

Tinjauan Pending Klaim BPJS Rawat Inap di RS X Cirebon Pada Tahun 2024

Sisilia Dwi Maharani^{1*}, Bhakti Aryani², Fitria Dewi Rahmawati³, Yanto Haryanto⁴

^{1,2,3,4}Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

¹sisiliadwm@gmail.com, ²bhaktiaryani13@gmail.com, ³fitria.dew09@gmail.com, ⁴yantohyt@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Permasalahan pending klaim BPJS Kesehatan masih menjadi tantangan utama yang dapat mengganggu stabilitas keuangan dan pelayanan rumah sakit. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada keterlambatan pembayaran, tetapi juga berpotensi menurunkan efisiensi operasional rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk meninjau penyebab pending klaim BPJS rawat inap Triwulan III Tahun 2024 di RS X Cirebon, dengan fokus pada aspek coding, medis, dan administratif. **Metode Penelitian:** Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif deskriptif dengan sampel sebanyak 93 dokumen pending klaim yang diperoleh melalui perhitungan menggunakan rumus Slovin dengan tingkat toleransi kesalahan 10% dari total 1.418 pending klaim. Data dikumpulkan melalui observasi dokumen klaim dan berita acara hasil verifikasi (BAHV) dari BPJS Kesehatan. **Hasil Penelitian:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa 54,83% pending klaim disebabkan oleh aspek coding, 24,73% oleh aspek administratif, dan 20,43% oleh aspek medis. Perubahan kode diagnosis primer menjadi penyumbang terbesar kasus pending klaim, diikuti oleh perubahan kode diagnosis sekunder dan tindakan medis. Sebagian besar kasus disebabkan oleh perbedaan persepsi antara koder rumah sakit dan verifikator BPJS, serta ketidaksesuaian dengan pedoman pengkodean yang berlaku. **Simpulan:** Penelitian ini menekankan pentingnya peningkatan akurasi pengkodean, kelengkapan dokumen medis, serta keselarasan pemahaman antara pihak rumah sakit dan BPJS. Diperlukan sosialisasi dan pelatihan secara berkala bagi koder serta verifikator internal terkait aturan kodifikasi yang mengacu pada pedoman klaim terbaru dan ketentuan pada ICD-10, serta menerapkan sistem *reward* dan *punishment*.

Kata kunci: Klaim BPJS kesehatan; Penyebab pending klaim; Pending klaim BPJS; Sistem INA-CBG'S; Keakuratan klaim diagnosa.

Abstract

Background: The issue of pending BPJS Health claims is still a major challenge that can disrupt financial stability and hospital services. This condition not only has an impact on delays in payment, but also has the potential to reduce hospital operational efficiency. This study aims to examine the causes of pending BPJS claims for inpatient care in the third quarter of 2024 at RS X Cirebon, focusing on coding, medical, and administrative aspects. **Research Methods:** This study uses a descriptive quantitative method with a sample of 93 pending claim documents obtained through calculations using the Slovin formula with an error tolerance level of 10% of the total 1,418 pending claims. **Research Result:** Data were collected through observation of claim documents and minutes of verification results (BAHV) from BPJS Health. The results showed that 54.83% of pending claims were caused by coding aspects, 24.73% by administrative aspects, and 20.43% by medical aspects. Changes in the main diagnosis code were the biggest contributor to pending cases, followed by changes in secondary diagnosis codes and medical actions. Most cases were caused by differences in

*perception between hospital coders and BPJS verifiers, as well as inconsistencies with applicable coding guidelines. **Conclusion:** This study emphasizes the importance of improving coding accuracy, completeness of medical documents, and alignment of understanding between the hospital and BPJS. Regular socialization and training are needed for coders and internal verifiers related to codification rules that refer to the latest claim guidelines and provisions in ICD-10, implement a reward and punishment*

Keywords: *BPJS health claims; Causes of delayed claim;, Delayed claim;, INA-CBG'S system, Accuracy of diagnosis claims.*

PENDAHULUAN

Implementasi penyelenggaraan rekam medis wajib dilakukan oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan. Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, menyediakan layanan kesehatan perseorangan secara keseluruhan melalui layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan memberikan layanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat (Peraturan Perundang-undangan 2023). Dalam penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit, dokumen rekam medis harus diisi dengan lengkap dan akurat. Sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 tahun 2022 tentang rekam medis, pasal 16 ayat (2) yang menyatakan bahwa, pencatatan dan dokumentasi rekam medis harus lengkap, jelas, dan dilakukan dengan mencantumkan nama, waktu, dan tanda tangan tenaga kesehatan pemberi perawatan (Kemenkes RI 2022).

