

SKRIPSI
ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN
AKIBAT KETIDAKSESUAIAN KODE DIAGNOSIS
DI RSUD WONOMULYO



NURUL FADILA

B0521012

PROGRAM STUDI S1 ADMINISTRASI KESEHATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

2025

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi dengan Judul:

ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN AKIBAT KETIDAKSESUAIAN KODE DIAGNOSIS DI RSUD WONOMULYO

Disusun dan diajukan oleh:

NURUL FADILA

B0521012

Telah disetujui untuk disajikan di hadapan tim penguji pada seminar hasil program
studi S1 Administrasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Sulawesi Barat

Ditetapkan di Majene 24 Oktober 2025

Dewan Penguji

dr. Muh. Chandra Alim, M.Kes

(.....)

Heriyati, SKM., M.Kes

(.....)

Andi Mifta Farid Panggeleng, SKM., M.K.M

(.....)

Dewan Pembimbing

Masniati, SE., M.Kes

(.....)

Achmad Mawardi Shabir, SH., M.K.M

(.....)

Mengetahui

**Dekan
Fakultas Ilmu Kesehatan**

**Ketua
Program Studi Administrasi Kesehatan**



Dr. Habibi, SKM., M.Kes
NIDN. 2010098703

Muhammad Hosni Mubarak, SKM. M.Kes
NIDN. 0912048903

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Nurul Fadila
Nim : B0521012
Tanggal : 24 Oktober 2025
Tanda Tangan :



ABSTRAK

Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Akibat Ketidaksesuaian Kode Diagnosis Di RSUD Wonomulyo.

Nurul Fadila¹, Masniati², Achmad Mawardi Shabir³

Latar belakang: klaim BPJS Kesehatan bergantung dan di bayarkan berdasarkan pengelompokan diagnosa hal tersebut menuntut akurasi pengkodean. **Tujuan penelitian:** untuk menganalisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan akibat ketidaksesuaian kode diagnosis di RSUD Wonomulyo, ketidaktepatan kode diagnosis berdampak pada tertundanya pembayaran klaim dan efisiensi pelayanan Rumah Sakit. **Metode penelitian:** menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus instrumental. Teori yang digunakan adalah Lawrance Green 1993; Natoatmodjo 2014 yang mencakup variabel predisposisi, pemungkin dan penguat. pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi dan analisis dokumen dengan teknik snowball sampling dalam penentuan informan. **Hasil penelitian:** menunjukkan bahwa penyebab pending klaim dipengaruhi oleh faktor pemungkin, yaitu kualitas kelengkapan rekam medis seperti tidak lengkapnya data atau identitas pasien serta ketidaklengkapan resume medis dan duplikasi data. Selain itu SOP yang masih berbentuk soft file, SIMRS yang belum terintegrasi. Untuk faktor pendukung pada variabel evaluasi rutin atau berkala masih belum optimal, serta dukungan manajemen memerlukan *reward* atau *punishment* yang direalisasikan. **Kesimpulan:** kualitas kelengkapan rekam medis menjadi faktor utama yang mempengaruhi proses pengkodean ICD-10 karena merupakan informasi utama untuk pengkodean

Kata kunci: Pending klaim, kode diagnosis, BPJS kesehatan, rekam medis, RSUD Wonomulyo

ABSTRACT

Analysis of the Causes of Pending BPJS Health Claims Due to Diagnosis Code Discrepancies at RSUD Wonomulyo.

Nurul Fadila¹, Masniati², Achmad Mawardi Shabir³

Background: BPJS Health claims are dependent on and paid according to diagnosis groupings, which requires accurate coding. Objective: This study aims to analyze the causes of pending BPJS Health claims due to diagnosis code discrepancies at RSUD Wonomulyo. Incorrect diagnosis codes affect the delay of claim payments and hospital service efficiency. Methods: A qualitative approach with an instrumental case study design was used. Theories applied include Lawrence Green (1993) and Notoatmodjo (2014), covering predisposition, enabling, and reinforcing variables. Data were collected through interviews, observation, and document analysis, with snowball sampling used to determine informants. Results: The study found that pending claims are influenced by enabling factors, such as the quality and completeness of medical records, including incomplete patient data or identity, incomplete medical summaries, and data duplication. Additionally, standard operating procedures (SOPs) are still in soft file format, and the hospital information system (SIMRS) is not yet integrated. Regarding reinforcing factors, routine or periodic evaluations are not yet optimal, and management support requires tangible reward or punishment implementation. Conclusion: The quality and completeness of medical records are the main factors affecting the ICD-10 coding process, as they provide the primary information for coding.

Keywords: *pending claims, diagnosis coding, BPJS Health, medical records, Wonomulyo Hospital*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di Indonesia diatur dalam Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, bertujuan memberikan kepastian perlindungan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, yang di mana negara ingin menjamin bahwa semua orang, memiliki akses terhadap kebutuhan dasar hidup yang layak, terutama dalam menghadapi risiko sosial ekonomi seperti sakit, kecelakaan, kehilangan pekerjaan, atau memasuki usia lanjut, diharapkan menjadi salah satu instrumen untuk mencapai tujuan pembangunan nasional, yaitu menciptakan masyarakat yang sejahtera, adil, dan makmur melalui perlindungan sosial yang komprehensif (Parmi et al., 2023).

Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan di mana perlindungan jaminan sosial adalah hak dasar manusia, asas manfaat peserta harus betul-betul mendapatkan manfaat dari program ini, dan asas keadilan sosial semua bagi seluruh rakyat Indonesia. Prinsip penting yang tercantum dalam pasal 4 Undang-undang SJSN yaitu, Gotong royong (dana dikumpulkan bersama dan digunakan untuk yang membutuhkan), Nirlaba (bukan untuk mencari untung, tetapi memberikan perlindungan sosial), Keterbukaan dan Akuntabilitas (dikelola secara transparan dan bertanggung jawab), Kehati-hatian (pengelolaan dan harus aman dan tidak sembarangan), portabilitas (hak peserta tetap berlaku meski mereka pindah kerja atau tempat tinggal), kepesertaan wajib (semua orang harus ikut serta dalam program ini), dana amanat (dana peserta hanya boleh dipakai untuk keperluan jaminan sosial, bukan untuk yang lain) dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta (Syofyan & Gusman, 2023).

