektronik Menggunakan Standar Community Clinic HER Readiness Assessment (CCERA) Pada Rumah Sakit Umum Denpasar Bali,” vol. 10, no. 1, pp. 100–108, 2025.
- [7] S. W. Medika, “OVERVIEW OF THE PERCENTAGE OF ACCURACY IN CODING PNEUMONIA DIAGNOSES BASED ON ICD-10 ACCORDING TO PNPk 2023 AT THE UDAYANA TYPE II HOSPITAL IN DENPASAR CITY GAMBARAN PERSENTASE KETEPATAN KODING DIAGNOSIS PNEUMONIA BERDASARKAN ICD-10 MENURUT PNPk 2023 DI RUMAH SAKIT TK . II UDAYANA KOTA DENPASAR,” vol. 2, no. 4, pp. 4452–4460, 2025.
- [8] H. N. Seha, S. C. Budi, A. Y. Noor, and I. G. Agung, “Validating ICD-10 Diagnosis Codes for Guillain- Barré Syndrome in Taiwan ’ s National Health Insurance Claims Database [Letter] Validating ICD-10 Diagnosis Codes for Guillain-Barré Syndrome in Taiwan ’ s National Health Insurance Claims Database [Letter],” vol. 1349, 2025, doi: 10.2147/CLEP.S492187.
- [9] S. A. Rahmi and T. A. Sidik, “Analisis Strategi Manajemen Klaim dalam Menekan Risiko Fraud Asuransi Kesehatan : Analisis Systematic Literature Review,” vol. 8, no. 2, pp. 104–111, 2025.
- [10] N. I. Rahayu, A. Arisa, M. N. A. Pratama, R. Adhani, and K. Kunci, “Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS di RS Militer Banjarmasin,” vol. 8, no. 2, pp. 142–150, 2025.