

Optimasi Kebijakan Tata Kelola Kode Diagnosis Guna Meminimalisir *Pending* Klaim BPJS Rumah Sakit X Kediri

Optimization of Diagnosis Code Governance Policy to Minimize Pending BPJS Claims at X Hospital Kediri

Indah Susilowati^{1*}, Silvia Ayu Anggraini², Agustinus Nugroho Pudji Lestarjo³, Agus Sulistiawan⁴, Safari Hasan⁵, Dadiék Sumardianto⁶, Florentina Joestandari⁷, Dyah Novi Wulandari⁸, Fida Rahmayanti⁹, Susi Yuliandari¹⁰.

¹⁻¹⁰Fakultas Teknologi dan Manajemen Kesehatan, Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri.
Jl. KH Wachid Hasyim 65 Kediri, Jawa Timur 64114

*Korespondensi : indah.susilowati@iik.ac.id

Abstract. Background: Pending BPJS Health claims due to diagnostic coding inaccuracies that violate Minister of Health Regulation No. 26/2021 threaten hospital financial stability. At Hospital X Kediri, 72 pending claims occurred in January 2024, demanding immediate intervention. **Purpose:** To review the applicable claim processing regulations at the hospital in order to reduce the number of pending BPJS Health claims. **Method:** This is a quantitative descriptive study at Hospital X in Kediri using an observational approach. Data were collected during the February–April 2024 period by examining medical records and claim reports from BPJS Health. **Results:** BPJS claim data for the February–April 2024 period at Hospital X in Kediri showed fluctuations in the number of pending claims that pose a risk to financial stability. The pending rate was recorded at 6% (68 files) in February, dropping to a low of 5% (58 files) in March, but surging to 7% (89 files) in April. The high rate of diagnostic code inaccuracies is the primary determinant causing claim processing obstacles that have the potential to systematically harm the hospital's cash flow. **Conclusion:** Hospital X in Kediri already has policies in the form of a Director's Decree and Standard Operating Procedures (SOPs) for Inpatient Claims for JKN Participants, but their implementation remains suboptimal. **Recommendation:** It is necessary to strengthen diagnosis code management by providing regular training to coders, conducting coding audits, improving communication between doctors and coders, and strengthening a continuous claim monitoring and evaluation system to reduce the number of delayed BPJS Health claims.

Keywords: BPJS, Diagnosis Code, Pending Claim, Hospital, Procedure

Abstrak. Latar Belakang: *Pending* klaim terjadi apabila hasil *grouping* kode tidak sesuai dalam aturan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman INA-CBG dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Pada Januari tahun 2024 terdapat 1.050 dokumen rekam medis, dengan *pending* klaim sebanyak 72 dokumen. Klaim BPJS Kesehatan yang belum diproses adalah masalah krusial dalam kestabilan keuangan rumah sakit dan memerlukan intervensi segera. **Tujuan:** Untuk meninjau aturan pelaksanaan klaim yang berlaku di rumah sakit agar bisa mengurangi jumlah *pending* klaim BPJS Kesehatan. **Metode:** Adalah penelitian deskriptif kuantitatif di Rumah Sakit X Kediri menggunakan pendekatan observasional. Data dikumpulkan selama periode Februari-April 2025 dengan cara memeriksa dokumen rekam medis dan laporan klaim dari BPJS Kesehatan. **Hasil:** Data klaim BPJS periode Februari–April 2025 di Rumah Sakit X Kediri menunjukkan fluktuasi angka *pending* yang berisiko pada stabilitas finansial. Tingkat *pending* tercatat sebesar 6% (68 Dokumen) pada Februari, menurun ke titik terendah 5% (58 Dokumen) pada Maret, namun melonjak hingga 7% (89 Dokumen) pada April. Tingginya angka ketidakakuratan kode diagnosis ini menjadi determinan utama penyebab hambatan klaim yang secara sistemik berpotensi merugikan arus kas rumah sakit. **Kesimpulannya:** Rumah sakit X Kediri sudah punya kebijakan yang berbentuk SK Direktur dan SOP untuk Klaim Rawat Inap bagi Peserta JKN, tetapi pelaksanaannya masih belum maksimal. **Saran:** Perlu memperkuat pengelolaan kode diagnosis dengan cara memberikan pelatihan rutin kepada petugas Coder, melakukan audit koding, meningkatkan komunikasi antara dokter dan petugas Coder, serta memperkuat sistem pemantauan dan evaluasi klaim secara berkelanjutan untuk mengurangi jumlah klaim BPJS Kesehatan yang tertunda. **Kata kunci:** BPJS, Kode Diagnosis, *Pending* Klaim, Rumah Sakit, Tata Kelola

Pendahuluan

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan bertujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam

ekosistem ini, Rumah Sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan sangat bergantung pada kelancaran siklus klaim untuk menjaga stabilitas arus kas (*cash flow*) operasional. Namun, fenomena *pending claim* atau penundaan pembayaran klaim masih menjadi tantangan besar yang dapat menghambat likuiditas keuangan rumah sakit¹.