Berdasarkan hal tersebut dibentuk dan kemudian dioperasionalkan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), untuk menyelenggarakan program jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, agar dapat memenuhi kebutuhan hidup yang layak dan meningkatkan martabat, BPJS dibentuk sebagai badan hukum nirlaba yang bertanggung jawab kepada Presiden, dalam Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011. Implementasi SJSN dalam bidang kesehatan bertujuan memberikan jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia melalui mekanisme asuransi sosial yang dikelola secara profesional dan transparan.

Prinsip penting yang tercantum dalam Pasal 4 Undang-undang SJSN di antaranya adalah prinsip kehati-hatian yang mengharuskan pengelolaan dana jaminan sosial dilakukan secara *prudent* dengan mempertimbangkan aspek keamanan dan kesehatan keuangan program (Republik Indonesia, 2004). Prinsip ini menjadi dasar legitimasi bagi BPJS Kesehatan untuk melakukan verifikasi klaim secara ketat guna mencegah penyalahgunaan dan memastikan *sustainability* program jaminan kesehatan nasional.

Pada operasionalisasi dari amanat Undang-undang SJSN Pasal 23 yang mengharuskan penyelenggaraan program jaminan sosial dilakukan secara tertib dan bertanggung jawab, BPJS Kesehatan menggunakan sistem pembayaran *Indonesia Case Based Groups (INA CBG's)*. Sistem ini dibentuk sebagai bagian dari upaya untuk mengelola pembiayaan dan pelayanan kesehatan di Indonesia, terutama dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program strategis untuk memberikan akses kesehatan yang adil bagi seluruh rakyat Indonesia.

Implementasi sistem pembiayaan berbasis *Indonesian Case Based Groups (INA CBG's)* dalam era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sistem ini membayar rumah sakit berdasarkan kode diagnosis, bukan rincian tagihan seperti dulu, sistem ini membayar rumah sakit berdasarkan

kode diagnosis utama dan prosedur yang tercatat, bukan berdasarkan rincian tagihan aktual seperti pada sistem *fee for service* sebelumnya. Oleh karena itu, ketepatan dalam proses pengkodean diagnosis oleh fasilitas kesehatan (faskes) menjadi kunci penting dalam kelancaran proses klaim.

Regulasi terbaru melalui Perpres No. 59 Tahun 2024 memperkuat kerangka kerja pengelolaan klaim JKN, termasuk penegasan standar pengajuan klaim oleh faskes dan penggunaan data yang valid, dalam alur klaim BPJS Kesehatan, faskes wajib menyusun resume medis, melakukan pengkodean diagnosis menggunakan ICD-10, dan memasukkan data ke sistem aplikasi verifikasi sebelum klaim dapat diverifikasi oleh BPJS (Pardede et al., 2021).

Berdasarkan data BPJS Kesehatan (2025), jumlah peserta JKN telah mencapai 279,5 juta jiwa atau sekitar 98,3% dari total penduduk Indonesia. Dari jumlah tersebut, peserta aktif tercatat sebanyak 222,7 juta jiwa (79,7%), sementara sisanya terdiri dari peserta penerima bantuan iuran (PBI) dan nonaktif, dari jumlah tersebut, peserta aktif tercatat sebanyak 222,7 juta jiwa (79,7%), sementara sisanya terdiri dari peserta penerima bantuan iuran (PBI) dan nonaktif, di Provinsi Sulawesi Barat, kepesertaan JKN juga menunjukkan partisipasi yang tinggi, dengan sekitar 84,78% dari total penduduk menjadi peserta, meskipun terdapat sekitar 15,22% peserta dalam status tidak aktif.

Peserta JKN di tiga kabupaten, yakni Polewali Mandar, Majene, dan Mamasa, juga cukup tinggi, tetapi tidak semua peserta dalam status aktif, tercatat sekitar 4,17% dari total peserta memiliki status nonaktif, peserta yang aktif capaiannya 98,83 persen atau 701.160 peserta dari total 731.706, kondisi ini menggambarkan bahwa meskipun cakupan JKN meluas, tantangan tetap ada, baik dalam hal kepesertaan maupun pengelolaan klaim oleh faskes.

Undang-undang SJSN mengamanatkan pembagian tanggung jawab yang jelas antara berbagai pemangku kepentingan dalam penyelenggaraan jaminan sosial, fasilitas kesehatan sebagai pemberi layanan memiliki

kewajiban untuk memberikan pelayanan sesuai standar medis dan melakukan pengkodean diagnosis yang akurat Republik Indonesia (2004), BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara memiliki kewajiban untuk melakukan verifikasi klaim secara objektif dan transparan (Arias & Naranjo, 2014).

Aspek penting penting dalam pengelolaan layanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah sistem pembiayaan berbasis klaim, untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjutan seperti rumah sakit, BPJS Kesehatan menggunakan sistem *Indonesian Case Based Groups (INA CBG,s)* metode pembayaran berdasarkan kelompok kasus (case group) yang ditentukan melalui kode diagnosis utama dan prosedur yang tercatat pada rekam medis pasien, dalam hal ini akurasi data medis, khususnya pengkodean diagnosis dan tindakan, menjadi faktor dominan (Parmi et al., 2023).

Proses klaim tidak lagi bergantung pada jumlah obat, hari rawat inap, atau layanan yang diberikan secara rinci, melainkan pada pengelompokan klinis berdasarkan data diagnosis dan prosedur medis, di mana kode diagnosis yang salah atau tidak sesuai dengan kondisi medis pasien dapat menyebabkan sistem tidak dapat mengelompokkan kasus secara tepat, yang pada akhirnya mengakibatkan klaim tertunda (*pending*) atau bahkan ditolak.

Pengkodean diagnosis dilakukan oleh koder di rumah sakit berdasarkan dokumen medis yang disusun oleh dokter. Proses ini harus sesuai dengan kaidah pengkodean internasional seperti ICD-10, jika terdapat ketidaksesuaian antara isi rekam medis, kode diagnosis, dan algoritma pembacaan sistem, maka klaim yang diajukan dapat bermasalah, oleh karena itu, proses koding memiliki peran signifikan dalam keberhasilan pengajuan klaim pelayanan kesehatan (Agustina, 2024).

Faktor yang mempengaruhi dalam proses akurasi koding menurut (Rozza et al., 2024), sumber daya manusia berperan penting dalam akurasi pengkodean, beban kerja berlebih, kurangnya supervisi, dan keterbatasan

akses terhadap panduan pengkodean terbaru menjadi faktor utama kesalahan koding, hal ini memerlukan perhatian khusus untuk dilakukan identifikasi dan meminimalkan terjadinya pending klaim.