Salah satu aspek krusial dalam rekam medis adalah proses pengkodean diagnosis dan tindakan medis (Hidayah and Yunengsih 2024). Pengkodean dilakukan dengan memberikan kode alfanumerik berdasarkan ICD-10 dan ICD-9-CM untuk memudahkan proses input ke dalam sistem pembiayaan. Berdasarkan regulasi, data hasil pengkodean ini wajib dimasukkan ke dalam aplikasi pembayaran INA-CBG's (Nurjannah *et al.* 2022). Proses ini harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten, sesuai ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021. Keakuratan, kelengkapan, dan ketepatan kode diagnosis serta tindakan medis dalam dokumen rekam medis sangat memengaruhi kelancaran proses klaim layanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Hal ini karena pengkodean yang tepat tidak hanya menjamin validitas data, tetapi juga menjadi syarat utama dalam pengajuan klaim (Kemenkes RI 2021). Sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014, apabila terdapat kekeliruan atau ketidaksesuaian dalam dokumen, maka klaim berisiko ditolak atau mengalami penundaan pembayaran (Kemenkes RI 2014).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu program pemerintah Indonesia untuk memenuhi hak-hak masyarakat dalam memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai (Amadea and Rahardjo 2022). Program JKN ini dikelola oleh BPJS Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional menyatakan bahwa, JKN adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dioperasikan melalui mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib. Program JKN dirancang untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang dapat diakses oleh setiap individu, baik yang menjadi peserta aktif maupun peserta penerima bantuan iuran oleh pemerintah (Kemenkes RI 2014).

Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan terdiri dari beberapa tahapan yang saling berkaitan, dimulai dari proses pengkodean hingga verifikasi klaim. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 yang telah diperbarui melalui Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's), tarif INA-CBG's secara resmi diberlakukan sejak 1 Januari 2014 sebagai mekanisme pembayaran dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Utami *et al.* 2024). Dalam sistem ini, besaran klaim ditentukan berdasarkan kode diagnosis dan tindakan medis yang telah diinput ke dalam aplikasi INA-CBG's. Dengan demikian, ketepatan pengkodean menjadi faktor krusial dalam menentukan nilai klaim yang akan dibayarkan kepada rumah sakit. Setelah data dimasukkan, tahap akhir dari proses ini adalah verifikasi klaim yang dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan yang bertanggung jawab untuk memastikan bahwa semua layanan yang diklaim benar-benar telah diberikan kepada pasien dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Verifikator kemudian menetapkan status klaim yang meliputi klaim layak, klaim pending, serta klaim *dispute*. Tahapan ini sangat menentukan kelancaran pembayaran dan keberlangsungan arus kas rumah sakit (Maulida and Djunawan 2022).

Pada kenyataannya, proses pengajuan klaim masih sering mengalami pending yang menjadi masalah utama dalam proses verifikasi klaim BPJS kesehatan. Pending klaim merupakan pengembalian dokumen klaim yang tidak sesuai atau belum lengkap yang telah dikirimkan kepada pihak BPJS kesehatan, sehingga dari pihak petugas *casemix* perlu meneliti dan melengkapi kembali dokumen tersebut dan dikirimkan kembali ke pihak BPJS kesehatan (Nabila *et al.* 2020). Kasus pending klaim dapat berdampak pada pembiayaan rumah sakit karena tertundanya pembayaran klaim dapat mengganggu arus keuangan rumah sakit. Pending klaim juga dapat menghambat pembayaran kewajiban pengawas, pemasok, gaji pegawai, serta memangkas biaya pemeliharaan rumah sakit (Tambunan *et al.* 2022).

