

ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN DITINJAU DARI KETEPATAN KODEFIKASI PADA PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH ISLAM MASYITHOH BANGIL

Apolonia Inggrida Nisu¹ , Ervita Nindy O., SKM., M.AB

Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (STIA) Malang
Program Studi Diploma III Perkam Medis & Informasi Kesehatan

Apolonia Inggrida Nisu

email : apoloniainggridanisu@gmail.com

Abstract

A common phenomenon in the BPJS Kesehatan claims submission process is the occurrence of pending claims, a situation where the claim file submitted by the hospital has not been approved by BPJS Kesehatan and must be returned for correction or clarification. Pending claims can be caused by various factors, including administrative aspects, completeness of medical documents, and coding factors that influence the claims verification process. This quantitative descriptive study aims to analyze the causes of pending BPJS Kesehatan claims in terms of the accuracy of coding for inpatients at Masyithoh Islamic Hospital, Bangil. Using a total sampling technique, the sample consisted of 75 pending inpatient claim files from January–March 2026. Data were collected through observation using a checklist, documentation studies, and interviews with coders and casemix staff. The results showed that the majority of pending claims were dominated by coding factors, namely 55 claims (73.33%), specifically caused by problems with diagnosis codes (48 claims (64.00%) and action codes (7 claims (9.33%). Based on observations of medical record documents and interviews, the code assignments of diagnoses (ICD-10) and procedures (ICD-9-CM) by the coders were actually consistent with the patient's medical record documentation. However, delays persisted due to regrouping requests from BPJS Kesehatan verifiers, triggered by differing interpretations of the INA-CBG verification provisions. Based on these conclusions, hospitals are advised to conduct internal validation prior to claim submission, improve coordination between staff and physicians in charge of services, and conduct regular internal evaluations and audits of pending claims to minimize future delays.

Keywords: Pending Claims, BPJS Kesehatan, Coding, INA-CBGs, Inpatients

Abstrak

Fenomena yang sering terjadi dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan adalah terjadinya pending klaim, yaitu kondisi ketika berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit belum dapat disetujui oleh BPJS Kesehatan sehingga harus dikembalikan untuk dilakukan perbaikan atau klarifikasi. Pending klaim dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain aspek administrasi, kelengkapan dokumen medis, maupun faktor kodefikasi yang memengaruhi proses verifikasi klaim. Penelitian deskriptif kuantitatif ini bertujuan untuk menganalisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan ditinjau dari ketepatan kodefikasi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Masyithoh Bangil. Menggunakan teknik *total sampling*, sampel yang diambil meliputi 75 berkas klaim pasien rawat inap berstatus pending pada periode Januari–Maret 2026, dengan pengumpulan data melalui observasi menggunakan *checklist*, studi dokumentasi, serta wawancara bersama petugas koder dan *casemix*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pending klaim didominasi oleh faktor kodefikasi, yaitu sebanyak 55 klaim (73,33%), yang secara spesifik disebabkan oleh permasalahan kode diagnosis sebanyak 48 klaim (64,00%) dan kode tindakan sebanyak 7 klaim (9,33%). Melalui hasil observasi dokumen rekam medis dan wawancara, pemberian kode diagnosis (ICD-10) dan tindakan (ICD-9-CM) oleh petugas koder sebenarnya telah sesuai dengan dokumentasi rekam medis pasien, namun penundaan (pending) tetap terjadi akibat adanya permintaan *regrouping* dari pihak verifikator BPJS Kesehatan yang dipicu oleh perbedaan interpretasi terhadap ketentuan verifikasi INA-CBG's. Berdasarkan kesimpulan tersebut, rumah sakit disarankan untuk melaksanakan validasi internal sebelum pengajuan klaim, meningkatkan koordinasi antar-petugas dan dokter penanggung jawab pelayanan, serta melakukan evaluasi dan audit internal berkala terhadap klaim pending guna meminimalkan penundaan di masa mendatang.