Pending klaim bukan hanya masalah administratif, dampaknya lebih luas dan serius, kondisi ini dapat menghambat penyediaan alat kesehatan, obat-obatan, dan logistik penunjang Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, (2024). Proses perbaikan klaim memakan waktu dan tenaga ekstra, dokter harus melengkapi dokumentasi medis, petugas koding harus melakukan koreksi, staf administrasi harus mengelola proses pengajuan ulang. Perpres No. 59 Tahun 2024 memberi batas waktu 6 bulan untuk pengajuan ulang klaim, hal ini menciptakan tekanan waktu yang ketat, beban kerja berulang ini mengganggu alur kerja normal dan menurunkan produktivitas pelayanan kesehatan (Pardede et al., 2021).

Masalah *pending* klaim akibat ketidaksesuaian kode diagnosis, situasi ini juga dialami pada RSUD Wonomulyo yang merupakan salah satu Rumah Sakit yang berada di Kecamatan Wonomulyo, Kabupaten Polewali Mandar, Provinsi Sulawesi Barat, yang kemudian disingkat dengan RSUD Wonomulyo, adalah institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, dengan mengutamakan pengobatan dan pemulihan tanpa mengabaikan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit yang dilaksanakan melalui penyediaan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat tindakan medik dan penunjang medik.

Tabel 1.1 Data Triwulan Satu Klaim BPJS RSUD Wonomulyo

No.	Status Verifikasi	Rawat Jalan	Rawat Inap	Jumlah
1	Layak	3.252	1.331	4.583
2	Pending	93	170	263
3	Dispute	0	0	0
4	Tidak Layak	8	1	9

Berdasarkan tabel 1.1 data triwulan satu 2025 klaim diterima dan tertunda yang diperoleh dari RSUD Wonomulyo di mana pada pelayanan rawat jalan, memiliki kasus *pending* sebanyak 93, yaitu pada bulan Januari berjumlah 39 kasus, pada bulan Februari berjumlah 36 kasus, kemudian

pada bulan Maret berjumlah 20 kasus hal ini mengalami penurunan, namun pada pelayanan rawat inap terdapat indikasi kasus meningkat berjumlah 170 kasus yaitu, pada bulan Januari terdapat 52 kasus pending, pada bulan Februari terdapat 57 kasus pending, dan pada bulan Maret terdapat 61 kasus pending.

Pada pelayanan klaim rawat inap cenderung lebih tinggi kasus yang dipending karena perawatan rawat inap seringkali melibatkan diagnosis yang lebih kompleks, berbagai prosedur medis, dan penggunaan peralatan medis yang lebih banyak, yang semuanya perlu didokumentasikan dengan rinci untuk klaim, sedangkan pada rawat jalan umumnya melibatkan diagnosis yang lebih sederhana dan prosedur yang lebih sedikit, sehingga proses klaim cenderung lebih sederhana dan lebih mudah diselesaikan. Meskipun jumlah klaim yang dinyatakan tidak layak terbilang kecil (total 9 kasus dalam 3 bulan), status *pending* tetap menjadi kendala yang memerlukan penanganan lebih lanjut. Karena angka kasus pending terbanyak diperoleh pada klaim rawat inap maka berkas yang data sekunder akan diambil dari berkas pending klaim rawat inap.

Hasil observasi awal dan wawancara yang dilakukan di RSUD Wonomulyo, penelitian ini bertujuan untuk dilakukan untuk mengidentifikasi faktor penyebab ketidaksesuaian kode diagnosis menjadi penyebab utama pending klaim BPJS Kesehatan di RSUD Wonomulyo, hal tersebut mendasari fokus penelitian ini sebagai aspek utama, meskipun terdapat beberapa aspek yang mempengaruhi pending klaim, penelitian akan dilakukan di unit casemix, RSUD Wonomulyo sebagai unit pengelola proses klaim atau unit lain yang dapat memberikan informasi pendukung yang dibutuhkan dengan teknik sampel *snowboll sampling*, penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi ilmiah mengenai sistem klaim BPJS kesehatan dan faktor yang mempengaruhi penyebab pending klaim khususnya pada aspek koding, serta peran koder maupun petugas casemix dalam akurasi pengkodean dan klaim, pada lingkup Rumah Sakit maupun fasilitas kesehatan lainnya.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, rumusan masalah untuk penelitian Analisis penyebab pending klaim akibat ketidaksesuaian kode diagnosis di RSUD Wonomulyo

1. Bagaimana faktor predisposisi meliputi pendidikan, pelatihan, pengetahuan dan pengalaman petugas *casemix* mempengaruhi pengkodean diagnosis di RSUD Wonomulyo?
2. Bagaimana faktor pemungkin meliputi kualitas rekam medis, ketersediaan SOP, SIMRS yang terintegrasi serta beban kerja mempengaruhi pengkodean di RSUD Wonomulyo?
3. Bagaimana faktor penguat meliputi evaluasi rutin dan dukungan manajemen apabila terjadi pending klaim disebabkan aspek pengkodean?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis berbagai faktor penyebab terjadinya pending klaim BPJS kesehatan yang disebabkan oleh kesalahan pengkodean diagnosis, serta merumuskan strategi perbaikan untuk menangani angka kasus pending klaim di RSUD Wonomulyo.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis faktor predisposisi meliputi pendidikan, pelatihan, pengetahuan dan pengalaman petugas *casemix* dalam pengkodean diagnosis di RSUD Wonomulyo
- b. Menganalisis faktor pemungkin meliputi kualitas rekam medis, ketersediaan SOP, integrasi SIMRS serta beban kerja dalam pengkodean di RSUD Wonomulyo
- c. Menganalisis faktor penguat meliputi evaluasi rutin dan dukungan manajemen apabila terjadi pending klaim dalam pengkodean diagnosis di RSUD Wonomulyo

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi ilmiah mengenai sistem klaim BPJS kesehatan dan faktor yang mempengaruhi penyebab pending klaim khususnya pada aspek koding, serta peran koder maupun petugas casemix dalam akurasi pengkodean dan klaim, pada lingkup Rumah Sakit maupun fasilitas kesehatan lainnya.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi RSUD Wonomulyo, memberikan gambaran penyebab pending klaim terkhusus pada aspek koding sehingga dapat merumuskan upaya perbaikan untuk mengurangi angka kasus pending klaim
- b. Bagi petugas *casmix*, memberikan gambaran dan menjadi bahan evaluasi dan pengembangan kompetensi
- c. Bagi BPJS Kesehatan, memberikan data lapangan sebagai pertimbangan perbaikan sistem verifikasi klaim

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

1. Konsep Dasar Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib berdasarkan undang-undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Sekretaris Negara RI, 2004).

