

ANALISIS FAKTOR KETIDAKTEPATAN KODE DIAGNOSA PASIEN RAWAT INAP TERHADAP *PENDING* KLAIM BPJS KESEHATAN DI RSUD SEKARWANGI

¹Vivi Widayanti, ²Yuyun Yunengsih

^{1,2}Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
^{1,2}Politeknik PiksiGanesha, Jl. Jend. Gatot Soebroto No. 301 Bandung.
E-mail: ¹ viviwidayanti2@gmail.com; ² yoen1903@gmail.com

ABSTRACT

Sekarwangi Regional Public Hospital (RSUD Sekarwangi) has established a Standard Operating Procedure (SOP) that governs the submission process for BPJS Health claims. Claims are only accepted by BPJS Health if they comply with the prescribed procedures and flow. If a claim file does not meet the applicable requirements, BPJS Health will return it to the hospital for revision before it can proceed to the reimbursement stage. The purpose of this study is to analyze the factors causing inaccuracies in inpatient diagnosis coding that lead to pending BPJS Health claims at RSUD Sekarwangi. This research employs a descriptive quantitative method. Data collection techniques include observation and literature review. The sample in this study consists of claim files with pending status from October to November 2024. Based on the findings, out of a total of 4,275 submitted claim files, 1,258 files (23%) were marked as pending during the fourth quarter of 2024 at RSUD Sekarwangi. These problematic files were categorized into three main factors: coding errors, the need for code reselection, and the presence of duplicate codes. Based on these findings, it is recommended that the hospital's coding department improve accuracy and precision during the coding process and in preparing claim documents. In addition, staff members are advised to update their knowledge regarding diagnosis coding and review the BPJS Health guidelines to minimize misinterpretation between the hospital coders and the verifiers.

Keywords: Coding inaccuracy, BPJS Claim, Inpatient Care, Pending Claim, Patients diagnose.

ABSTRAK

RSUD Sekarwangi sudah memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) yang telah ditetapkan dalam prosedur pengajuan Klaim BPJS Kesehatan. Klaim akan diterima oleh BPJS Kesehatan hanya apabila telah memenuhi alur dan prosedur yang berlaku. Jika berkas klaim tidak sesuai dengan ketentuan, BPJS Kesehatan akan mengembalikannya ke rumah sakit untuk direvisi sebelum diproses penggantian biayanya. Tujuan penelitian ini yaitu menganalisis faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosa pasien rawat inap terhadap *pending* klaim BPJS Kesehatan di RSUD Sekarwangi. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif deskriptif. Teknik pengumpulan data dengan observasi dan studi pustaka. Sampel penelitian adalah berkas *pending* klaim bulan Oktober-November tahun 2024. Berdasarkan hasil penelitian, dari total 4.275 berkas klaim yang diterima (77%), terdapat 1.258 berkas (22,7%) yang mengalami status *pending* selama triwulan IV tahun 2024 di RSUD Sekarwangi. Permasalahan pada berkas-berkas tersebut diklasifikasikan ke dalam tiga faktor utama, yaitu kesalahan pengkodean, perlu dilakukan reseleksi kode, dan adanya kode ganda. Berdasarkan temuan ini, disarankan agar bagian pengkodean di rumah sakit meningkatkan ketelitian dan kehati-hatian dalam proses pengkodean serta penyusunan berkas klaim. Selain itu, petugas juga diharapkan memperbarui pengetahuan terkait kode diagnosis dan meninjau kembali buku panduan BPJS Kesehatan guna meminimalkan perbedaan persepsi antara petugas verifikator.

Kata Kunci: Ketidaktepatan Kode, Klaim BPJS, Rawat Inap, *Pending* Klaim, Diagnosa Pasien.

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang memberikan layanan kesehatan secara menyeluruh kepada individu, meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, serta penanganan kasus kegawatdaruratan (Permenkes RI No 3, 2020). Rumah sakit bertujuan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas guna meningkatkan kesehatan masyarakat (Salima and Zein, 2020). Pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, harus senantiasa meningkatkan kualitas pencatatan secara optimal. Untuk mendukung hal tersebut, diperlukan pengelolaan Rekam Medis yang tersusun secara sistematis dan terstruktur. (Sakinah, Yunengsih, 2021)

Rekam Medis Elektronik adalah dokumen elektronik yang memuat informasi pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis, dan pelayanan kesehatan lainnya, yang dikelola melalui sistem elektronik (Permenkes No. 24, 2022).