Kata Kunci: Pending Klaim, BPJS Kesehatan, Kodefikasi, INA-CBG's, Pasien Rawat Inap

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada masyarakat. Selain memberikan pelayanan medis, rumah sakit juga bertanggung jawab terhadap pengelolaan administrasi dan rekam medis yang menjadi dasar dalam proses pembiayaan pelayanan kesehatan. Pada era digital, pengelolaan rekam medis telah berkembang menjadi Rekam Medis Elektronik (RME) yang bertujuan meningkatkan efisiensi, akurasi, serta keamanan data pasien. Rekam medis yang

lengkap dan akurat menjadi salah satu komponen penting dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

Dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), rumah sakit memperoleh pembayaran pelayanan melalui mekanisme klaim kepada BPJS Kesehatan menggunakan sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's). Besaran tarif klaim ditentukan berdasarkan hasil grouping yang dipengaruhi oleh ketepatan kode diagnosis menggunakan ICD-10 dan kode tindakan menggunakan ICD-9-CM.

Oleh karena itu, ketepatan kodefikasi menjadi faktor penting yang menentukan kelancaran proses verifikasi klaim. Kesalahan kode, ketidaksesuaian diagnosis, maupun ketidaklengkapan dokumentasi rekam medis berpotensi menyebabkan klaim dikembalikan atau berstatus pending.

Pending klaim merupakan kondisi ketika berkas klaim yang diajukan rumah sakit belum dapat disetujui oleh BPJS Kesehatan sehingga harus dikembalikan untuk dilakukan perbaikan atau klarifikasi. Kondisi tersebut tidak hanya berdampak terhadap keterlambatan pembayaran klaim, tetapi juga dapat memengaruhi arus kas rumah sakit serta menghambat operasional pelayanan kesehatan. Berdasarkan berbagai penelitian sebelumnya, penyebab pending klaim dapat berasal dari aspek administrasi, ketidaklengkapan dokumen medis, maupun ketidaktepatan kodefikasi diagnosis dan tindakan. Namun, beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa pending klaim dapat terjadi akibat adanya perbedaan interpretasi antara rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan terhadap ketentuan verifikasi INA-CBG's.

Berdasarkan data di Rumah Sakit Islam Masyithoh Bangil masih ditemukan klaim rawat inap yang mengalami pending pada periode Januari sampai Maret 2026. Hasil wawancara awal dengan petugas casemix dan petugas koder menunjukkan bahwa kode diagnosis maupun tindakan yang diberikan telah sesuai

dengan dokumentasi rekam medis pasien. Akan tetapi, pihak BPJS Kesehatan tetap meminta dilakukan regrouping terhadap beberapa klaim karena adanya perbedaan interpretasi terhadap ketentuan verifikasi. Kondisi ini menunjukkan bahwa penyebab pending klaim tidak selalu disebabkan oleh kesalahan petugas koder, melainkan juga dipengaruhi oleh mekanisme verifikasi yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan ditinjau dari ketepatan kodefikasi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Masyithoh Bangil sehingga hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi bagi rumah sakit dalam meningkatkan kualitas proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

TINJAUAN PUSTAKA

Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021, rumah sakit berperan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu serta didukung oleh sistem administrasi dan rekam medis yang baik. Selain memberikan pelayanan medis,

rumah sakit juga bertanggung jawab terhadap pengelolaan informasi kesehatan yang menjadi dasar pelayanan, evaluasi mutu, dan pembiayaan pelayanan kesehatan.

Rekam Medis

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022, rekam medis merupakan dokumen yang berisi identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis berfungsi sebagai alat komunikasi antar tenaga kesehatan, dasar pelayanan, alat bukti hukum, bahan penelitian, serta dasar dalam proses klaim BPJS Kesehatan. Kelengkapan dan keakuratan informasi pada rekam medis sangat menentukan ketepatan proses pengkodean diagnosis maupun tindakan.

Pending Klaim BPJS Kesehatan

Menurut BPJS Kesehatan (2014), pending klaim merupakan kondisi ketika berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit belum dapat diselesaikan proses verifikasi karena masih memerlukan perbaikan, kelengkapan dokumen, atau klarifikasi terhadap data yang diajukan. Berkas klaim yang berstatus pending akan dikembalikan kepada rumah sakit untuk dilakukan perbaikan sebelum dapat

diproses kembali sesuai dengan ketentuan verifikasi klaim BPJS Kesehatan.