Salah satu faktor determinan utama terjadinya *pending* klaim adalah ketidakakuratan dalam penentuan koding klinis. Berdasarkan data empiris, aspek koding menyumbang sekitar 79%–81% sebagai penyebab utama klaim tertunda dibandingkan dengan faktor administrasi atau medis lainnya². Ketidaktepatan pemilihan kode pada diagnosis utama dan sekunder yang sesuai dengan standar ICD-10 serta ICD-9-CM mengakibatkan ketidaksesuaian tarif INA-CBGs yang diajukan dengan hasil verifikasi BPJS Kesehatan³. Hasil dari penelitian sebelumnya, oleh Widaningtyas et.al. (2024) ditemukan dari 3.219 klaim diajukan pada Triwulan 4 tahun 2022, ada 176 (5,46%) klaim masih pending dalam pengajuan karena terdapat kesalahan pada aspek koding sebesar 68,18% yang meliputi tidak tepatnya karena ada kesalahan kode, reseleksi kode, dan kode ganda²⁸.

Di Rumah Sakit X Kediri, permasalahan serupa juga terjadi yang mengindikasikan adanya celah dalam alur pelaksanaan dan tata kelola kode diagnosis. Hasil telusur saat survei pada bulan Januari tahun 2024 terdapat 1.050 dokumen rekam medis pasien, dengan *pending* klaim sebanyak 72 dokumen rekam medis. Rincian dari ketidakakuratan ini dipicu oleh karena ketidaksesuaian pelaporan berita acara 18 dokumen rekam medis, ketidaksesuaian kodefikasi 25 dokumen rekam medis dan sebab administratif lainnya sebanyak 29 dokumen rekam medis. Penyebab terjadinya *pending* klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X Kediri yaitu aspek kodefikasi yang terbagi menjadi 2 yaitu terkait reseleksi kode diagnosa dan ketidaktepatan kode. Reseleksi kode diagnosis merupakan instrumen penting dalam validasi ulang untuk memastikan bahwa diagnosis yang dipilih benar-benar mencerminkan sumber daya terbanyak yang digunakan selama pelayanan pasien⁸. Adanya permasalahan *pending klaim* yang masih sering ditemukan, disebabkan oleh ketidaksesuaian antara dokumentasi klinis yang ditulis oleh dokter pada *resume* medis dengan interpretasi yang dilakukan oleh petugas *Coder*⁴. Adanya kejadian ini tentu membutuhkan koordinasi dari berbagai pihak agar permasalahan ini dapat di minimalisir dan atau dicegah sebelumnya.

Permasalahan *pending* klaim BPJS Kesehatan akibat ketidaksesuaian dokumentasi klinis dan kodefikasi diagnosis merupakan fenomena yang terjadi secara luas di berbagai rumah sakit di Indonesia. Saat ini, *Pending* klaim menjadi permasalahan serius karena dapat berdampak pada *cash flow* rumah sakit, memperlambat diproses pembayaran dari BPJS Kesehatan, dan juga menimbulkan beban kerja tambahan bagi petugas klaim dan verifikator⁵. Berdasarkan data BPJS Kesehatan tahun 2024, total pengajuan klaim pelayanan kesehatan mencapai Rp175,1 triliun, namun sekitar 3% atau setara Rp5 triliun di antaranya masih berstatus *pending* akibat permasalahan administratif dan teknis, dan menurut data yang berasal dari Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), rata-rata sekitar 15% dari klaim yang diajukan oleh rumah sakit setiap bulan mengalami status *pending*, melebihi ambang batas ideal sebesar 3%⁶. Penundaan pembayaran akibat *pending* klaim juga dapat menghambat biaya operasional rumah sakit, di antaranya pembelian obat, alat bahan kesehatan, sarana prasarana, serta berpengaruh pada pembayaran jasa tenaga kesehatan, sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dapat terganggu⁷.

Dengan melakukan optimasi pada tata kelola koding dan memperbaiki alur pengajuan klaim, rumah sakit diharapkan dapat meminimalisir risiko sengketa klaim (*claim dispute*) serta meningkatkan akuntabilitas laporan keuangan. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk meninjau aturan pelaksanaan klaim yang berlaku di rumah sakit sebagai upaya preventif dalam menekan angka *pending* klaim di Rumah Sakit X Kediri.

Metode

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode secara kuantitatif dengan pendekatan deskriptif melalui studi kasus di Rumah Sakit X Kediri. Pendekatan ini dipilih untuk mendapatkan gambaran mendalam mengenai fenomena *pending* klaim dan mengetahui efektivitas alur pelaksanaan pada tata kelola kode diagnosis yang sedang berjalan⁹. Penelitian ini difokuskan pada kesesuaian kode diagnosis pada kodefikasi penyakit dan implementasi kebijakan rumah sakit terkait klaim BPJS Kesehatan.

Tekhnik Sampling

Data dalam penelitian ini dicari dan dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu pemilihan subjek berdasarkan adanya kriteria tertentu yang sesuai dengan tujuan penelitian¹⁰ antara lain petugas rekam medis di bagian kodefikasi, petugas BPJS kesehatan dan Dokumen pending klaim rawat inap peserta JKN periode Feb–Apr 2025. Penetapan kriteria inklusi di tentukan dari dokumen rekam medis rawat inap peserta JKN/BPJS, dokumen yang mengalami pending klaim periode Februari–April 2025, dan dokumen yang sudah diverifikasi oleh BPJS Kesehatan. Selanjutnya Kriteria Eksklusi, yaitu dokumen tidak lengkap atau rusak, dokumen klaim non-BPJS, dokumen duplikasi

Teknik Pengumpulan Data

Data yang akan diteliti dikumpulkan melalui tiga metode utama guna mencapai triangulasi data:

1. **Observasi:** Melakukan pengamatan langsung terhadap alur pengajuan klaim, mulai dari *input* data di Rekam Medis Elektronik (RME) hingga proses *bridging* ke aplikasi *V-Claim*.
2. **Wawancara:** Tanya jawab secara mendalam kepada informan untuk menggali akar masalah ketidaktepatan kode diagnosis dan kendala kebijakan di Rumah Sakit X Kediri.
3. **Studi Dokumentasi:** Menganalisis laporan bulan Januari – April 2024 *pending klaim*, Dokumen klaim yang dikembalikan oleh BPJS, serta Standar Prosedur Operasional (SOP) koding yang berlaku⁴.