Pelayanan rekam medis melibatkan tugas penting untuk mengklasifikasikan dan mengkodekan diagnosis dan tindakan medis, yang melibatkan perubahan diagnosis penyakit menjadi kode yang terdiri dari huruf dan angka (Nursyam and Wahab, 2024). Dalam proses pemberian kode diagnosis kepada pasien, petugas *koding* merujuk pada ketentuan yang tercantum dalam ICD-10.

Ketepatan dalam diagnosis sangat penting untuk mengelola data klinis, penagihan, dan layanan kesehatan. Pengkodean yang akurat menghasilkan data berkualitas tinggi. Ketidaktepatan dalam pengkodean dapat menyebabkan kerugian rumah sakit dalam penyusunan laporan dan dampak finansial. Sistem klaim mungkin tidak sesuai dengan tindakan medis, yang berdampak pada klaim yang tertunda dan menyebabkan kerugian finansial. Oleh karena itu, ketepatan dalam diagnosis sangat penting untuk manajemen perawatan kesehatan yang efisien (Hidayah, Yunengsih, 2024)

Pengkodean diagnosis dan prosedur medis yang akurat sangat penting untuk pembiayaan layanan kesehatan dan memastikan proses penggantian biaya yang lancar. Banyak klaim dikembalikan karena informasi yang tidak lengkap atau pengkodean

yang tidak akurat, yang memengaruhi keseluruhan proses (Sandra Dwi Oktavia, 2016)

Sistem jaminan sosial nasional di Indonesia bertujuan untuk menjamin perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh warga negara (Kemenkes RI, 2011). Untuk mencapai tujuan nasional tersebut, diperlukan pembangunan yang menyeluruh, terpadu, terarah, dan berkelanjutan, serta memerlukan pengelolaan informasi yang akurat agar dapat terlaksana secara efektif.

Klaim BPJS merupakan jangka waktu penggantian biaya perawatan rumah sakit bagi pasien peserta BPJS yang diajukan kepada BPJS Kesehatan atas pemeriksaan yang telah dilakukan. Setiap bulan, BPJS Kesehatan secara kolektif menyetujui dan membayarkan klaim tersebut, lalu mengirimkannya kembali ke rumah sakit untuk ditelaah. (Santiasih, 2021)

BPJS Kesehatan menerima klaim jika memenuhi prosedur yang diperlukan, termasuk administrasi kepesertaan, administrasi layanan, dan layanan kesehatan. Jika dokumen klaim tidak memenuhi persyaratan ini, dokumen tersebut dikembalikan ke rumah sakit untuk diperbaiki sebelum penggantian biaya. Klaim yang tertunda dapat mengakibatkan jumlah klaim yang lebih rendah daripada pengajuan awal.

Klaim *pending* adalah klaim yang tidak lengkap atau tidak sesuai dengan ketentuan, sehingga petugas *casemix* harus memeriksa ulang dan melengkapi dokumen sebelum mengirimkannya ke BPJS. BPJS mendorong fasilitas kesehatan untuk mengembangkan rekam medis elektronik yang lebih efisien dan akurat guna meningkatkan perawatan pasien. Sebagai perpanjangan tangan pemerintah di bidang kesehatan, BPJS terus melakukan sosialisasi peraturan terkait penerapan rekam medis elektronik agar dapat segera diimplementasikan oleh seluruh fasilitas kesehatan di Indonesia. Hal ini bertujuan untuk mempercepat dan mempermudah proses klaim BPJS bagi pasien. (Yeni Tri Utami, et. al, 2024)

Keterkaitan antara ketepatan kode diagnosis dengan klaim yang tertunda sangat erat. Kesalahan dalam penulisan kode diagnosis dapat memengaruhi proses verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan. BPJS harus

memastikan kode yang digunakan sesuai dengan kondisi pasien, tindakan medis, dan pengelompokan tarif berdasarkan sistem INA-CBGs. Apabila kode yang diajukan tidak tepat, maka proses klaim akan ditunda hingga fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) melakukan perbaikan. (Sandra Dwi Oktavia, 2016)