Menurut Salima dan Zein (2023), penyebab pending klaim dapat berasal dari beberapa faktor, antara lain ketidaklengkapan administrasi, ketidaklengkapan dokumen rekam medis, ketidaksesuaian data pelayanan, serta ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan. Selain itu, perbedaan interpretasi antara pihak rumah sakit dan verifikator BPJS dalam proses verifikasi INA-CBG's juga dapat menyebabkan klaim berstatus pending, meskipun dokumentasi medis dan proses kodefikasi telah dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Sistem Klaim INA-CBG's

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, pembayaran pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menggunakan sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's). Sistem INA-CBG's merupakan metode pembayaran prospektif (*prospective payment system*) yang mengelompokkan kasus pasien berdasarkan diagnosis, prosedur atau tindakan, tingkat keparahan penyakit,

komorbiditas, komplikasi, usia, serta karakteristik klinis lainnya. Hasil pengelompokan (*grouping*) tersebut menjadi dasar penentuan besaran tarif yang dibayarkan kepada rumah sakit.

Menurut BPJS Kesehatan (2014), proses klaim melalui sistem INA-CBG's memerlukan kelengkapan administrasi, kesesuaian dokumentasi medis, serta ketepatan pengkodean diagnosis menggunakan ICD-10 dan tindakan menggunakan ICD-9-CM. Ketepatan kode sangat memengaruhi hasil *grouping* sehingga apabila ditemukan ketidaksesuaian antara dokumentasi klinis dengan kode yang diberikan, verifikator BPJS Kesehatan dapat meminta klarifikasi atau *regrouping*. Kondisi tersebut dapat menyebabkan klaim berstatus pending hingga rumah sakit melakukan perbaikan sesuai hasil verifikasi.

Ketepatan Kodefikasi

Ketepatan kodefikasi merupakan kesesuaian antara diagnosis maupun tindakan medis yang didokumentasikan oleh dokter dalam rekam medis dengan kode yang ditetapkan oleh petugas koder berdasarkan standar klasifikasi penyakit dan tindakan yang berlaku. Dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), ketepatan kodefikasi menjadi salah satu aspek penting karena menentukan hasil

grouping pada sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) yang digunakan sebagai dasar pembayaran klaim BPJS Kesehatan. Ketidaktepatan dalam pemberian kode dapat memengaruhi hasil *grouping*, menyebabkan perbedaan tarif klaim, bahkan berpotensi mengakibatkan klaim dikembalikan (*pending*) untuk dilakukan klarifikasi atau perbaikan.

Menurut Hatta (2011), ketepatan kodefikasi sangat dipengaruhi oleh kemampuan petugas rekam medis atau koder dalam menetapkan kode diagnosis dan tindakan sesuai dengan pedoman International Classification of Diseases Tenth Revision (ICD-10) dan International Classification of Diseases Ninth Revision Clinical Modification (ICD-9-CM). Ketepatan tersebut harus didasarkan pada diagnosis utama, diagnosis sekunder, serta tindakan medis yang terdokumentasi secara lengkap dalam rekam medis sehingga kode yang dihasilkan benar-benar menggambarkan kondisi klinis pasien.

Sejalan dengan pendapat tersebut, World Health Organization (WHO, 2016) menjelaskan bahwa pengkodean diagnosis harus dilakukan sesuai aturan klasifikasi ICD-10 berdasarkan dokumentasi klinis yang lengkap, akurat, dan spesifik. Pengkodean yang tepat akan menghasilkan data morbiditas dan mortalitas yang valid, mendukung penyusunan statistik

kesehatan, meningkatkan mutu informasi kesehatan, serta menjadi dasar dalam perencanaan pelayanan kesehatan. Sebaliknya, ketidaktepatan pengkodean dapat menyebabkan kesalahan klasifikasi penyakit yang berdampak pada pelaporan kesehatan maupun pembiayaan pelayanan.