Seluruh penduduk Indonesia termasuk di dalamnya adalah populasi kunci yang memang hak kesehatannya sesuai mandat undang-undang ditanggung oleh negara, hal ini yang selalu ditekankan agar populasi kunci dapat memahami dan mengerti serta berperan aktif dalam memenuhi hak individunya maupun hak kelompok terkait kesehatannya, diharapkan dengan adanya JKN seluruh rakyat Indonesia dapat memenuhi kebutuhan kesehatan dasar. Populasi kunci yang rentan terhadap permasalahan kesehatan dapat mengakses layanan-layanan yang ada sehingga meningkat kualitas kesehatannya baik secara individu maupun secara kelompok.

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Indonesia merupakan pelaksanaan dari amanat Undang-undang Dasar 1945 yang menjamin hak setiap warga negara untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Menurut (Azhar Jaya, 2023), JKN dirancang sebagai sistem

asuransi kesehatan sosial yang menyeluruh dengan prinsip gotong royong, nirlaba, dan keterbukaan. Sistem ini menganut prinsip pengelolaan pelayanan terpadu yang menggabungkan aspek pembiayaan, pelayanan, dan manajemen risiko dalam satu kesatuan yang terkoordinasi.

2. Prinsip-prinsip Pelaksanaan JKN

Pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional sudah memiliki asas, tujuan, serta prinsip-prinsip yang terkandung di dalamnya, Asas yang dikenal dalam penerapan SJSN ada tiga, yakni asas kemanusiaan, asas kemanfaatan dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, tujuan dari sistem jaminan sosial nasional (SJSN) memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta atau anggota keluarganya, prinsip pelaksanaan JKN mengacu pada undang-undang SJSN pasal 4, yang memuat sembilan poin (Syofyan & Gusman, 2023).

- a. Prinsip kegotong-royongan, kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilan
- b. Prinsip nirlaba, pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta
- c. Prinsip keterbukaan, mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta
- d. Prinsip kehati-hatian, pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib
- e. Prinsip akuntabilitas, pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan secara akurat dan dapat dipertanggungjawabkan
- f. Prinsip portabilitas, memberikan jaminan secara berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah negara Republik Indonesia

- g. Prinsip kepersertaan bersifat wajib, mengharuskan seluruh penduduk untuk menjadi peserta jaminan sosial yang dilaksanakan secara bertahap
- h. Prinsip dan amanat, iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial, prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial nasional dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta, pengembangan aset jaminan sosial dimanfaatkan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

Undang-undang SJSN mengatur lima jenis program jaminan sosial nasional, meliputi jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan pensiun, jaminan hari tua, dan jaminan kematian, program-program tersebut diselenggarakan oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial yang merupakan transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan, pemerintah membentuk badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) untuk melaksanakan program jaminan sosial di seluruh Indonesia diperkuat dengan putusan mahkamah konstitusi (MK).

Pada tanggal 31 Agustus 2005, MK memutus pengujian pasal 5 ayat (1), ayat (3), dan ayat (4) dan Pasal 52 UU Nomor 40 Tahun 2004, tentang SJSN, disebutkan bahwa BPJS harus dibentuk dengan undang-undang dan merupakan transformasi kelembagaan PT Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT TASPEN (Persero), dan PT ASABRI (Persero), transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban, pada akhirnya tanggal 25 November 2011 pemerintah kemudian mengumandangkan undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang badan penyelenggara jaminan sosial, tentu saja program pemerintah ini patut dihargai dengan adanya undang-undang BPJS (Syofyan & Gusman, 2023).

3. Peran dan Fungsi BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial memiliki peran memberikan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia, sebagai pengembangan sistem kendali mutu dan kendali biaya dalam setiap proses pelayanan, tujuan utama dari pengembangan sistem ini adalah menciptakan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan medis peserta, sekaligus memperhatikan keberlanjutan pembiayaan nasional yang berpengaruh pada operasional BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan berperan penting dalam pembiayaan layanan kesehatan bagi pesertanya, lembaga ini bertanggung jawab mengelola dana jaminan sosial agar pelayanan kesehatan dapat diakses secara adil dan terjangkau oleh seluruh peserta, oleh karena itu BPJS Kesehatan memiliki peran strategis dalam mengendalikan biaya dan mengalokasikan dana secara efisien, pengelolaan keuangan harus dilakukan dengan cermat untuk memastikan pengeluaran pelayanan kesehatan tetap sesuai dengan anggaran yang telah ditetapkan (Hidayat & Bachtiar, 2024).

BPJS Kesehatan juga menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya dalam pembiayaan kesehatan, prinsip ini dilaksanakan secara menyeluruh di setiap tingkatan pelayanan untuk menjamin mutu dan efisiensi pelayanan yang diberikan.

a. Kendali Mutu

Dalam hal pelayanan rawat inap, kendali mutu berfokus pada upaya memastikan bahwa setiap layanan yang diberikan kepada pasien memenuhi standar kualitas yang telah ditetapkan, aspek yang menjadi perhatian mencakup keselamatan pasien, efektivitas pengobatan, keterjangkauan, dan tingkat kepuasan pasien, penerapan sistem manajemen mutu dilakukan untuk menjamin pemenuhan standar tersebut melalui kegiatan evaluasi, perbaikan berkelanjutan, serta peningkatan proses pelayanan

b. Kendali Biaya

Kendali biaya merupakan langkah untuk mengatur dan mengawasi pengeluaran dalam pelayanan rawat inap agar tetap efisien dan terkendali, kegiatan ini mencakup penyusunan anggaran, pemantauan biaya, identifikasi potensi pemborosan, serta perumusan strategi untuk mengoptimalkan penggunaan sumber daya. Dengan memastikan efisiensi biaya, fasilitas pelayanan kesehatan dapat mempertahankan keberlanjutan layanan tanpa menurunkan kualitas yang diberikan

c. Komitmen Kesehatan

Komitmen kesehatan mencerminkan kesediaan dan tekad penyedia layanan rawat inap untuk memberikan pelayanan yang bermutu tinggi dengan fokus pada pemulihan pasien, komitmen ini juga mencakup tanggung jawab moral dan etika dalam memberikan pelayanan kesehatan, serta keterlibatan aktif dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh, tingkat keseriusan dalam menjalankan komitmen kesehatan dapat terlihat melalui kebijakan organisasi, pelatihan tenaga kesehatan, serta partisipasi dalam program peningkatan kesehatan masyarakat

d. Pengawasan

Pengawasan mencakup kegiatan pemantauan dan evaluasi rutin terhadap pelaksanaan kebijakan, prosedur, serta praktik pelayanan rawat inap, proses ini melibatkan pengawasan terhadap kepatuhan standar mutu, pengendalian biaya, dan komitmen kesehatan, selain itu pengawasan juga mencakup identifikasi serta penanganan potensi risiko, disertai penerapan tindakan korektif untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan

Melalui penerapan keempat aspek tersebut kendali mutu, kendali biaya, komitmen kesehatan, dan pengawasan BPJS kesehatan berupaya mencapai keseimbangan optimal antara kualitas layanan, efisiensi biaya, dan komitmen terhadap

pemulihan pasien, pengelolaan biaya pelayanan rawat inap oleh BPJS Kesehatan menjadi hal yang penting untuk menjamin agar sistem pembiayaan kesehatan berjalan efektif dan efisien. Pelaksanaan program jaminan kesehatan (JKN) di rumah sakit menggunakan sistem pembayaran asuransi dengan metode prospektif yang dikenal sebagai *Casemix* atau *Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs)*, dalam sistem ini, rumah sakit mengajukan klaim atas layanan yang telah diberikan, dan biaya tersebut kemudian diganti oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan kelompok kasus yang telah ditetapkan (Syofyan & Gusman, 2023).

B. Sistem Pembayaran *INA CBG's*

1. *Indonesian Case Based Groups (INA CBG's)*

Sistem pembayaran *INA CBG's* adalah metode pembayaran untuk mengelompokkan diagnosis yang memiliki kedekatan klinis dan homogenitas sumber daya yang digunakan, Rumah Sakit menerima pembayaran berdasarkan biaya rata-rata yang dikeluarkan oleh kelompok diagnostik, sistem ini telah diterapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sejak tahun 2010 untuk meningkatkan kualitas pelayanan khususnya bagi masyarakat kurang mampu (Nurul Fathah & Anggita Safitri, 2024).

Sistem *INA CBG's* memiliki aplikasi tersendiri dalam penginputan klaim serta menerapkan metode pembayaran prospektif yaitu metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan, sehingga besarannya sudah diketahui sebelum pelayanan diberikan, dalam hal ini metode pembayaran ditetapkan untuk proses klaim kepada FKTRL, dasar pengelompokan dalam *INA CBG's* menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi *output* pelayanan dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9 CM untuk tindakan atau prosedur (Utami et al., 2024)

Sistem ini bersifat fleksibel dalam artian jumlah *INA CBG's* bisa disesuaikan dengan kebutuhan negara, penggunaan sistem ini dapat digunakan apabila pengkodean diagnosis dan prosedur berubah berdasarkan kode-kode tertentu yang terdiri dari 14.500 kode diagnosa (ICD-10) dan 7.500 kode prosedur atau tindakan (ICD-9CM), pengkombinasian ribuan kode tersebut dilakukan secara tersistem dan tidak manual, untuk pengelompokan kode tersebut dilakukan secara *grouper*, di mana menghimpun sekitar 23.000 kode ke dalam banyak group atau kelompok yang terdiri dari 23 MCD (*Major Diagnostic Category*), terdiri dari 1.077 kode *INA CBG's* yang terbagi atas 789 kode untuk rawat inap 288 kode rawat jalan.

Penghitungan tarif *INA CBG's* berbasis pada data costing dan data koding rumah sakit, data costing didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah, data koding diperoleh dari data koding rumah sakit (Ratna Wardani et al., 2024). *INA CBG's* memiliki beberapa peran dalam klaim BPJS kesehatan.

- a. Penetapan tarif, *INA CBG* membantu menetapkan tarif yang adil dan standar untuk berbagai jenis layanan kesehatan, tarif ini didasarkan pada pengelompokan penyakit dan prosedur, sehingga lebih objektif dan sesuai dengan kompleksitas kasus
- b. Efisiensi pembayaran, dengan menggunakan sistem grup, BPJS kesehatan dapat melakukan pembayaran klaim dengan lebih efisien, sistem ini menghindari pembayaran berdasarkan tagihan per item layanan yang bisa memicu pemborosan tahu klaim yang tidak perlu
- c. Meningkatkan transparansi, *INA CBG's* mendorong transparansi dalam proses klaim, tarif yang jelas dan standar membantu

penyedia layanan kesehatan mengetahui biaya yang akan dibayarkan

- d. Meningkatkan kualitas layanan, dengan fokus pada tarif berdasarkan grup, *INA CBG's* diharapkan dapat mendorong penyedia layanan kesehatan untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, bukan hanya berorientasi pada keuntungan finansial
- e. Pengendalian biaya, *INA CBG's* membantu BPJS kesehatan dalam mengendalikan biaya program JKN dengan memastikan bahwa tarif yang dibayarkan sesuai dengan standar dan tidak terjadi pemborosan

C. Sistem Klaim BPJS Kesehatan

1. Klaim BPJS

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS Kesehatan oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya, pembiayaan kesehatan ini merupakan bagian terpenting implementasi JKN, yang diselenggarakan di rumah sakit oleh BPJS melalui pengajuan klaim. Untuk mendapatkan biaya ini, pihak Rumah Sakit wajib menyerahkan dokumen bukti sebagai syarat pengajuan klaim dalam bentuk *hardcopy* maupun *softcopy* (Maulida & Djunawan, 2022).

Peraturan menteri kesehatan No. 69 tahun 2013 Tentang tarif pelayanan kesehatan program JKN tarif *INA CBG's* yaitu tarif yang digunakan rumah sakit, yang tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan data informasi berdasarkan diagnosis dan tindakan pasien dari kode *INA CBG's*. Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosa merujuk pada ICD-10 atau ICD-9-CM, dikarenakan proses pengajuan pelaksanaan klaim BPJS kesehatan harus menggunakan *INA CBG's*, di mana dilakukan pembayaran klaim

berdasarkan penyakit yang di derita, *INA CBG's* bisa dilakukan apabila telah melakukan pengkodean.