Beberapa penelitian terdahulu menunjukkan bahwa faktor penyebab pending klaim umumnya berasal dari tiga aspek, yaitu medis, administratif, dan koding. Pada aspek medis, sering ditemukan ketidaksesuaian antara diagnosis dokter dan tindakan medis yang diberikan, sedangkan aspek administratif berkaitan dengan dokumen yang tidak lengkap atau tidak sesuai standar. Sementara itu, pada aspek koding, kesalahan dalam penginputan kode diagnosis atau tindakan medis dapat menyebabkan klaim ditolak atau dikembalikan. Kasus pending klaim yang terus berulang tidak hanya menimbulkan beban administratif tambahan, tetapi juga berpotensi mengganggu kualitas pelayanan karena keterlambatan dalam penerimaan dana operasional (Ubaidillah *et al.* 2022).

RS X Cirebon merupakan salah satu rumah sakit yang turut menghadapi permasalahan pending klaim, dengan jumlah kasus yang dapat mencapai 26% dari total kunjungan pasien rawat inap setiap bulan. Kondisi ini berpotensi menghambat proses pembiayaan klaim di rumah sakit, sehingga perlu segera ditangani. Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian berjudul "*Tinjauan Pending Klaim BPJS Rawat Inap di RS X Cirebon Tahun 2024*". Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui jumlah dan persentase pending klaim BPJS Rawat Inap di RS X Cirebon Pada Triwulan III tahun 2024 ditinjau dari aspek koding, aspek medis, dan aspek administratif, dengan fokus utama pada aspek koding.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan deskriptif, Data yang diperoleh berupa angka dari pengamatan variabel tanpa adanya manipulasi terhadap variabel independen, untuk memberikan detail kondisi atau sifat fenomena yang diamati. Metode yang digunakan adalah observasi pada berkas pending klaim, dengan menggunakan instrument penelitian berupa lembar *checklist*. Populasi dalam penelitian ini mencakup seluruh berkas klaim BPJS yang berstatus pending pada periode Triwulan III Tahun 2024, dengan total sejumlah 1.418 dokumen. Sedangkan sampel dalam penelitian ini merupakan

bagian dari populasi yang telah dilakukan perhitungan dengan rumus Slovin dengan tingkat toleransi kesalahan 10%, sehingga didapatkan sebanyak 93 berkas total sampel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti, dapat diketahui bahwa alur prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RS X Cirebon adalah sebagai berikut:

- 1) Setelah pelayanan rawat inap selesai, Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) menyusun resume medis secara lengkap sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 2) Selanjutnya, *Clinical Coder Manager* (CCM) melengkapi seluruh dokumen yang diperlukan guna proses klaim.
- 3) Setelah dokumen lengkap, petugas koding melakukan pengkodean diagnosis berdasarkan catatan medis yang disusun oleh DPJP, dengan mengacu pada standar dan kaidah pengkodean yang berlaku.
- 4) Dokumen yang telah dikodekan kemudian dikirimkan ke Instalasi Pengelola Jaminan Kesehatan (IPJK) untuk diproses lebih lanjut, termasuk input data ke dalam sistem aplikasi INA-CBG's Kementerian Kesehatan.
- 5) Proses pengajuan klaim dilaksanakan secara berkala setiap satu bulan setelah seluruh layanan pasien selesai diberikan.
- 6) Dokumen administrasi pasien yang diajukan ke BPJS Kesehatan disusun dalam bentuk PDF (*Portable Document Format*) yang mencakup lembar individu pasien dari INA-CBG's, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), tagihan biaya (*billing*), resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, laporan tindakan operasi, serta dokumen lain yang diperlukan.
- 7) Instalasi Pengelola Jaminan Kesehatan (IPJK) kemudian mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan melalui sistem *Digital Verification* (DIVA).
- 8) Setelah pengajuan klaim diterima, verifikator dari BPJS Kesehatan akan melakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan dan keabsahan dokumen yang diajukan.
- 9) Hasil verifikasi tersebut akan dituangkan dalam berita acara yang mengategorikan klaim sebagai klaim layak, klaim pending, atau klaim *dispute*