Menurut Ramadhiane dan Sari (2021), keakuratan penentuan kode diagnosis dan tindakan sangat penting dalam menghasilkan informasi kesehatan yang valid serta mendukung kelancaran administrasi pelayanan kesehatan. Sementara itu, Nursyiam dan Wahab (2024) menyatakan bahwa ketepatan kodefikasi dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain kelengkapan dokumen rekam medis, kompetensi petugas koder, kejelasan diagnosis yang ditulis oleh dokter, pemahaman terhadap pedoman ICD-10 dan ICD-9-CM, serta koordinasi yang baik antara dokter, petugas rekam medis, petugas casemix, dan verifikator BPJS Kesehatan. Faktor-faktor tersebut saling berkaitan dalam menghasilkan kode diagnosis dan tindakan yang akurat.

Dalam proses pembayaran pelayanan kesehatan melalui sistem INA-CBG's, ketepatan kode diagnosis dan tindakan menjadi salah satu komponen utama dalam proses *grouping* dan verifikasi klaim. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016

tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's), verifikasi klaim dilakukan dengan menilai kesesuaian antara data administratif, dokumentasi klinis, diagnosis, tindakan medis, serta hasil *grouping*. Oleh karena itu, ketepatan kodefikasi memiliki peranan penting dalam menentukan kelancaran proses verifikasi dan pembayaran klaim BPJS Kesehatan.

Meskipun demikian, pending klaim pada aspek kodefikasi tidak selalu disebabkan oleh kesalahan petugas koder. Dalam proses verifikasi, verifikator BPJS Kesehatan dapat meminta dilakukan klarifikasi atau *regrouping* apabila terdapat perbedaan interpretasi terhadap diagnosis, tindakan, maupun hasil *grouping*, meskipun kode yang diberikan telah sesuai dengan dokumentasi rekam medis pasien. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pending klaim tidak hanya dipengaruhi oleh ketepatan kodefikasi, tetapi juga oleh proses verifikasi dan kesamaan persepsi antara rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa ketepatan kodefikasi merupakan kesesuaian antara diagnosis dan tindakan medis dengan kode yang ditetapkan berdasarkan standar ICD-10 dan ICD-9-CM. Ketepatan tersebut dipengaruhi oleh kelengkapan dokumentasi klinis, kompetensi petugas koder, kepatuhan

terhadap pedoman pengkodean, serta proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Dengan demikian, ketepatan kodefikasi menjadi salah satu faktor penting dalam mendukung kelancaran proses verifikasi dan pembayaran klaim BPJS Kesehatan sekaligus menjadi landasan utama dalam penelitian ini.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif untuk menganalisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan ditinjau dari ketepatan kodefikasi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Masyithoh Bangil. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni-Juli 2026 dengan populasi seluruh berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap yang mengalami pending klaim periode Januari–Maret 2026 sebanyak 75 berkas. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling, sehingga seluruh populasi dijadikan sampel penelitian.

Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, studi dokumentasi, dan wawancara menggunakan lembar *checklist* berdasarkan pedoman ICD-10, ICD-9-CM, dan ketentuan verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Data dianalisis secara deskriptif menggunakan distribusi frekuensi dan persentase, kemudian diinterpretasikan

berdasarkan teori ketepatan kodefikasi dan sistem klaim INA-CBG's.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan hasil pengumpulan data di Rumah Sakit Islam Masyithoh Bangil diperoleh data mengenai klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang berstatus pending selama periode Januari–Maret 2026. Data penyebab pending klaim disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Diteribusi Distribusi Klaim BPJS RI Priode Januari-Maret

No	Keterangan	Jumlah	Persentase
1	Pending disebabkan oleh kode diagnosis	48	64
2	Pending disebabkan oleh kode tindakan	7	9,33
3	Pending disebabkan oleh faktor selain kodefikasi	20	26,67
	Total	75	100%

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa selama periode Januari–Maret 2026 terdapat 75 klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang berstatus pending. Dari jumlah tersebut, 55 klaim (73,33%) disebabkan oleh faktor kodefikasi, sedangkan 20 klaim (26,67%) disebabkan oleh faktor selain kodefikasi.