Menurut paparan hasil penelitian yang dilakukan oleh Widaningtyas (2024) Penyebab tertundanya klaim antara lain disebabkan oleh kesalahan dalam proses pengkodean serta kesalahan dalam pengisian data. Untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai permasalahan ini, diperlukan analisis secara menyeluruh terhadap faktor-faktor manajerial yang turut berkontribusi terhadap terjadinya *pending* klaim BPJS. (Aulia *et al.*, 2025)

Peneliti di RSUD Sekarwangi melakukan pengamatan terhadap berkas pasien rawat inap BPJS Kesehatan sejak November 2024 hingga April 2025. Mereka menemukan pengajuan klaim pada Oktober sebanyak 1.937, pending pada November sebanyak 639, November sebanyak 1.810, dan bulan Desember sebanyak 1.786 berkas yang diajukan dan yang *pending* sebanyak 297 berkas. Diperoleh keseluruhan berkas yang diajukan klaim selama triwulan IV tahun 2024 sebanyak 5.533 berkas, adapun klaim yang diterima sebanyak 4.275 (77%) berkas dan sebanyak 1.258 (23%) berkas klaim *pending* selama triwulan IV tahun 2024.

Peneliti bertujuan untuk melakukan penelitian mengenai “Analisis Faktor Ketidaktepatan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap Terhadap *Pending* Klaim Bpjs Kesehatan Di RSUD Sekarwangi” pada periode Oktober-November triwulan IV tahun 2024, berdasarkan hasil observasi yang telah dilakukan.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan pendekatan deskriptif untuk menggambarkan secara akurat status klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap di RSUD Sekarwangi, tanpa adanya intervensi atau manipulasi terhadap variabel yang diteliti (Syahrizal and Jailani, 2023)

Proses penelitian secara menyeluruh, yang mencakup langkah-langkah berikut.

- 1) Menentukan topik permasalahan yang akan diteliti.
- 2) Melakukan studi awal dengan mengkaji teori-teori dan hasil penelitian terdahulu.
- 3) Merumuskan masalah serta merancang desain penelitian.
- 4) Menyusun hipotesis penelitian.
- 5) Menetapkan variabel-variabel yang akan diteliti.
- 6) Menyusun rancangan atau desain penelitian secara menyeluruh.
- 7) Merancang dan menyusun instrumen atau alat untuk mengumpulkan data.
- 8) Menentukan sumber data yang relevan.
- 9) Melaksanakan pengumpulan data di lapangan.
- 10) Mengolah serta menganalisis data yang telah diperoleh.
- 11) Menyajikan hasil temuan penelitian secara sistematis.
- 12) Menghasilkan teori berdasarkan hasil analisis.
- 13) Menyusun dan menuliskan laporan akhir penelitian

Penelitian ini meneliti seluruh berkas klaim BPJS Kesehatan yang tertunda untuk layanan rawat inap di RSUD Sekarwangi dari Oktober hingga November tahun 2024. Teknik total sampling digunakan, sehingga memungkinkan analisis yang komprehensif karena jumlah populasi yang kecil. Penelitian ini bertujuan untuk memahami peran BPJS Kesehatan dalam layanan rawat inap.

Variabel utama dalam penelitian ini adalah status pending klaim BPJS Kesehatan pada aspek koding. Selain itu, variabel lain yang turut diamati meliputi jenis diagnosis, jenis tindakan medis, serta alasan pending dari pihak BPJS Kesehatan. Studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi pola kejadian dan kecenderungan dalam proses klaim, bukan menguji hubungan kausal antara variabel.

Penulis menggunakan berbagai metode pengumpulan data melalui dua pendekatan, yaitu:

1. Data Primer

Pengumpulan data dilakukan dengan observasi partisipatif, melibatkan peneliti yang secara aktif berpartisipasi dalam kegiatan sehari-hari subjek penelitian. Metode ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang menyeluruh tentang

situasi yang diteliti, memperoleh data primer dari sumber pertama langsung di lapangan.

2. Data Sekunder

Studi pustaka digunakan sebagai pengumpulan data sekunder dalam penelitian, dengan meninjau sumber tertulis yang relevan seperti artikel ilmiah, pedoman pengkodean, dan peraturan BPJS Kesehatan. Studi ini memperkuat landasan teori, membandingkan hasil dengan penelitian sebelumnya, dan mendukung proses analisis data.