Menurut Permenkes No. 27 tahun 2014, koding *INA CBG's* adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM, pemberian koding sangat menentukan besarnya biaya perawatan yang di bayarkan ke Rumah sakit. Setelah melakukan pengkodean menggunakan koding *INA CBG's* kemudian melakukan proses klaim BPJS, prosesi klaim dilakukan untuk memastikan bahwa biaya program jaminan kesehatan dimanfaatkan secara tepat maka perlu melakukan verifikasi klaim.

2. Syarat Pengajuan Klaim Kesehatan

Pengajuan klaim tersebut melalui prosedur dan memerlukan persyaratan dalam proses pelaksanaannya dan harus diikuti oleh setiap fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan BPJS Kesehatan, pelaksanaan pengajuan klaim oleh fasilitas kesehatan akan terlebih dahulu diverifikasi oleh verifikator BPJS kesehatan dengan tujuan untuk memastikan kebenaran pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan kepada peserta BPJS kesehatan untuk menjaga mutu layanan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS (Putri et al., 2025).

Berkas pengajuan klaim yang dikirimkan oleh rumah sakit akan melalui proses verifikasi oleh verifikator BPJS, jika dalam proses tersebut ditemukan ketidaksesuaian, seperti berkas yang tidak lengkap atau masih memerlukan data pendukung administratif lainnya, maka BPJS kesehatan akan menyatakan klaim tersebut sebagai pending klaim, berkas klaim yang mengalami pending akan dikembalikan kepada rumah sakit untuk dilakukan perbaikan sebelum diajukan kembali, hal ini menjadikan prosedur pengajuan klaim sebagai salah satu tahapan penting dalam pelaksanaan klaim oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

3. *Pending Klaim*

Pending klaim merupakan belum disetujuinya klaim atau pengembalian tagihan karena belum adanya kesepakatan antara BPJS kesehatan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan, Penyebab pengembalian klaim karena adanya persyaratan yang belum lengkap atau terdapat item yang tidak diisi dengan lengkap, ketidaksesuaian diagnosis, dan adanya perbedaan pendapat antara verifikator rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan (Zahra et al., 2024).

Berdasarkan berita acara bersama panduan pelaksanaan solusi permasalahan *INA CBG's* Tahun 2018, penyebab pengembalian klaim dapat dikategorikan ke dalam tiga aspek yaitu administrasi, koding dan medis.

a. Aspek Administrasi

Pengendalian klaim umumnya terjadi akibat umumnya terjadi akibat ketidaksesuaian data atau dokumen yang belum memenuhi persyaratan administratif mencakup konfirmasi readmisi, konfirmasi episode surat eligibilitas peserta (SEP), indikasi rawat inap tingkat lanjut (RITL) konfirmasi post kecelakaan lalu lintas (KLL), ketidaksesuaian kelas perawatan, dan konfirmasi perawatan

b. Aspek Koding

Pengembalian klaim disebabkan oleh kesalahan-kesalahan atau ketidaksesuaian dalam pengkodean diagnosis dan tindakan medis, mencakup penggunaan kode gabung (ICD-10), konfirmasi kode diagnosis, konfirmasi kode tindakan (ICD-9-CM) serta kebutuhan untuk melakukan reseleksi kode

c. Aspek Medis

Pengembalian klaim terjadi akibat ketidaksesuaian dalam dokumentasi dan justifikasi medis yang digunakan dalam klaim, meliputi lama perawatan (*length of stay*) yang tidak sesuai,

diagnosis yang belum memenuhi kriteria, ketidaklengkapan resume medis, ketidaksesuaian tatalaksana dan pemeriksaan penunjang, serta konfirmasi indikasi rawat inap. oleh karena itu, pemenuhan persyaratan klaim secara tepat dan akurat sangat penting agar pengklaiman dapat dilaksanakan tanpa hambatan (Putri et al., 2025).

4. Tahapan dalam Proses Klaim BPJS Kesehatan

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2019), di rumah sakit terdapat unit *casemix* sebagai pengelola proses klaim BPJS kesehatan, yang merupakan gabungan dari komponen *costing*, *clinical pathway* dan teknologi informasi. Sistem *casemix* merupakan suatu sistem pengelompokan beberapa diagnosis penyakit yang mempunyai gejala atau ciri-ciri yang sama serta pemakaian sumber daya (biaya perawatan) yang sama dan prosedur atau tindakan pelayanan di suatu Rumah Sakit ke dalam pengelompokan.

Pelaksanaan proses klaim dimulai setelah seluruh rangkaian pelayanan kesehatan kepada pasien diselesaikan secara administratif dan medis, pengajuan klaim dilakukan setelah episode pelayanan dinyatakan selesai, yang ditandai dengan tersusunnya resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, serta ringkasan tindakan dan obat yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan. Menurut Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN yang memuat prosedur proses klaim, yang terdiri dari beberapa tahap utama.

- a. Pelayanan kepada pasien, pasien JKN menerima pelayanan medis di rumah sakit, dokter mencatat diagnosis, tindakan, dan hasil pemeriksaan dalam rekam medis
- b. Penyusunan resume medis, setelah pasien selesai dirawat, dokter atau petugas menyusun resume medis, resume mencakup

diagnosis utama, sekunder, prosedur, hasil penunjang, dan tindakan medis

- c. Pengkodean diagnosis dan prosedur, koder meninjau resume medis dan memberi kode ICD-10 (diagnosis) dan ICD-9-CM (tindakan), serta hasil pengkodean menentukan tarif klaim *INA CBG's*
- d. Input klaim ke aplikasi E-klaim, data pasien, layanan, hasil pengkodean dan dokumen pendukung, dikirim secara online ke BPJS kesehatan
- e. Verifikasi Internal Rumah Sakit, sebelum diajukan ke BPJS, klaim biasanya diverifikasi terlebih dahulu oleh tim internal rumah sakit untuk memastikan tidak ada berkas yang kurang atau kode yang keliru
- f. Pengajuan klaim pada BPJS kesehatan, setelah proses verifikasi internal Rumah Sakit selesai maka klaim akan di ajukan
- g. Penetapan status klaim, yakni klaim layak, pending, dispute, atau tidak layak. Klaim dinyatakan *pending* bila ditemukan ketidaksesuaian dokumen, termasuk kesalahan dalam kode diagnosis, ketidaksesuaian prosedur, atau informasi yang tidak lengkap

5. Faktor Penyebab Pending Klaim (Aspek Koding)

Hubungan antara ketepatan kode diagnosa dan pending klaim sangat berkaitan, kesalahan dalam kode diagnosa dapat memengaruhi proses verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan, Pihak BPJS harus memastikan bahwa kode yang dia ajukan sudah sesuai dengan kondisi pasien dan tindakan yang dilakukan, serta sesuai dengan pengelompokan tarif *INA CBG's*, jika kode yang diajukan tidak tepat maka klaim akan di tunda hingga dilakukan perbaikan oleh Fayankes (Dzulfian Syafrian, 2025).