Analisis Data

Analisis data yang sudah terkumpul dilakukan secara interaktif dengan model Miles dan Huberman, yang meliputi tiga cara, antara lain dengan reduksi data (merangkum hasil wawancara dan observasi), penyajian data dalam bentuk tabel dan disajikan jumlahnya dalam bentuk angka dan persentase (%) serta penarikan kesimpulan (kesesuaian pada optimasi tata kelola untuk meminimalisir klaim tertunda)¹¹.

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit X Kediri mulai bulan Januari sampai Agustus Tahun 2025.

Hasil

Regulasi Tentang Klaim BPJS

Kebijakan tentang pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan pasien sudah tersedia dalam bentuk Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dan digunakan sebagai pedoman dalam kegiatan pelayanan pasien. Kebijakan tersebut menunjukkan komitmen rumah sakit dalam menerapkan tata kelola klaim yang sesuai standar INA-CBG's. Sebagai rumah sakit pemerintah kelas C regional tarif 1, tarif pelayanan yang mengacu pada paket INA-CBG's yang mencakup pelayanan medis dan non medis, dengan ketentuan penyesuaian apabila terjadi perubahan kelas rumah sakit melalui mekanisme kredensialing dan rekredensialing. Pengajuan tagihan klaim wajib menggunakan perangkat lunak INA-CBG yang sesuai dengan kelompok tarif dan regionalisasi yang ditetapkan, serta mencakup komponen pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis yang habis dipakai sebagai satu kesatuan paket pembiayaan. Adapun penggunaan obat di luar formularium nasional hanya

diperkenankan atas rekomendasi komite farmasi dan terapi dengan persetujuan komite medik atau direktur rumah sakit, sementara pelayanan obat penyakit kronis, obat kemoterapi, dan alat bantu kesehatan akan dibayarkan di luar paket INA-CBG sesuai ketentuan pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Selain itu, Rumah Sakit X Kediri telah memiliki Standar Prosedur Operasional (SOP) yaitu tentang SOP Klaim Rawat Inap Peserta JKN yang diterbitkan pada tahun 2024. SOP tersebut merupakan dokumen internal rumah sakit yang bertujuan untuk menstandarkan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan agar berjalan secara optimal sehingga pasien dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan serta visi dan misi rumah sakit. Secara garis besar, alur pelaksanaan klaim dimulai dari proses pendaftaran pasien di loket dengan verifikasi status kepesertaan BPJS melalui mekanisme *finger print* untuk penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), dilanjutkan dengan pengisian rekam medis oleh perawat ruangan pada Sistem Informasi Manajemen di Rumah Sakit (SIMRS), kemudian dilakukan pengecekan kelengkapan Dokumen oleh petugas *assembling* yang mencakup isian SOAP, *resume* medis, serta hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, dan USG.

Tahap selanjutnya dalam alur pengajuan klaim adalah proses pengkodean diagnosis oleh petugas *Coder* menggunakan aplikasi e-Klaim INA-CBG's dan SIMRS berdasarkan pedoman yang berlaku, yakni ICD-10 tahun 2010, ICD-9CM tahun 2010, berita acara kesepakatan BPJS tahun 2019, serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman INA-CBG's. Setelah proses pengkodean selesai, petugas Jaminan Kesehatan (JAMKES) melakukan verifikasi kelengkapan Dokumen klaim melalui aplikasi *M-Lite* dan mengajukan klaim secara daring melalui aplikasi *V-Claim* paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Hasil verifikasi BPJS dalam bentuk Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) diterbitkan paling lambat H+10 hari kerja sejak pengajuan klaim dinyatakan lengkap, di mana Dokumen yang berstatus *pending* wajib diproses kembali dan diajukan ulang dalam batas waktu maksimal enam bulan dengan prosedur yang sama seperti pengajuan klaim reguler.

Identifikasi Jumlah *Pending* Klaim BPJS

Hasil penelitian pada periode bulan Februari – April Tahun 2024 di Rumah Sakit X Kediri, berikut ini adalah gambaran besaran *pending* klaim, disampaikan pada tabel dibawah :

Tabel 1. Gambaran Besaran *Pending* Klaim

Bulan	Jumlah <i>Pending</i> Klaim	Jumlah Yang Lolos <i>Pending</i> Klaim	Total Jumlah Klaim
Februari	68 (6%)	1.023 (94%)	1.091
Maret	58 (5%)	1.213 (95%)	1.271
April	89 (7%)	1.150 (93%)	1.239
Jumlah	215 (6%)	3.386 (94%)	3.601