Pending klaim yang disebabkan oleh faktor kodefikasi terdiri atas 48 klaim (64,00%) akibat permasalahan kode diagnosis dan 7 klaim (9,33%) akibat permasalahan kode tindakan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa penyebab pending klaim pada periode penelitian lebih banyak berasal dari

permasalahan kode diagnosis dibandingkan kode tindakan.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 75 klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang berstatus pending, sebanyak 55 klaim (73,33%) disebabkan oleh faktor kodefikasi, sedangkan 20 klaim (26,67%) disebabkan oleh faktor selain kodefikasi. Permasalahan kodefikasi terdiri atas 48 klaim (64,00%) yang berkaitan dengan kode diagnosis dan 7 klaim (9,33%) yang berkaitan dengan kode tindakan. Temuan tersebut menunjukkan bahwa aspek kodefikasi, khususnya kode diagnosis, merupakan penyebab dominan pending klaim di Rumah Sakit Islam Masyithoh Bangil.

Hasil penelitian ini mendukung teori Hatta (2011) yang menyatakan bahwa ketepatan kodefikasi merupakan kesesuaian antara diagnosis dan tindakan medis yang tercantum dalam rekam medis dengan kode yang ditetapkan berdasarkan pedoman ICD-10 dan ICD-9-CM. Ketepatan kode sangat menentukan kualitas informasi kesehatan dan berpengaruh terhadap proses pelaporan serta pembiayaan pelayanan kesehatan. Selain itu, WHO (2016) menjelaskan bahwa pengkodean diagnosis harus dilakukan berdasarkan dokumentasi klinis yang lengkap, akurat, dan spesifik

agar menghasilkan kode yang tepat sesuai dengan kaidah ICD-10. Ketidaktepatan kode dapat memengaruhi hasil *grouping* INA-CBG's sehingga berdampak pada proses verifikasi klaim.

Ketepatan kodefikasi tidak hanya dipengaruhi oleh kompetensi petugas koder, tetapi juga oleh kualitas dokumentasi rekam medis. Diagnosis utama, diagnosis sekunder, maupun tindakan medis yang ditulis oleh dokter harus lengkap, jelas, dan spesifik agar petugas koder dapat menetapkan kode yang sesuai. Apabila dokumentasi klinis belum lengkap atau terdapat informasi yang kurang spesifik, proses pengkodean menjadi lebih kompleks dan berpotensi menimbulkan perbedaan interpretasi pada saat verifikasi klaim. Kondisi tersebut sejalan dengan pendapat Hatta (2011) yang menyatakan bahwa rekam medis merupakan sumber utama dalam proses penetapan kode diagnosis dan tindakan.

Hasil penelitian ini juga dapat dijelaskan melalui konsep kualitas data yang dikemukakan oleh Huang, Lee, dan Wang (1999) dalam Nurul Aini (2025) yang menyatakan bahwa kualitas data harus memenuhi aspek akurasi, kelengkapan, konsistensi, dan relevansi. Dalam proses klaim BPJS Kesehatan, seluruh informasi pada resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, diagnosis, tindakan, serta

kodefikasi harus saling mendukung. Ketidakesesuaian pada salah satu komponen tersebut dapat menyebabkan verifikator meminta klarifikasi atau melakukan *regrouping* sehingga klaim dinyatakan pending.

Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian Salima dan Zein (2023) yang menyatakan bahwa ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan merupakan salah satu penyebab utama pending klaim BPJS Kesehatan. Penelitian Nursyiam dan Wahab (2024) juga menunjukkan bahwa aspek kodefikasi masih menjadi faktor dominan dalam proses verifikasi klaim karena ketepatan pengkodean sangat menentukan hasil *grouping* INA-CBG's.

Namun demikian, berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan petugas koder dan petugas casemix di Rumah Sakit Islam Masyithoh Bangil, ditemukan bahwa pending klaim pada aspek kodefikasi tidak selalu disebabkan oleh kesalahan petugas koder. Pada beberapa kasus, kode diagnosis dan tindakan telah sesuai dengan dokumentasi rekam medis, tetapi verifikator BPJS Kesehatan tetap meminta dilakukan *regrouping* atau klarifikasi karena adanya perbedaan interpretasi terhadap kondisi klinis pasien. Temuan ini menunjukkan bahwa proses verifikasi klaim tidak hanya dipengaruhi oleh ketepatan kodefikasi, tetapi juga oleh

perbedaan penafsiran terhadap aturan *grouping* INA-CBG's.