Pada dasarnya meski sistem pengkodean telah diatur dengan standar yang jelas, praktik di lapangan menunjukkan masih banyak

tantangan yang dihadapi oleh Rumah Sakit yang seringkali, mengalami kesulitan dalam memastikan bahwa pengkodean diagnosis dan prosedur telah dilakukan secara tepat baik oleh BPJS Kesehatan maupun oleh standar internasional seperti *ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Edition)*. Keakuratan dalam pengkodean penyakit pasien berdampak pada pendanaan klaim BPJS Kesehatan, selain itu apabila terjadi ketidaksesuaian data dalam proses klaim hal tersebut dapat berakibat terhadap pending klaim sehingga berkas klaim yang sebelumnya sudah divalidasi akan dikembalikan dan harus dilakukan perbaikan oleh petugas *casemix*.

Kesalahan dalam pengkodean dapat menyebabkan klaim mengalami penolakan atau keterlambatan dalam pembayaran, yang tentunya berdampak buruk pada arus kas rumah sakit dan dapat mengganggu keberlanjutan operasional rumah sakit tersebut (Susanto et al., 2025). Hal tersebut juga erat kaitannya dengan tarif pelayanan rumah sakit, yaitu apabila tarif rumah sakit lebih rendah daripada hasil verifikasi klaim, maka rumah sakit akan mendapatkan keuntungan, namun sebaliknya apabila tarif Rumah Sakit lebih besar dari hasil verifikasi klaim maka Rumah Sakit akan mengalami kerugian.

6. Status Klaim

- a. Klaim layak, adalah status klaim yang sudah diterima oleh sistem klaim atau BPJS kesehatan, menandakan klaim sudah di proses dan klaim sudah sesuai sehingga klaim dapat dibayarkan
- b. Klaim *pending*, yaitu status klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit dan belum lengkap sehingga memerlukan pemeriksaan ulang dan perbaikan ulang
- c. Klaim tidak layak, di mana status klaim yang diajukan tidak memenuhi kriteria merujuk pada biaya pelayanan kesehatan diajukan oleh fasilitas kesehatan, ditolak atau tidak dapat di proses oleh pihak BPJS Kesehatan

- d. Klaim *dispute*, status klaim ini, jika dari hasil verifikasi yang diajukan Rumah Sakit terdapat ketidaksesuaian yang menyangkut pelayanan atau tindakan klinis sehingga harus diselesaikan oleh daerah terkait bersama dengan tim penyelesaian klaim *dispute* dari daerah tersebut

7. Dampak Pending Klaim

- a. Terjadinya *Cash Flow* Rumah Sakit yang Terganggu

Salah satu sumber pendapatan terbesar bagi rumah sakit berasal dari klaim BPJS pasien, hal ini akan sangat berdampak besar bagi rumah sakit jika kasus pending klaim sering terjadi di Rumah Sakit, dampak yang dapat timbul akibat kasus pending klaim salah satunya yaitu terjadinya *cash flow*, yang merupakan laporan arus kas rumah sakit yang memperlihatkan adanya perputaran uang masuk dan keluar, dengan terjadinya kasus pending klaim maka *cash flow* Rumah Sakit menjadi terganggu dan tidak stabil (Utami et al., 2024)

- b. Penambahan Baban Kerja Petugas Rumah Sakit

Dampak dari kasus pending klaim tidak hanya terjadi pada *cash flow* Rumah sakit, tetapi juga dapat berdampak pada petugas Rumah Sakit, di mana petugas Rumah sakit harus melakukan telaah ulang seluruh berkas yang mengalami pending dan akan melakukan konfirmasi ulang dengan BPJS Kesehatan mengenai pertanyaan yang BPJS berikan dari berkas klaim BPJS yang diajukan oleh rumah sakit untuk kemudian dikirim ulang kepada BPJS bersama klaim lain dibulan berikutnya

Pihak BPJS Kesehatan membutuhkan waktu 10 hari untuk mengkroscek hingga menyetujui klaim revisi yang diajukan kembali oleh rumah sakit, sehingga dari kasus pending klaim dapat mengganggu efisiensi waktu dan menambah beban kerja petugas rumah sakit yang terlibat dalam proses klaim BPJS yaitu dokter penanggung jawab pasien (DPJP) Komite Medik, instalasi rawat

inap, instalasi rekam medik dan instalasi pengelolaan pendapatan (Utami et al., 2024).

c. Dampak terhadap Kualitas Pelayanan

Potensi penundaan pelayanan, rumah sakit mengalami kesulitan finansial akibat pending klaim, dampaknya dapat dirasakan langsung oleh pasien, pelayanan yang seharusnya dapat diberikan secara optimal mungkin mengalami keterlambatan karena keterbatasan sumber daya, misalnya penundaan dalam pengadaan obat tertentu, keterlambatan dalam penjadwalan pemeriksaan penunjang, atau bahkan penundaan tindakan medis *non emergency*, situasi ini tentunya sangat merugikan pasien yang membutuhkan pelayanan kesehatan segera.

Pasien yang mengalami keterlambatan pelayanan atau diminta untuk mengeluarkan biaya tambahan akan kehilangan kepercayaan terhadap sistem JKN, mereka mungkin merasa bahwa janji pelayanan kesehatan gratis, tidak sesuai dengan kenyataan yang mereka alami. Kepercayaan yang menurun ini dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam menggunakan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS, dan mereka mungkin memilih untuk mencari alternatif pelayanan lain meskipun harus mengeluarkan biaya lebih besar.