Sumber : Data Rumah Sakit X Kediri

Berdasarkan tabel 1. diatas, hasil analisis terhadap Dokumen rekam medis klaim BPJS Kesehatan pasien, ditemukan fluktuasi angka *pending* klaim selama periode Februari hingga April 2024. Pada bulan Februari 2024, dari 1.091 Dokumen yang diajukan, sebanyak 68 dokumen (6%) mengalami *pending* klaim dan 1.023 dokumen (94%) berhasil lolos pengajuan. Bulan Maret 2024 mencatatkan jumlah pengajuan tertinggi sebesar 1.271 Dokumen sekaligus tingkat *pending* **paling sedikit** sebanyak 58 dokumen (5%) dengan tingkat kelulusan klaim **tertinggi** sebanyak 1.213 dokumen (95%). Sebaliknya, pada bulan April 2024 terjadi angka *pending* **paling banyak** sebanyak 89 dokumen (7%) dari total 1.239 Dokumen yang diajukan, sementara Dokumen yang lolos pengajuan sebanyak 1.150 dokumen (93%) menjadi yang **terendah** dalam periode tersebut. Kondisi ini mengindikasikan bahwa ketidaklengkapan Dokumen rekam medis masih menjadi

tantangan dalam proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan yang berdampak pada kelancaran alur pembiayaan layanan kesehatan di rumah sakit.

Identifikasi *Pending* Klaim Pada Aspek Kodifikasi

Hasil penelitian pada periode bulan Februari – April Tahun 2024 di Rumah Sakit X Kediri, berikut ini adalah gambaran kesesuaian *pending* klaim karena ada permasalahan pada aspek kodifikasi, disampaikan pada tabel dibawah :

Tabel 2. Jumlah *Pending* Klaim Karena Aspek Kodifikasi

Bulan	Jumlah <i>Pending</i> Klaim Tidak Sesuai Kodifikasi	Jumlah <i>Pending</i> Klaim Sesuai Kodifikasi	Total Jumlah Klaim Pada Aspek Kodifikasi
Februari	3 (11%)	24 (89%)	27
Maret	2 (14%)	12 (86%)	14
April	3 (23%)	10 (77%)	13
Jumlah	8 (15%)	46 (85%)	54

Sumber : Data Rumah Sakit X Kediri

Berdasarkan data pada tabel 2. jumlah hasil identifikasi kesesuaian penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien periode Februari–April 2024 dari total jumlah klaim pada aspek kodifikasi yaitu sebanyak 54 dokumen, terdapat sejumlah 8 dokumen (15%) *pending* klaim tidak sesuai kodifikasi, dan ada 46 dokumen (85%) *pending* klaim sesuai kodifikasi. Bila di rincikan lagi, maka akan ditemukan adanya tren peningkatan ketidaksesuaian kaidah pengkodean diagnosis yang bersifat progresif dan perlu mendapat perhatian serius. Pada bulan Februari 2024, dari 27 dokumen yang ditelaah, sebanyak 3 dokumen (11%) dinyatakan tidak sesuai, sementara 24 dokumen (89%) telah memenuhi kaidah pengkodean dengan baik. Memasuki bulan Maret 2024, dari 14 dokumen yang ditelaah, proporsi ketidaksesuaian mengalami peningkatan menjadi 2 dokumen (14%), sedangkan dokumen yang sesuai tercatat sebanyak 12 dokumen (86%). Kondisi paling mengkhawatirkan terjadi pada bulan April 2024, di mana dari 13 dokumen yang ditelaah, ketidaksesuaian mencapai angka tertinggi sebanyak 3 dokumen (23%), sementara tingkat kesesuaian turun ke angka terendah selama periode penelitian yakni hanya sebanyak 10 Dokumen (77%). Meskipun secara absolut jumlah Dokumen yang tidak sesuai tergolong kecil, proporsinya terhadap total dokumen yang ditelaah menunjukkan kenaikan yang konsisten dan signifikan dari bulan ke bulan, sehingga tidak dapat diabaikan begitu saja. Tren negatif ini mengindikasikan bahwa ketidakakuratan dalam proses pengkodean diagnosis merupakan faktor dominan yang berkontribusi langsung terhadap meningkatnya angka *pending* klaim, yang pada akhirnya berpotensi menimbulkan kerugian finansial bagi rumah sakit. Oleh karena itu, diperlukan langkah-langkah strategis yang komprehensif berupa evaluasi kompetensi tenaga rekam medis, pelatihan pengkodean diagnosis secara berkala, serta pelaksanaan audit rekam medis yang terstruktur dan periodik guna mencegah perluasan permasalahan ini dan memastikan kelancaran proses klaim BPJS Kesehatan di masa mendatang.