Penelitian ini memanfaatkan berbagai alat dan bahan, antara lain:

- a. Bahan penelitian: berkas klaim BPJS Kesehatan rawat inap yang dipending, dokumen pendukung seperti laporan hasil verifikasi dan pedoman coding.
- b. Alat bantu: komputer atau laptop untuk keperluan pengolahan data, formulir observasi untuk mencatat data di lapangan, serta perangkat lunak seperti Microsoft Excel yang digunakan untuk rekapitulasi dan analisis data.

Studi ini mengklasifikasikan data berdasarkan jenis diagnosis, tindakan medis, dan alasan klaim yang tertunda. Data diringkas dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase. Analisis dilakukan secara kuantitatif untuk memberikan gambaran terperinci tentang distribusi klaim yang tertunda dan faktor-faktor yang memengaruhinya. Hasilnya disajikan dalam bentuk narasi ilmiah, tabel, dan grafik untuk mendukung pemahaman masalah yang diteliti.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelaksanaan Proses Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Sekarwangi

Berdasarkan (Peraturan Nomor 7 tahun 2018) menguraikan persyaratan pengajuan klaim pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL), yang berkaitan dengan administrasi klaim fasilitas kesehatan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan, sebagai berikut:

- a. Surat Keterangan Kepesertaan (SEP) yang ditandatangani oleh Peserta/keluarga atau cap jempol Peserta;
- b. Resume medis yang memuat diagnosis dan tindakan yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP);
- c. Laporan tindakan, prosedur, atau operasi;
- d. Hasil pemeriksaan penunjang, jika dilakukan;
- e. Surat perintah rawat inap;
- f. Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit;
- g. Daftar periksa klaim rumah sakit; dan
- h. Output sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan.

Prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan bertujuan untuk memperoleh penggantian biaya dari pihak BPJS Kesehatan kepada rumah sakit. RSUD Sekarwangi sudah memiliki standar prosedur operasional (SOP) yang telah ditetapkan dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan, sebagai berikut.

- 1) Berkas klaim rawat inap dapat berasal dari: Instalasi Rawat Inap, Instalasi Ibu dan Anak dan Instalasi Perawatan Intensif.
- 2) Berkas diserahkan ke petugas administrasi beserta Rekam Medis pasien
- 3) Petugas administrasi melakukan pengecekan kelengkapan berkas. Bila berkas telah lengkap, berkas beserta Rekam Medis pasien diserahkan ke bagian casemix. Bila Berkas tidak lengkap, berkas dikembalikan ke unit yang bersangkutan
- 4) Tim casemix melakukan analisis berkas berdasarkan Rekam Medis pasien
- 5) Bila berkas tidak lengkap secara kualitas, casemix melakukan koordinasi dengan: DPJP/ MPP/Kepala Ruangan/Kepala Instalasi yang berperan dalam memberikan pelayanan pada pasien tersebut
- 6) Bila berkas telah lengkap secara kualitas, berkas diserahkan pada tim coder
- 7) Tim coder melakukan proses pengkodean sesuai aturan ICD 10 dan ICD 9, lalu berkas diserahkan pada tim entri rawat inap

- 8) Tim entri rawat inap melakukan penginputan data dalam aplikasi E-Klaim, lalu berkas diserahkan pada tim scan
- 9) Tim scan melakukan scanning berkas sesuai aturan yang berlaku
- 10) Setelah semua berkas klaim rawat inap selesai, tim scan menginformasikan pada petugas klaim (PIC Klaim).

Prosedur Pengkodean Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUD Sekarwangi

Pengkodean yang akurat memerlukan tinjauan rekam medis yang lengkap, yang harus dimulai dengan tinjauan menyeluruh terhadap rekam medis pasien. Koder kemudian memeriksa dokumen rekam medis untuk memverifikasi diagnosis dan tindakan kemudian ditetapkan kode dari diagnosa dan tindakan tersebut . (Widaningtyas et.al, 2024)

Proses pengkodean yang tepat melibatkan peninjauan catatan medis pasien untuk memahami secara menyeluruh. Koder akan memeriksa dokumen rekam medis untuk memverifikasi diagnosis dan tindakan, kemudian menetapkan kode yang sesuai berdasarkan informasi yang diberikan.