Adapun temuan penelitian berdasarkan hasil yang diperoleh melalui observasi adalah sebagai berikut:

1. Jumlah Pending Klaim BPJS Rawat Inap di RS X Cirebon Pada Triwulan III Tahun 2024

**Tabel 1. Pending Klaim BPJS Rawat Inap di RS X
Pada Triwulan III Tahun 2024**

Bulan	Jumlah Dokumen Klaim	Jumlah Dokumen Pending Klaim	
		Frekuensi	%
Juli	1.861	31	1,67%
Agustus	1.885	31	1,64%
September	1.709	31	1,81%

Bulan	Jumlah Dokumen Klaim	Jumlah Dokumen Pending Klaim	
		Frekuensi	%
Total Kasus	5.425	93	1,71%

Berasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa jumlah dokumen klaim yang diajukan oleh RS X Cirebon pada Triwulan III tahun 2024 sebanyak 5.425 dokumen klaim. Pada bulan Juli sebanyak 1.861 dokumen klaim pasien rawat inap, 31 dokumen (1,67%) diantaranya mengalami pending klaim. Sementara itu, pada bulan Agustus, sebanyak 1.885 dokumen yang diajukan, 31 dokumen (1,64%) diantaranya mengalami pending klaim. Sedangkan pada bulan September, sebanyak 1.709 dokumen yang diajukan, 31 dokumen (1,81%) mengalami pending klaim. Dari data tersebut, dapat diketahui bahwa rata-rata persentase dokumen yang mengalami pending klaim pada Triwulan III tahun 2024 mencapai 1,71% per bulan. Menurut penelitian (Sari and Hidayat 2023) menyatakan bahwa klaim yang tertunda dapat menyebabkan keterlambatan pembayaran pelayanan kesehatan yang telah dilakukan rumah sakit oleh BPJS Kesehatan. (Nabila *et al.* 2020) dalam penelitiannya juga menyatakan bahwa, kasus pending klaim dapat berdampak pada pembiayaan rumah sakit karena tertundanya pembayaran klaim dapat mengganggu arus keuangan rumah sakit. Selain itu, Pending klaim juga dapat menghambat pembayaran kewajiban pengawas, pemasok, gaji pegawai, serta memangkas biaya pemeliharaan rumah sakit. Oleh karena itu, penting bagi RS X Cirebon untuk meminimalkan terjadinya pending klaim, agar kendala dalam proses klaim dapat segera diidentifikasi dan diselesaikan, sehingga arus keuangan rumah sakit tetap stabil dan pelayanan kepada pasien berjalan dengan lancar.

2. Jumlah Pending Klaim BPJS Rawat Inap Pada Triwulan III Tahun 2024 di RS X Cirebon ditinjau dari Aspek Koding, Aspek Medis, dan Aspek Administratif

Tabel 2. Aspek Pending Klaim BPJS Rawat Inap di RS X Pada Triwulan III Tahun 2024

Bulan	Aspek Pending			Jumlah Pending Klaim	
	Aspek Koding		Aspek Medis		Aspek Administratif
	Koding Diagnosa	Koding Tindakan			
Juli	9	5	9	8	31
Agustus	14	7	4	6	31
September	15	1	6	9	31
Total Kasus	51		19	23	93
Frekuensi (%)	54,83%		20.43%	24.73%	100%

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pending klaim pasien rawat inap pada Triwulan III tahun 2024 diklasifikasikan ke dalam tiga aspek, yaitu koding, medis, dan administratif. Kategori ini ditentukan berdasarkan hasil konfirmasi BPJS Kesehatan. Apabila terdapat

perubahan kode diagnosis dan tindakan medis pada dokumen klaim individu pasien, maka dikategorikan kedalam aspek koding, namun jika tidak terdapat perubahan, peneliti meninjau laporan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) untuk menentukan apakah kasus tersebut termasuk ke dalam aspek medis atau administratif. Setelah dilakukan observasi terhadap dokumen klaim individu pasien yang mengalami pending klaim, dengan meninjau perubahan kode diagnosis dan tindakan medis, serta mengacu pada laporan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan, hasil penelitian menunjukkan bahwa aspek koding menjadi faktor paling dominan dalam kasus pending klaim. Dengan demikian, penelitian ini akan berfokus pada aspek koding dalam pending klaim.