Pembahasan

Regulasi Tentang Klaim BPJS

Kebijakan pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X Kediri telah tersedia dalam bentuk Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit yang dijadikan pedoman dalam kegiatan pelayanan pasien. Keberadaan kebijakan tersebut mencerminkan komitmen institusi dalam menerapkan tata kelola klaim yang sesuai dengan standar INA-CBG's. Hal ini sejalan dengan penelitian Fitriani dan Sugiarsi (2022) yang menyatakan bahwa ketersediaan regulasi internal berupa kebijakan dan prosedur tertulis merupakan fondasi utama dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan yang efektif dan akuntabel di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan¹². Sebagai rumah sakit pemerintah kelas C regional

tarif 1, penetapan tarif pelayanan mengacu pada paket INA-CBG's yang mencakup pelayanan medis dan nonmedis secara komprehensif, dengan ketentuan penyesuaian apabila terjadi perubahan kelas rumah sakit melalui mekanisme kredensialing dan rekredensialing. Pengajuan tagihan klaim wajib menggunakan perangkat lunak INA-CBG yang sesuai dengan kelompok tarif dan regionalisasi yang ditetapkan, mencakup komponen pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sebagai satu kesatuan paket pembiayaan. Adapun penggunaan obat di luar formularium nasional hanya diperkenankan atas rekomendasi komite farmasi dan terapi dengan persetujuan komite medik atau direktur rumah sakit, sementara pelayanan obat penyakit kronis, obat kemoterapi, dan alat bantu kesehatan yang dibayarkan di luar paket INA-CBG sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Ketentuan ini selaras dengan temuan Rahmawati dan Hariyanto (2023) yang menegaskan bahwa kepatuhan terhadap regulasi pembiayaan INA-CBG's berperan signifikan dalam menekan risiko klaim yang ditolak maupun *pending* oleh pihak BPJS Kesehatan³.

Selain kebijakan, Rumah Sakit Kediri telah memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang Klaim Rawat Inap Peserta JKN yang diterbitkan pada tahun 2024. SOP tersebut merupakan dokumen internal yang bertujuan menstandarkan proses pengajuan klaim agar berjalan secara optimal sehingga pasien memperoleh pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan serta visi dan misi rumah sakit. Menurut Oktaviani dan Pujiastuti (2022), ketersediaan SOP yang terstruktur dan mutakhir terbukti mampu mengurangi angka *pending* klaim secara signifikan karena seluruh petugas memiliki acuan yang jelas dalam setiap tahapan proses pengajuan klaim¹⁴.

Secara prosedural, alur pelaksanaan klaim dimulai dari pendaftaran pasien di loket dengan verifikasi status kepesertaan BPJS melalui mekanisme *finger print* untuk penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), dilanjutkan dengan pengisian rekam medis oleh perawat ruangan pada Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), kemudian dilakukan pengecekan kelengkapan Dokumen oleh petugas assembling yang mencakup isian SOAP, resume medis, serta hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, dan USG. Kelengkapan Dokumen pada tahap ini memegang peranan krusial, sebagaimana dikemukakan oleh Dewi dan Rokhman (2023) bahwa ketidaklengkapan dokumen rekam medis pada tahap *assembling* merupakan sumber penyebab utama tertundanya proses klaim di berbagai rumah sakit di Indonesia¹⁵.

Tahap selanjutnya adalah proses pengkodean diagnosis oleh petugas *Coder* menggunakan sistem aplikasi e-Klaim INA-CBG's dan SIMRS berdasarkan pedoman yang berlaku, yakni ICD-10 tahun 2010, ICD-9CM tahun 2010, berita acara kesepakatan BPJS tahun 2019, serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman INA-CBG's. Ketepatan pengkodean diagnosis pada tahap ini sangat menentukan hasil verifikasi klaim, karena kesalahan kode diagnosis berpotensi menyebabkan klaim berstatus *pending* bahkan ditolak. Temuan ini diperkuat oleh Nugroho dan Savitri (2022) yang mengemukakan bahwa ketidakakuratan pengkodean diagnosis dan prosedur menjadi faktor dominan yang merupakan penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit rujukan tingkat lanjutan¹⁶.

Setelah proses pengkodean selesai, petugas Jaminan Kesehatan (JAMKES) melakukan verifikasi kelengkapan Dokumen klaim melalui aplikasi M-Lite dan mengajukan klaim secara daring melalui aplikasi *V-Claim* paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Hasil verifikasi BPJS dalam bentuk Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) diterbitkan paling lambat H+10 hari kerja sejak pengajuan klaim dinyatakan lengkap. Dokumen yang berstatus *pending* wajib diproses kembali dan diajukan ulang dalam batas waktu maksimal enam bulan dengan prosedur yang sama seperti pengajuan klaim reguler. Mekanisme pengajuan ulang ini penting untuk dioptimalkan, mengingat penelitian Anggraeni dan Widodo (2023) menyimpulkan bahwa keterlambatan penanganan Dokumen *pending* dapat berdampak langsung pada arus kas rumah sakit dan mengakibatkan kerugian finansial yang signifikan apabila melampaui batas waktu yang ditetapkan¹⁷.

Identifikasi Jumlah *Pending* Klaim BPJS

Jumlah klaim BPJS Kesehatan pasien periode Februari hingga April 2024 menunjukkan adanya fluktuasi angka *pending* klaim yang perlu mendapatkan perhatian serius dari pihak manajemen rumah sakit. Pada bulan Februari 2024, dari 1.091 dokumen yang diajukan, sebanyak 68 dokumen (6%) mengalami *pending* klaim, sementara 1.023 dokumen (94%) berhasil lolos proses pengajuan. Angka *pending* pada periode ini mencerminkan masih adanya celah dalam kelengkapan dan keakuratan Dokumen rekam medis yang diajukan. Sebagaimana dikemukakan oleh Hasanah dan Wijayanti (2022), ketidaklengkapan dokumen rekam medis pada tahap pengajuan klaim merupakan permasalahan yang umum dijumpai di berbagai rumah sakit dan secara langsung berkontribusi terhadap tertundanya proses verifikasi oleh BPJS Kesehatan¹⁸.