- 1) Terima berkas dari casemix
- 2) Buka SIMRS dan E-Klaim, menyesuaikan tanggal dan berkas yang akan di *koding*
- 3) Mulai meng*koding* berkas dari:
 - a. Melihat tanggal berkas
 - b. Memasukan no SEP ke E-Klaim sesuai dengan yang ada di berkas dan SIMRS
 - c. Melihat Riwayat kontrol sebelumnya untuk melihat diagnosa sebelumnya
 - d. Buka SIMRS, masukan no RM
 - e. Melihat daftar rincian. Jika terdapat tindakan yang diberikan maka harus di *koding* sesuai kode tindakan tersebut
 - f. Berikan *koding* diagnosa pada berkas RM sesuai dengan diagnosanya
 - g. Berikan kode tindakan jika terdapat tindakan yang di lakukan
- 4) Jika sudah selesai. Maka berkas tersebut diberikan ke tim Entri E-Klaim.

Penyebaran data Klaim Pending pada periode Triwulan IV tahun 2024

Gambaran umum tentang alasan di balik tertundanya klaim pasien rawat inap di RSUD Sekarwangi, berdasarkan faktor *koding*.

Tabel 1. Data Klaim Pending BPJS Kesehatan Rawat Inap RSUD Sekarwangi Triwulan IV tahun 2024

Bulan	Jumlah Berkas Klaim BPJS Rawat Inap	Pending Klaim	%
Okt	1937	639	33,0
Nov	1810	322	17,8
Des	1786	297	16,6
Jumlah	5533	1258	22,7

Hasil penelitian menunjukkan terdapat 5.533 klaim tertunda Rawat Inap BPJS Kesehatan pada periode Oktober-November triwulan IV tahun 2024, dengan 1.258 klaim dikembalikan ke RSUD Sekarwangi.

Tabel 2. Data Klaim Pending Terkait Faktor Koding BPJS Kesehatan Rawat Inap RSUD Sekarwangi Triwulan IV tahun 2024

Bulan	Jumlah Berkas Klaim BPJS Rawat Inap	Pending Klaim	Faktor Koding
Okt	1937	639 (33,0%)	99 (15,5%)
Nov	1810	322 (17,8%)	78 (24,2%)
Des	1786	297 (16,6%)	56 (18,9%)
Jumlah	5533	1258 (22,7)	233 (18,5%)

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pada *Pending* Klaim BPJS Kesehatan pada periode Triwulan IV Tahun 2024 terkait faktor *koding*, diperoleh pada bulan Oktober sebanyak 99 berkas (15,5%), bulan November sebanyak 78 berkas (24,2%), dan bulan Desember sebanyak 56 berkas (18,9%). Persentase tertinggi terkait faktor *koding* diperoleh sebesar 24,2% pada bulan November, sedangkan persentase terendah sebesar 15,5% pada bulan Oktober.

Tabel 3. Data Klaim *Pending* BPJS Kesehatan Distribusi Faktor *Koding* Rawat Inap RSUD Sekarwangi Triwulan IV tahun 2024

Penyebab <i>Koding</i>	Faktor <i>Koding</i>		
	Kode Ganda	Reseleksi	Kesalahan Kode
99	0	29	70
78	1	14	63
56	0	18	38
Jumlah	1	61	171
Persentase	0,1%	4,8%	13,6%

Hasil penelitian mengungkap bahwa kesalahan pengkodean, reseleksi, dan kode ganda merupakan faktor paling umum yang menyebabkan klaim tertunda pada Triwulan IV tahun 2024, dengan jumlah masing-masing sebesar 13,6%, 4,8%, dan 0,1%.

Faktor-faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di RSUD Sekarwangi

Pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Sekarwangi masih banyak menemui kendala, khususnya klaim yang belum diproses. Salah satu kendalanya adalah kesalahan dalam pengkodean diagnosis pasien yang dipengaruhi oleh berbagai faktor (Bella, Pratama and Abidin, 2024). Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi dan menganalisis faktor penyebab klaim belum diproses dari aspek teknis, administratif, dan

sumber daya manusia guna meningkatkan efisiensi sistem.

Pada Triwulan IV tahun 2024, RSUD Sekarwangi telah mengajukan 5533 berkas dan *pending* klaim 1258 berkas yang dikembalikan. Data tersebut berasal dari klaim yang telah direvisi dan diklasifikasikan ke dalam tiga faktor: (1) faktor kesalahan kode, (2) faktor reseleksi, dan (3) faktor kode ganda.