3. Fokus Permasalahan Pending Klaim Pada Aspek Koding

Tabel 3. Pending Klaim BPJS Rawat Inap Aspek Koding di RS X Pada Triwulan III Tahun 2024

Bulan	Pending Klaim	Penyebab Koding	Perubahan Kode			
			Kode Diagnosa Primer	Kode Diagnosa Sekunder	Kode Diagnosa utama & Sekunder	Kode Tindakan
Juli	31	14	6	3	0	5
Agustus	31	21	5	5	3	8
September	31	16	6	7	2	1
Total Kasus	93	51	20	13	4	14
Persentase			39.21%	25.49%	7.84%	27.45%

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, aspek koding menjadi penyebab utama pending klaim pasien rawat inap di RS X Cirebon pada Triwulan III tahun 2024, dengan total 51 kasus penyebab aspek koding. Temuan ini sejalan dengan penelitian (Widaningtyas *et al.* 2024), dan penelitian (Zahra *et al.* 2024), yang turut menyoroti permasalahan pengkodean sebagai faktor dominan dalam pending klaim. Penelitian ini berfokus pada empat kategori perubahan kode, yaitu perubahan pada kode diagnosis primer, perubahan pada kode diagnosis sekunder, perubahan pada kode diagnosis primer dan diagnosis sekunder, serta perubahan pada kode tindakan medis. Dari total kasus yang telah ditinjau, perubahan paling banyak terjadi pada kode diagnosis primer (39,21%). Beberapa kasus pending ditemukan tidak memiliki dasar yang jelas dalam regulasi resmi, seperti Berita Acara aspek koding dan Permenkes Nomor 26 Tahun 2021. Hal ini mengindikasikan perlunya keselarasan persepsi antara koder rumah sakit dan verifikator BPJS guna memastikan proses klaim berjalan sesuai ketentuan. Berikut merupakan temuan dari analisis yang telah dilakukan peneliti:

1) Perubahan Pada Kode Primer

Dari 20 kasus pending klaim yang mengalami perubahan pada kode primer, setelah dilakukan peninjauan, sebanyak 17 kasus di antaranya disebabkan oleh reSeleksi kode,

terutama pergeseran antara kode diagnosis primer dan diagnosis sekunder. Salah satu kasus yang sering muncul adalah perubahan pada kode *respiratory distress syndrome of newborn* (P22.0) menjadi diagnosis primer. Temuan ini sejalan dengan penelitian Widaningtyas (2024), yang menyatakan bahwa reseleksi kode merupakan penyebab utama pending klaim. (Widaningtyas *et al.* 2024) Diketahui bahwa perbedaan persepsi antara BPJS dan koder rumah sakit menjadi akar permasalahan dalam kasus reseleksi kode, di mana BPJS menetapkan diagnosis primer berdasarkan penggunaan sumber daya terbesar, sesuai pedoman INA-CBG's tahun 2023, sedangkan koder mengacu pada patofisiologi pasien.

2) Perubahan Pada Kode Sekunder

Dari 13 kasus pending klaim dengan perubahan pada kode sekunder, sebanyak 5 kasus yang sering terjadi, di mana kasus tersebut disebabkan oleh penghapusan kode gejala yang tidak perlu dikode. Hal ini telah tercantum dalam aturan morbiditas (*rule MB*) dalam ICD-10 pada pedoman INA-CBG's Tahun 2021, sebagaimana dijelaskan bahwa gejala tidak perlu dikode jika sudah dijelaskan oleh diagnosis primer. Temuan ini sejalan dengan penelitian Yunawati (2024), yang mengungkapkan bahwa penyebab pending klaim sering kali terkait pengkodean ganda antara kondisi primer dan sekunder yang sebenarnya dapat digabung dalam satu kode. (Putu *et al.* 2024)