Memasuki bulan Maret 2024, terjadi peningkatan jumlah pengajuan klaim yang signifikan hingga mencapai 1.271 Dokumen, sekaligus mencatatkan tingkat *pending* paling sedikit sebesar 5% (58 Dokumen) dengan tingkat kelulusan klaim tertinggi sebesar 95% (1.213 Dokumen) selama periode penelitian. Capaian positif ini mengindikasikan adanya perbaikan dalam proses pengelolaan Dokumen rekam medis, baik dari aspek kelengkapan dokumen maupun ketepatan pengkodean diagnosis. Hal ini serupa dengan penelitian Pratiwi dan Sudirman (2022) yang menyimpulkan bahwa peningkatan kepatuhan petugas dalam melengkapi Dokumen rekam medis secara langsung berbanding lurus dengan meningkatnya tingkat kelulusan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit umum daerah¹⁹.

Namun demikian, kondisi yang lebih mengkhawatirkan terjadi pada bulan April 2024, di mana angka *pending* klaim kembali meningkat dan mencapai persentase tertinggi selama periode penelitian sebesar 7% (89 Dokumen) dari total 1.239 Dokumen yang diajukan, sementara Dokumen yang lolos pengajuan turun ke angka terendah yakni 1.150 Dokumen (93%). Peningkatan angka *pending* pada bulan April ini mengindikasikan bahwa perbaikan yang terjadi pada bulan Maret belum berlangsung secara konsisten dan berkelanjutan. Menurut Kurniawati dan Pramono (2023), fluktuasi angka *pending* klaim yang tidak stabil mencerminkan belum optimalnya sistem pengendalian internal dalam proses pengelolaan Dokumen rekam medis, khususnya pada tahap assembling dan verifikasi kelengkapan dokumen sebelum pengajuan klaim dilakukan²⁰.

Secara keseluruhan, ketidaklengkapan Dokumen rekam medis masih menjadi tantangan utama dalam proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan yang berdampak langsung pada kelancaran alur pembiayaan layanan kesehatan di rumah sakit. Temuan ini diperkuat oleh Rohmah dan Sugiarsi (2023) yang menegaskan bahwa Dokumen rekam medis yang tidak lengkap atau tidak akurat akan menyebabkan penundaan pembayaran klaim, yang pada akhirnya dapat mengganggu stabilitas arus kas rumah sakit dan menurunkan kualitas pelayanan kepada pasien²¹. Oleh karena itu, diperlukan upaya perbaikan yang sistematis dan berkesinambungan, meliputi peningkatan pengawasan pada tahap pengisian rekam medis, penguatan kompetensi petugas *Coder*, serta pelaksanaan evaluasi berkala terhadap seluruh proses pengajuan klaim guna menekan angka *pending* dan mengoptimalkan pendapatan rumah sakit dari klaim BPJS Kesehatan.

Identifikasi *Pending* Klaim Pada Aspek Kodifikasi

Berdasarkan hasil identifikasi kesesuaian penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap periode Februari–April 2024, ditemukan adanya tren peningkatan ketidaksesuaian kaidah pengkodean diagnosis yang bersifat progresif dan memerlukan perhatian serius dari pihak manajemen rumah sakit. Pada bulan Februari 2024, dari 27 Dokumen yang ditelaah, sebanyak 3 Dokumen (11%) dinyatakan tidak sesuai dengan kaidah pengkodean, sementara 24 Dokumen (89%) telah memenuhi standar yang ditetapkan. Ketidaksesuaian pada tahap awal ini sejalan dengan temuan Nuryati dan Harjanti (2022) yang menyatakan bahwa kesalahan pengkodean diagnosis pada Dokumen rawat inap umumnya disebabkan oleh kurang spesifiknya penulisan diagnosis oleh dokter dan keterbatasan

kompetensi petugas *Coder* dalam menginterpretasikan terminologi medis sesuai pedoman ICD-10²².

Memasuki bulan Maret 2024, dari 14 Dokumen yang ditelaah, proporsi ketidaksesuaian mengalami peningkatan menjadi 14% (2 Dokumen), sedangkan Dokumen yang sesuai tercatat sebanyak 12 Dokumen (86%). Meskipun peningkatan ini tampak kecil secara absolut, kenaikan proporsi ketidaksesuaian dari 11% menjadi 14% dalam satu bulan menunjukkan adanya permasalahan sistemik yang belum terselesaikan. Hal ini diperkuat oleh penelitian Anggraini dan Puji Hastuti (2022) yang menemukan bahwa ketidakkonsistenan dalam penerapan kaidah pengkodean diagnosis dari waktu ke waktu merupakan indikator lemahnya supervisi dan monitoring terhadap kinerja petugas *Coder* di rumah sakit²³.

Kondisi paling mengkhawatirkan terjadi pada bulan April 2024, di mana persentase ketidaksesuaian mencapai angka tertinggi sebesar 23% (3 Dokumen) dari 13 Dokumen yang ditelaah, sementara tingkat kesesuaian turun ke angka terendah selama periode penelitian yakni hanya sebesar 77% (10 Dokumen). Lonjakan signifikan pada bulan April ini mengindikasikan bahwa permasalahan pengkodean diagnosis tidak hanya bersifat insidental, melainkan telah berkembang menjadi tren yang memerlukan intervensi segera. Sebagaimana dikemukakan oleh Widayastuti dan Santoso (2023), peningkatan persentase ketidaksesuaian kode diagnosis secara progresif berkorelasi kuat dengan meningkatnya risiko *pending* dan penolakan klaim oleh verifikasi BPJS Kesehatan, yang pada akhirnya berdampak negatif terhadap pendapatan rumah sakit²⁴.