Hasil penelitian yang dilakukan mengungkap bahwa klaim yang tertunda disebabkan oleh kesalahan dalam proses kodifikasi, yang dapat menyebabkan ketidakakuratan dalam pemberian kode diagnosis dan tindakan medis, sehingga mempengaruhi klaim yang harus dibayarkan BPJS ke rumah sakit. (Nursyiam and Wahab, 2024)

1. Faktor Kesalahan Kode

Kesalahan pengkodean diagnostik, yang tidak mematuhi pedoman ICD-10 atau tidak menggambarkan kondisi pasien secara akurat, merupakan alasan signifikan untuk klaim yang tertunda. Kesalahan ini dapat disebabkan oleh data medis yang tidak memadai atau ketidakcocokan antara diagnosis primer dan sekunder.

Petugas pengkodean rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan berpotensi menghadapi perbedaan interpretasi, yang berujung pada klaim tertunda akibat data pendukung tidak mencukupi atau dokumentasi medis tidak lengkap, sehingga menghalangi verifikasi verifikator atas keakuratan kode yang diserahkan.

Berkas Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD Sekarwangi periode Oktober-Desember triwulan IV tahun 2024 masih tertunda karena faktor kesalahan kode, salah satu contoh kasus yaitu: “*Konfirmasi kode dx I46.9 pada pasien meninggal, dx cardiac arrest hanya bisa dientrikan untuk pasien yg ROSC tp jika pasien meninggal tdk dapat dientrikan. Dan I46.9 cardiac arrest hanya bs ditegakkan diagnosanya oleh Sp.JP/ Sp.PD*” artinya penggunaan kode I46.9 hanya bisa di entrikan untuk pasien yang mengalami *Return of Spontaneous Circulation* (ROSC) yaitu kembalinya sirkulasi spontan setelah sebelumnya

mengalami henti jantung (*cardiac arrest*) serta hanya bisa ditegakkan oleh Dokter Spesialis Jantung. Maka dari itu, kode I46.9 dihapus.

Studi ini sejalan dengan penelitian Yeni Tri Utami dkk (2024) yang menunjukkan bahwa ketidakakuratan kode tidak umum terjadi pada semua berkas klaim, hanya beberapa kasus yang melibatkan kesalahan kode diagnosis atau tindakan. Verifikator BPJS Kesehatan biasanya melakukan konfirmasi ke pihak rumah sakit.

2. Faktor Reseleksi

Kode diagnosis utama ditentukan oleh petugas pengkodean rumah sakit berdasarkan kondisi pasien yang relevan selama perawatan. (Widyaningrum, 2015). Verifikator BPJS Kesehatan memastikan kode tersebut sesuai dengan pedoman seperti ICD-10 dan INA-CBG. Jika ditemukan ketidaksesuaian, klaim dapat ditunda hingga dilakukan perbaikan. Proses ini penting untuk perawatan pasien yang akurat.

Berkas Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD Sekarwangi masih dalam proses karena faktor pemilihan ulang kode, contoh kasus yaitu: “*Konfirmasi kode dx E88.0, hipoalbumin menggunakan kode dx R77.0*”. Artinya dalam kasus ketidaksesuaian diagnosis dan kode dengan kriteria BPJS Kesehatan, verifikator BPJS akan melakukan konfirmasi ulang terhadap penetapan diagnosis utama. Penyesuaian ini dilakukan berdasarkan peraturan yang berlaku di BPJS Kesehatan serta kesepakatan yang telah ditetapkan bersama oleh rumah sakit. Penentuan diagnosis utama juga mempertimbangkan sumber daya yang digunakan selama perawatan pasien.

Verifikator BPJS Kesehatan memilih ulang kode diagnosis untuk memastikan klaim sesuai dengan pedoman ICD-10 dan INA-CBGs. Ketidakkonsistenan dalam menentukan diagnosis utama dapat menunda klaim. Rumah sakit harus memastikan diagnosis utama didukung oleh data medis yang lengkap dan berdasarkan sumber daya perawatan

pasien untuk menghindari klaim yang tertunda hingga koreksi dilakukan.

3. Faktor Kode Ganda

Kode ganda merujuk pada situasi di mana diagnosis atau tindakan medis yang sama dikodekan lebih dari sekali dalam satu episode perawatan pasien. Hal ini dapat terjadi karena duplikasi pencatatan atau kesalahan dalam proses pengkodean. BPJS Kesehatan menganggap klaim dengan kode ganda sebagai tidak valid, sehingga klaim tersebut dapat ditolak atau *dipending*.