3) Perubahan Pada Kode Primer dan Sekunder

Dari 4 kasus pending klaim dengan perubahan pada kode primer dan sekunder, salah satunya disebabkan oleh kesalahan dalam pengkodean kode gabung yang seharusnya tidak dikode secara terpisah. Salah satu contohnya adalah penggunaan kode *dysphagia* (R13), yang merupakan gejala dari diagnose utama sehingga tidak perlu dikodekan secara terpisah. Ketentuan mengenai kode gabung ini telah tercantum dalam Permenkes No. 26 Tahun 2021 tentang Pedoman INA-CBG's. Temuan ini sejalan dengan penelitian Kusumawati (2020), yang menunjukkan bahwa kesalahan pengkodean, khususnya dalam penetapan kode gabung, menjadi salah satu penyebab utama pending klaim di RSUD Koja. (Kusumawati and Pujiyanto 2020)

4) Perubahan Pada Kode Tindakan Medis

Dari 14 kasus pending klaim dengan perubahan pada kode tindakan medis, 9 kasus diantaranya disebabkan oleh kesalahan penginputan, sementara 5 kasus lainnya karena penghapusan kode akibat kurangnya keterangan pada laporan operasi dan dokumen pendukung. Sesuai pendapat Hatta dalam penelitian Nurfadilah (2024), kode tindakan medis yang tepat harus mengikuti standar ICD-9CM, mencerminkan kondisi pasien, relevan dengan tindakan medis yang dilakukan, dan didokumentasikan secara lengkap. (Nurfadilah and Suryani 2024)

SIMPULAN

Kasus pending klaim di RS X Cirebon selama Triwulan III tahun 2024 didominasi oleh permasalahan aspek koding, terutama pada perubahan kode diagnosis dan tindakan medis. Reseleksi kode menjadi penyebab paling dominan, dengan 17 kasus, di mana kode P22.0 tercatat sebagai kode yang paling sering mengalami perubahan dari diagnosis sekunder menjadi diagnosis primer. Hal ini mencerminkan perbedaan persepsi antara koder yang mengacu pada patofisiologi pasien dan BPJS Kesehatan yang menilai berdasarkan penggunaan sumber daya terbesar. Selain itu, terdapat juga kasus penghapusan kode diagnosis yang hanya berupa gejala karena sudah tercakup dalam diagnosis primer. Pada tindakan medis, sebanyak 9 kasus disebabkan kesalahan penginputan kode, dan 5 kasus lainnya karena penghapusan kode akibat kurangnya informasi dalam laporan medis atau dokumen pendukung. Temuan ini menunjukkan bahwa penyebab pending klaim tidak hanya berasal dari kesalahan teknis dalam pengkodean, tetapi juga dipengaruhi oleh kurangnya kelengkapan dokumentasi medis serta perbedaan persepsi antar pihak terkait. Permasalahan serupa juga ditemukan dalam berbagai penelitian sebelumnya yang menyoroti pentingnya ketepatan dokumentasi dan pemahaman yang seragam terhadap aturan pengkodean.

Untuk mengatasi permasalahan pending klaim, rumah sakit perlu menyelenggarakan sosialisasi dan pelatihan berkala bagi koder serta verifikator internal terkait aturan kodifikasi yang mengacu pada Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBG's terbaru dan ketentuan pada ICD-10, termasuk aturan morbiditas (*rule MB*). Selain itu, diperlukan monitoring terhadap kelengkapan dan keakuratan dokumen medis guna menunjang proses klaim yang optimal, disertai peningkatan disiplin tenaga medis dalam pencatatan rekam medis. Rumah sakit juga diharapkan mengadakan forum diskusi rutin dengan pihak BPJS untuk menyelaraskan pemahaman terhadap regulasi terkini serta membahas permasalahan umum dalam pengkodean diagnosis dan tindakan medis, serta menerapkan sistem *reward* dan *punishment* guna meningkatkan motivasi bagi petugas untuk melengkapi persyaratan dalam menunjang proses klaim BPJS Kesehatan, baik dari aspek koding, aspek medis, maupun aspek administrative