Temuan tersebut sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) yang menjelaskan bahwa proses verifikasi dilakukan dengan menilai kesesuaian antara diagnosis, tindakan, dokumentasi klinis, dan hasil *grouping*. Apabila terdapat ketidakesesuaian atau perbedaan interpretasi terhadap data klinis, verifikator berwenang meminta klarifikasi atau melakukan *regrouping* sebelum klaim dinyatakan layak dibayarkan.

Berdasarkan hasil penelitian dapat dipahami bahwa ketepatan kodefikasi merupakan faktor yang berperan penting dalam proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Akan tetapi, hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pending klaim tidak selalu disebabkan oleh kesalahan pengkodean. Perbedaan interpretasi antara rumah sakit dan verifikator BPJS terhadap kondisi klinis pasien serta hasil *grouping* INA-CBG's turut berkontribusi terhadap terjadinya pending klaim. Oleh karena itu, diperlukan koordinasi yang baik antara dokter, petugas koder, petugas casemix, dan verifikator BPJS Kesehatan agar proses pengajuan klaim dapat berjalan lebih efektif dan meminimalkan terjadinya pending klaim.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa selama periode Januari–Maret 2026 di Rumah Sakit Islam Masyithoh Bangil terdapat 75 klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang berstatus pending dari total 1.417 klaim. Sebagian besar pending klaim disebabkan oleh aspek kodefikasi, yaitu sebanyak 55 klaim (73,33%), sedangkan 20 klaim (26,67%) disebabkan oleh faktor selain kodefikasi. Permasalahan kodefikasi didominasi oleh kode diagnosis sebanyak 48 klaim (64,00%) dan kode tindakan sebanyak 7 klaim (9,33%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketepatan kodefikasi merupakan salah satu faktor penting dalam proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan karena berpengaruh terhadap hasil *grouping* INA-CBG's. Namun demikian, pending klaim pada aspek kodefikasi tidak selalu disebabkan oleh kesalahan petugas koder, melainkan juga dipengaruhi oleh adanya perbedaan interpretasi dalam proses verifikasi sehingga diperlukan klarifikasi atau *regrouping* sebelum klaim dapat diselesaikan.

SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, rumah sakit disarankan untuk meningkatkan validasi internal terhadap berkas klaim BPJS

Kesehatan sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan melalui koordinasi antara petugas koder, petugas *casemix*, dan dokter penanggung jawab pelayanan. Selain itu, perlu dilakukan evaluasi dan monitoring secara berkala terhadap penyebab pending klaim sebagai upaya peningkatan mutu proses klaim.

Petugas koder diharapkan terus meningkatkan kompetensi melalui pelatihan mengenai ICD-10, ICD-9-CM, serta ketentuan *grouping* INA-CBG's yang berlaku. Di sisi lain, dokter diharapkan melengkapi dokumentasi rekam medis secara jelas, lengkap, dan spesifik agar proses pengkodean dan verifikasi klaim dapat berjalan lebih optimal.

Penelitian selanjutnya disarankan untuk mengkaji faktor lain yang memengaruhi pending klaim, seperti aspek administrasi, kelengkapan dokumen rekam medis, maupun sistem informasi rumah sakit dengan cakupan rumah sakit dan periode penelitian yang lebih luas sehingga diperoleh gambaran yang lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- BPJS Kesehatan. (2014). Pedoman Verifikasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Hatta, G. R. (2011). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana

- Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Huang, K. T., Lee, Y. W., & Wang, R. Y. (1999). *Quality Information and Knowledge*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nursyiam, F., & Wahab, S. (2024). Analisis penyebab pending claim BPJS Kesehatan ditinjau dari aspek kodifikasi pada pelayanan rawat inap. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, *12*(1), 45–54.
- Nurul Aini. (2025). Analisis Kualitas Data Rekam Medis terhadap Ketepatan Kodifikasi dalam Proses Klaim BPJS Kesehatan. Malang: STIKES.
- Ramadhiane, D., & Sari, N. (2021). Ketepatan kode diagnosis berdasarkan ICD-10 terhadap kualitas informasi kesehatan. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, *4*(2), 87–95.
- Salima, N., & Zein, A. (2023). Faktor penyebab pending claim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di rumah sakit. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia*, *11*(2), 102–110.
- World Health Organization. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Revision)*. Geneva: World Health Organization.