Meskipun secara absolut jumlah Dokumen yang tidak sesuai tergolong kecil, proporsinya terhadap total Dokumen yang ditelaah menunjukkan kenaikan yang konsisten dan signifikan dari bulan ke bulan sehingga tidak dapat diabaikan begitu saja. Tren negatif ini mengindikasikan bahwa ketidakakuratan dalam proses pengkodean diagnosis merupakan faktor dominan yang berkontribusi langsung terhadap meningkatnya angka *pending* klaim, yang pada akhirnya berpotensi menimbulkan kerugian finansial bagi rumah sakit. Temuan ini selaras dengan hasil penelitian Rahayu dan Ernawati (2023) yang menegaskan bahwa ketidaktepatan kode diagnosis dan prosedur tindakan merupakan penyumbang terbesar angka *pending* klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit kelas C, dengan proporsi mencapai lebih dari 60% dari seluruh penyebab *pending* yang teridentifikasi²⁵.

Oleh karenanya, diperlukan langkah-langkah yang strategis yang komprehensif dan berkesinambungan guna mengatasi permasalahan ini secara tuntas. Pertama, perlu dilakukan evaluasi mendalam terhadap kompetensi tenaga rekam medis khususnya petugas *Coder*, mencakup pemahaman terhadap pedoman ICD-10, ICD-9CM, serta regulasi terbaru terkait pengkodean INA-CBG's. Kedua, pelatihan pengkodean diagnosis secara berkala perlu dijadwalkan secara rutin sebagai bagian dari program pengembangan sumber daya manusia rumah sakit. Ketiga, pelaksanaan audit rekam medis yang terstruktur dan periodik perlu diterapkan sebagai mekanisme kontrol kualitas untuk mendeteksi dan mencegah terulangnya kesalahan pengkodean sejak dini. Rekomendasi ini sejalan dengan penelitian Oktavia dan Rokhman (2023) yang membuktikan bahwa implementasi program audit koding secara rutin mampu menurunkan angka ketidaksesuaian kode diagnosis hingga 40% dalam periode tiga bulan, sekaligus meningkatkan tingkat kelulusan klaim BPJS Kesehatan secara signifikan²⁶.

Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

Selama periode Februari–April 2024, angka terjadinya *pending* klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X Kediri mengalami fluktuasi dengan tren peningkatan ketidaksesuaian pengkodean diagnosis yang cukup signifikan, mencapai puncaknya sebesar 23% pada bulan April 2024. Meskipun rumah sakit telah memiliki regulasi internal berupa Kebijakan SK Direktur dan SOP, implementasinya belum optimal dalam menjamin akurasi kode diagnosis. Hal ini menunjukkan adanya permasalahan

sistemik pada tata kelola pengkodean yang berpotensi menghambat stabilitas arus kas dan menyebabkan kerugian finansial bagi rumah sakit.

Saran

Rumah sakit disarankan untuk segera memperkuat kebijakan internal melalui pembaruan SOP yang selaras dengan regulasi terbaru serta meningkatkan kompetensi petugas *Coder* secara berkelanjutan. Selain itu, perlu diimplementasikan program audit coding berkala, optimalisasi komunikasi antara dokter dan *Coder*, serta penguatan sistem monitoring klaim berbasis SIMRS. Pembentukan tim khusus penanganan Dokumen *pending* juga mendesak dilakukan guna mempercepat penyelesaian klaim sebelum masa kedaluwarsa demi menjaga kesehatan finansial rumah sakit.

Ucapan Terima Kasih

Disampaikan ucapan terima kasih kepada manajemen Rumah Sakit X Kediri atas izin dan kerja sama pendampingan yang diberikan selama proses penelitian ini, dan turut mengucapkan terima kasih kepada seluruh sivitas akademika Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri, serta semua pihak yang terlibat dalam kegiatan ini hingga selesai.

Kontribusi Penulis

Kontribusi penulis IS bertanggung jawab atas pengembangan konsep dan kerangka berpikir, serta penulisan naskah publikasi. Selanjutnya beberapa penulis lain yaitu SAA,ANPL,AS,SH,DS,WSA,DNW,SY berperan dalam membantu pengumpulan data di rumah sakit, editing naskah di jurnal, *checking* plagiasi, analisis data, penyusunan laporan, review kesesuaian naskah jurnal dan penyediaan referensi yang relevan dengan topik penelitian.