DAFTAR PUSTAKA

- Amadea, Cindy Putri, and Bambang Budi Rahardjo. 2022. "Pemanfaatan Kartu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Puskesmas." *Indonesian Journal of Public Health and Nutrition* 2(1):7–18. doi: 10.15294/ijphn.v2i1.51551.
- Hidayah, Firda Fitri, and Yuyun Yunengsih. 2024. "Analisis Ketepatan Kode Diagnosa Pada Kasus Persalinan Dengan Sectio Casarea Di PKU Muhammadiyah Kutowinangun." *Jurnal Kesehatan Tambusai* 5(3):9780–84.
- Kemenkes RI. 2021. "Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan." *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018* (26).
- Kemenkes RI. 2022. "Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis."
- Kemenkes RI. 2014. "Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang

Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.” 1–17.

Kusumawati, Ayu Nadya, and Pujiyanto. 2020. “Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Di RSUD Koja Tahun 2018.” *Neliti* 47(1):25–28.

Maulida, Erlia Safa, and Achmad Djunawan. 2022. “Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga.” *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia* 21(6):374–79. doi: 10.14710/mkmi.21.6.374-379.

Nabila, Salma Firyal, Maya Weka Santi, Yusirwan Tabrani, and Atma Deharja. 2020. “Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.” *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan* 1(4):519–28. doi: 10.25047/j-remi.v1i4.2157.

Nurfadilah, Siti Hikmah, and Ade Irma Suryani. 2024. “Analisis Keakuratan Kodifikasi Tindakan Rawat Jalan Sesuai Kaidah Pengkodean Guna Menunjang Keberhasilan Klaim BPJS Di Rumah Sakit X.” *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 8:4724–29.

Nurjannah, Nada Savira, Demiwawan Rachmatta Putro Mudiono, Sustin Farlinda, and Djasmananto. 2022. “Determinan Ketepatan Kode Diagnosis Utama Di RS Pusat Pertamina Jakarta Selatan.” *Jurnal Rekam Medik & Manajemen Informasi Kesehatan* 1(1):35–40. doi: 10.47134/rmik.v1i1.14.

Peraturan Perundang-undangan. 2023. “Undang-Undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.”

Putu, Ni, Linda Yunawati, I. Putu Mega Aridayana, Nurul Faidah, Putu Ayu, and Sri Murchittowati. 2024. “Analisis Aspek-Aspek Verifikasi Yang Berhubungan Dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD Surya Husadha Denpasar.” *Procedia of Engineering and Life Science* 7:16–22.

Sari, Ni Wayan Ari, and Budi Hidayat. 2023. “Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pelayanan BPJS Di Era JKN.” *Medicina, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana* 54(1):5–9. doi: 10.15562/medicina.v54i1.1203.

Tambunan, Sonaria, Daniel Happy Putra, Laela Indawati, and Puteri Fannya. 2022. “Tinjauan Faktor Penyebab Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Tertunda Di RSUD Tarakan.” *COMSERVA Indonesian Journal of Community Services and Development* 1(10):816–23. doi: 10.59141/comserva.v1i10.134.

Ubaidillah, Ahmad, H. Ngestiono, Natalia Kristiani, and Asih Prasetyowati. 2022. “Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUD RAA Soewondo Pati Periode Triwulan IV Tahun 2021.” *Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan* 2(2).

Utami, Yeni Tri, Prima Soutloni Akbar, Reza Amelia, and Sella Yulia Sari. 2024. “Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Dengan Penerapan Rekam Medis Elektronik Di RSUD DR. Moewardi Surakarta.” *Prosiding Seminar Informasi*

Kesehatan Nasional (SIKESNas).

Widaningtyas, Endah, Fadhila Putri Novinawati, and Andri Asmorowati. 2024. “Analisis Pending Klaim Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit Qim Batang Tahun 2022.” *Avicenna : Journal of Health Research* 7(1):42–53. doi: 10.36419/avicenna.v7i1.1028.

Zahra, Awlia Varasemitha, Agya Osadawedya Hakim, and Harry Fauzi. 2024. “Analisis Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Proses Pengkodean Di RSUD Majenang.” 9(2):115–23.