Berkas klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Sekarwangi pada periode Oktober-Desember Triwulan IV Tahun 2024 yang mengalami *pending* dengan klasifikasi faktor kode ganda, contoh kasus yaitu: “*Klaim otomatis pending oleh sistem karena terbaca double code-->Jika terdapat penyakit pada sistem urinary (N30 - N39) dengan urolithiasis (N20-N23) maka yang dikode hanya N20 - N23*”, diperoleh persentase 0,4%. Artinya dalam sistem klaim BPJS Kesehatan, jika seorang pasien mengalami urolitiasis (batu saluran kemih) yang dikodekan dalam rentang N20–N23, dan juga mengalami penyakit lain pada sistem urinaria seperti infeksi saluran kemih (misalnya, sistitis atau pielonefritis) yang dikodekan dalam rentang N30–N39, maka hanya kode N20–N23 yang seharusnya digunakan dalam klaim.

Hal ini dikarenakan kondisi infeksi saluran kemih sering kali merupakan komplikasi atau gejala dari adanya batu saluran kemih. Oleh karena itu, pengkodean diagnosis infeksi saluran kemih secara terpisah dianggap sebagai duplikasi (*double coding*) dan dapat menyebabkan klaim otomatis *dipending* oleh sistem.

Untuk menghindari *pending* klaim akibat duplikasi kode, penting bagi petugas *koding* untuk memahami dan mengikuti pedoman pengkodean yang berlaku. Dalam kasus urolitiasis yang disertai infeksi saluran kemih, hanya kode untuk urolitiasis yang seharusnya digunakan dalam klaim BPJS Kesehatan.

Upaya Penyelesaian *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di RSUD Sekarwangi

Upaya penyelesaian *pending* klaim BPJS Kesehatan, khususnya yang disebabkan oleh kesalahan pengkodean (*koding*), memerlukan pendekatan sistematis dan kolaboratif antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Berbagai studi dan praktik di lapangan telah mengidentifikasi langkah-langkah strategis yang dapat diambil untuk mengurangi jumlah klaim yang tertunda.

1. Peningkatan Kompetensi Petugas *Koding*
Kesalahan dalam pemberian kode diagnosis dan tindakan medis merupakan salah satu penyebab utama *pending* klaim. Di RSUD Sekarwangi, misalnya, pada triwulan IV tahun 2024, dari 5533 berkas klaim, 1258 (22,7%) mengalami *pending*, dengan 13,6% di antaranya disebabkan oleh kesalahan kode. Untuk mengatasi hal ini, rumah sakit perlu mengadakan pelatihan rutin bagi petugas *koding* agar mereka memahami dan menerapkan pedoman ICD-10 dengan benar.
2. Implementasi Sistem Verifikasi Internal
Penerapan sistem verifikasi internal sebelum pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan dapat membantu mengidentifikasi dan memperbaiki kesalahan sejak dini. Dengan melakukan verifikasi internal dilakukan oleh tim *casemix* untuk memastikan kelengkapan dan ketepatan berkas sebelum diajukan.
3. Koordinasi Antar departemen
Kolaborasi antara departemen rekam medis, keuangan, dan pelayanan medis sangat penting dalam proses klaim. Di RSUD Sekarwangi, tim *casemix* berkoordinasi dengan DPJP, MPP, kepala ruangan, dan kepala instalasi untuk memastikan bahwa berkas klaim lengkap secara kualitas sebelum diserahkan ke tim *koding*.
4. Pemanfaatan Teknologi Informasi
Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan aplikasi e-Klaim meningkatkan efisiensi dan akurasi klaim dengan mendokumentasikan data pasien dan tindakan medis, memfasilitasi pengkodean dan verifikasi.
5. Monitoring dan Evaluasi Berkala

Pemantauan dan evaluasi proses risiko dapat membantu mengidentifikasi risiko potensial dan menerapkan tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah yang tertunda.

6. Sosialisasi dan Edukasi kepada DPJP
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sangat penting dalam dokumentasi medis, dan pendidikan yang tepat tentang kesalahan pengkodean dapat membantu mengurangi klaim yang tertunda dan meningkatkan akurasi diagnosis dan tindakan.

SIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa meskipun telah mengikuti standar operasi prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Sekarwangi, masih terdapat 2.258 klaim yang belum diproses pada triwulan IV 2024, terutama disebabkan oleh kesalahan pengkodean (13,6%), pemilihan ulang (4,8%), dan kode ganda (0,1%). Kesalahan pengkodean disebabkan oleh ketidakkonsistenan antara dokumentasi medis dan pedoman, serta kurangnya koordinasi dan verifikasi internal.

Bagian pengkodean di rumah sakit perlu meningkatkan ketelitian dan kehati-hatian dalam melakukan pengkodean serta dalam penyusunan berkas klaim. Petugas juga disarankan untuk terus memperbarui pengetahuan mengenai kode diagnosis dan menelaah kembali panduan BPJS Kesehatan guna mengurangi perbedaan pemahaman antarpetugas verifikator. Di samping itu, penting bagi kedua belah pihak untuk saling mengingatkan serta menjalin koordinasi yang aktif agar kesalahan dalam proses verifikasi dapat dicegah. BPJS Kesehatan dapat memfasilitasi pertemuan rutin dengan rumah sakit untuk membahas prosedur yang tepat guna meminimalisir pengembalian berkas klaim.

DAFTAR PUSTAKA

- Aulia, A. *et al.* (2025) 'Analisis Penyebab *Pending* Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Malang Tahun 2024', 15(1).
- Bella, C.R., Pratama, A. and Abidin, A.Z.

- (2024) ‘Gambaran Penyebab Pending Claim BPJS Kesehatan Akibat Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS)’, 3(2), pp. 7–17.
- Hidayah, F.F. and Yunengsih, Y. (2024) ‘Firda Fitri Hidayah 1* , Yuyun Yunengsih 2’, 5(September), pp. 9780–9784.
- Kemenkes RI (2011) ‘Undang-undang No 24 tahun 2011’, *Экономика Региона*, 53(9), pp. 167–169.
- Nursyiam, F. and Wahab, S. (2024) ‘ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS RAWAT INAP TERHADAP KODIFIKASI REKAM MEDIS DI RSUD KOTA BANDUNG 2024’, pp. 46–51.
- Peraturan Nomor 7 tahun 2018 (2016) ‘Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 tahun 2018’, pp. 1–23.
- Permenkes No. 24 (2022) ‘Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis’, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022*, 151(2), pp. 1–19.
- Permenkes RI No 3 (2020) ‘Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit’, (3), pp. 1–80.
- Sakinah, A. and Yunengsih, Y. (2021) ‘Analisis Kelengkapan Resume Medis Rawat Inap Bpjs Terhadap Kelancaran Klaim Bpjs Kesehatan Di Rumah Sakit Melania Bogor’, *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 2(4), pp. 70–77. Available at: <https://doi.org/10.31004/jkt.v2i4.2665>
- Salima, N.I.F. and Zein, E.R. (2020) ‘Analisis Faktor Penyebab Terjadinya Klaim Pending Pasien Rawat Inap Bpjs Kesehatan Di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Tahun 2023’, *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), pp. 1–23.
- Sandra Dwi Oktavia (2016) ‘faktor ketidaktepatan’, 19(1978), pp. 1–23.
- Santiasih, W.A. dkk (2021) ‘Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan’, *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), pp. 1381–1394.
- Syahrizal, H. and Jailani, M.S. (2023) ‘Jenis-Jenis Penelitian Dalam Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif’, *Jurnal QOSIM Jurnal Pendidikan Sosial & Humaniora*, 1(1), pp. 13–23. Available at: <https://doi.org/10.61104/jq.v1i1.49>.
- Widaningtyas, E., Putri Novinawati, F. and Asmorowati, A. (2024) ‘Analisis Pending Klaim Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit Qim Batang Tahun 2022’, *Avicenna : Journal of Health Research*, 7(1), pp. 42–53. Available at: <https://doi.org/10.36419/avicenna.v7i1.1028>.
- Widyaningrum, L. (2015) ‘Ketepatan Reseleksi Diagnosa Dan Kode Utama Berdasarkan Aturan Morbiditas Pembiayaanjaminan Kesehatan Ina-Cbgs’, *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(2), pp. 27–31. Available at: <https://doi.org/10.33560/.v3i2.81>.
- Yeni Tri Utami, Prima Soultioni Akbar, Reza Amelia, S.Y.S. (2024) ‘FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS RAWAT INAP DENGAN’, (3), pp. 406–417.