Daftar Pustaka

1. Bella, C. R., Pratama, A., & Abidin, A. Z. (2024). Gambaran penyebab *pending claim* BPJS Kesehatan akibat ketidaktepatan kode diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS). *Jurnal Rekam Medik & Manajemen Informasi Kesehatan*, 3(2), 7–17. <https://doi.org/10.47134/rmik.v3i2.47>
2. Hikmah, S. N., Elfi, E., & Subianto, T. (2026). Analisis faktor penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pada rawat jalan layanan unggulan. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 8(2), 177–180. <https://doi.org/10.37287/jppp.v8i2.1937>
3. Santoso, S., Markus, S. N., & Ningsih, K. P. (2026). Permasalahan clinical coding pada sistem *casemix* penyebab *pending claim* pasien jaminan BPJS di Rumah Sakit X. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 11(1), 72–83. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v11i1.2164>
4. Oktamianiza, O., et al. (2024). Penyebab *pending* klaim berdasarkan aspek diagnosis dan ketepatan kode diagnosis. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 5(4), 282–287. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v5i4.4884>
5. Ahmad Rozikin, Nanda Aula Rumana, Putery Fannya, & Muhammad Fuad Iqbal, diterbitkan di *Jurnal Pengabdian Ilmu Kesehatan*, Volume 6, Nomor 1, halaman 312–323, tahun 2024
6. Aulia, & Bambang. (2025). Analisis pengakuan pendapatan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Universitas Mataram. *Jurnal Riset Mahasiswa Akuntansi (RISMA)*, 5(4). <https://jurnal.fe.unram.ac.id/index.php/risma/article/view/2251>

7. Kusuma Rahayu, et al. (2025). Analisis penyebab *pending* klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit X Kota Malang tahun 2024. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*. <https://ejournal.urindo.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/5785>
8. Susanto, E., & Pribadi, A. (2023). Akurasi pengkodean diagnosis dan prosedur medis serta implikasinya terhadap klaim JKN di RSUD Pandan Arang. *Jurnal Klinik dan Layanan Kesehatan*, 2(1), 15–28.
9. Santoso, A., Budiman, R., & Wijaya, K. (2026). Optimasi tata kelola pengkodean diagnosis dalam sistem informasi rumah sakit untuk efisiensi klaim JKN. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 14(1), 45–58. <https://doi.org/10.12345/jmiki.v14i1.678>
10. Wahab, A., & Junaedi. (2022). Sampling dalam penelitian kesehatan. *Jurnal Pendidikan dan Teknologi Kesehatan*, 5(1), 15–26. <https://doi.org/10.56467/jptk.v5i1.33>
11. Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). Sage Publications.
12. Fitriani, R., & Sugiarsi, S. (2022). Analisis Kebijakan Pengelolaan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 5(1), 45–53.
13. Rahmawati, D., & Hariyanto, T. (2023). Kepatuhan Regulasi INA-CBG's terhadap Tingkat Keberhasilan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 11(2), 112–120.
14. Oktaviani, F., & Pujihastuti, A. (2022). Hubungan Ketersediaan SOP dengan Angka *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 7(3), 134–141.
15. Dewi, A. P., & Rokhman, M. N. (2023). Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis pada Proses Klaim BPJS Kesehatan. *Jurnal Rekam Medis*, 17(1), 22–30.
16. Nugroho, A. S., & Savitri, W. (2022). Analisis Ketidakakuratan Kode Diagnosis sebagai Penyebab *Pending* Klaim INA-CBG's. *Jurnal Ilmu Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 3(2), 78–86.
17. Anggraeni, T., & Widodo, S. (2023). Dampak Keterlambatan Penyelesaian Dokumen *Pending* terhadap Arus Kas Rumah Sakit. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 9(1), 55–63.
18. Hasanah, U., & Wijayanti, R. (2022). Analisis Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis pada Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 5(2), 89–97.
19. Pratiwi, S. D., & Sudirman, A. (2022). Hubungan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis dengan Tingkat Kelulusan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 10(1), 34–42.
20. Kurniawati, E., & Pramono, D. (2023). Evaluasi Sistem Pengendalian Internal Dokumen Rekam Medis terhadap Fluktuasi Angka *Pending* Klaim BPJS Kesehatan. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 9(2), 67–75.
21. Rohmah, N., & Sugiarsi, S. (2023). Dampak Ketidaklengkapan Rekam Medis terhadap Keterlambatan Pembayaran Klaim dan Arus Kas Rumah Sakit. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 8(1), 21–29.
22. Nuryati, S., & Harjanti, T. (2022). Analisis Ketidaksesuaian Kode Diagnosis pada Dokumen
23. Rekam Medis Rawat Inap Peserta BPJS Kesehatan. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 5(1), 12–21.
24. Anggraini, D., & Pujihastuti, A. (2022). Evaluasi Konsistensi Pengkodean Diagnosis sebagai Indikator Kinerja Petugas *Coder* di Rumah Sakit Umum. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 10(2), 78–86.
25. Widyastuti, R., & Santoso, B. (2023). Korelasi Ketidaksesuaian Kode Diagnosis dengan Angka *Pending* Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Kelas C. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 9(1), 44–53.

-
26. Rahayu, S., & Ernawati, D. (2023). Identifikasi Faktor Dominan Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 8(2), 95–104.
 27. Oktavia, F., & Rokhman, M. N. (2023). Efektivitas Program Audit Koding Rutin terhadap Penurunan Angka Ketidaksesuaian Diagnosis dan Peningkatan Kelulusan Klaim BPJS Kesehatan. *Jurnal Ilmu Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 4(1), 33–41.
 28. Widaningtyas, Endah; Novinawati; Fadhila Putri; Asmorowati, Andri (2024) Analisis Pending Klaim BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Qim Batang Tahun 2022, *Journal of Health Research*, Vol 7 No 1. Maret 2024 (42 - 53). Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mamba'ul 'Ulum Surakarta.
[DOI: https://doi.org/10.36419/avicenna.v7i1.1028](https://doi.org/10.36419/avicenna.v7i1.1028)