D. Sistem Kode Diagnosis dan Standar Pengkodean

1. Definisi Kode Diagnosis ICD-10

Kode diagnosis merupakan unsur penting dalam sistem informasi kesehatan, terutama dalam penyusunan dokumen klaim BPJS, di Indonesia penggunaan kode diagnosis mengacu pada klasifikasi ICD-10 yang ditetapkan oleh WHO, kode ini menjadi dasar dalam proses pengelompokan diagnosis untuk menentukan besaran tarif *INA CBG's* dalam sistem klaim BPJS Kesehatan

ICD-10, yang merupakan sistem klasifikasi internasional yang digunakan untuk pengkodean diagnosis medis, menyediakan kode

yang sangat rinci untuk berbagai kondisi medis. Keakuratan dalam pengkodean diagnosis yang sesuai dengan ICD-10 sangat penting untuk memastikan bahwa rumah sakit mendapatkan *reimbursements* yang tepat dan sesuai dengan layanan yang diberikan kepada pasien (Susanto et al., 2025).

Sejarah perkembangan ICD-10 dimulai dari evolusi panjang klasifikasi penyakit internasional, konsep klasifikasi penyakit internasional pertama kali diperkenalkan pada akhir abad ke-19, dengan versi pertama diperkenalkan pada tahun 1900. Pengembangan ICD-10 dimulai pada tahun 1983, kemudian disahkan oleh organisasi Kesehatan Dunia ke-43 pada tahun 1990, dan mulai berlaku di negara-negara anggota WHO pada 1 Januari 1993, ICD-10 telah menjadi standar global yang digunakan oleh lebih dari 100 negara di seluruh dunia dan dikutip dalam lebih dari 20.000 artikel ilmiah. Meskipun WHO telah mengeluarkan ICD-11 pada tahun 2022, ICD-10 masih tetap menjadi standar yang digunakan secara luas di Indonesia dan banyak negara lainnya.

Implementasi ICD-10 di Indonesia, telah mengadopsi ICD-10 sebagai standar klasifikasi penyakit nasional melalui berbagai platform dan sistem informasi kesehatan, Implementasi ICD-10 di Indonesia terintegrasi dalam platform SATUSEHAT Kementerian Kesehatan RI, yang menjadi sistem informasi kesehatan terpadu nasional

Adopsi ICD-10 di Indonesia mencakup seluruh fasilitas kesehatan, dari tingkat puskesmas hingga rumah sakit rujukan. Sistem ini tidak hanya digunakan untuk keperluan klinis, tetapi juga untuk pelaporan epidemiologi, statistik kesehatan nasional, dan sistem pembiayaan kesehatan. Dalam konteks nasional, ICD-10 juga digunakan sebagai dasar pengembangan terminologi medis dalam bahasa Indonesia, memfasilitasi standarisasi istilah medis yang dapat dipahami secara universal namun tetap sesuai dengan konteks lokal Indonesia.

Ketidaksesuaian kode diagnosis merupakan permasalahan kompleks yang melibatkan berbagai faktor teknis dalam proses pengabstrakan informasi medis, ketidaksesuaian kode diagnosis merujuk pada perbedaan interpretasi atau penerapan kode diagnosis ICD-10 antara koder di rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan, yang mengakibatkan pending klaim atau penolakan klaim pembiayaan kesehatan.

2. Struktur dan Format Kode ICD-10

ICD-10 memiliki struktur hierarkis yang terorganisir dengan baik, menggunakan sistem kode alfanumerik yang terdiri dari kombinasi huruf dan angka.

- a. Format Dasar Kode, setiap kondisi atau diagnosis memiliki kode alfanumerik yang unik, biasanya terdiri dari satu huruf diikuti oleh dua atau tiga angka. Struktur kode terdiri dari kombinasi huruf dan angka dengan komposisi 4 karakter, ditambah titik untuk spesifikasi lebih lanjut
- b. Hierarki Klasifikasi
 - 1) Bab (*Chapter*), Pengelompokan utama berdasarkan sistem organ atau kondisi medis
 - 2) Blok (*Block*), Kelompok penyakit dalam satu bab
 - 3) Kategori 3 karakter, Kode dasar terdiri dari 1 huruf dan 2 angka
 - 4) Sub kategori, Spesifikasi lebih detail dengan penambahan karakter keempat

3. Fungsi Kode Diagnosis dalam Pelayanan dan Klaim

- a. Klasifikasi penyakit, kode diagnosis yang biasanya menggunakan ICD-10 (*International Classification of Diseases, 10th Revision*), digunakan untuk mengidentifikasi dan mengklasifikasikan penyakit dan kondisi kesehatan pasien secara sistematis
- b. Proses klaim, kode daignosis ini sangat penting dalam proses klaim BPJS kesehatan karena menjadi dasar perhitungan biaya

pelayanan kesehatan yang diajukan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS kesehatan

- c. Perhitungan tarif *INA CBG's* kode diagnosis menjadi dasar bagi fasilitas kesehatan (faskes) untuk mengajukan klaim biaya pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan, hal ini memudahkan perhitungan tarif
- d. Verifikasi klaim, dengan adanya kode diagnosis yang akurat, BPJS kesehatan dapat melakukan verifikasi klaim dengan lebih mudah dan memastikan bahwa biaya yang diajukan sesuai dengan pelayanan yang diberikan

4. Proses Koding

Koding berfungsi sebagai penghubung antara diagnosis dan tindakan medis dengan kode *grouped* yang digunakan dalam aplikasi *INA-CBG's*, melalui proses pengkodean ini, besaran klaim dapat ditentukan berdasarkan hasil pengelompokan tersebut, Informasi medis yang tercantum dalam resume medis berperan penting dalam membantu koder menetapkan kode diagnosis secara tepat sesuai dengan pedoman *International Classification of Diseases (ICD-10)* (Rozza et al., 2024)

Proses koding melibatkan analisis dokumen medis, mengidentifikasi diagnosis utama, dan menggunakan Volume 1 dan 3 ICD-10 untuk menentukan kode yang tepat.

- a. Tahap persiapan koder, memastikan kelengkapan dokumen rekam medis yang akan di koding, termasuk resume medis, catatan perawatan, hasil laboratorium, dan laporan tindakan medis. Kelengkapan dokumentasi menjadi kunci keberhasilan proses koding yang akurat
- b. Tahap analisis dokumen, Koder melakukan review menyeluruh terhadap seluruh dokumen rekam medis untuk memahami kondisi pasien secara komprehensif, pada tahap ini koder mengidentifikasi

- diagnosis utama (*principal diagnosis*), diagnosis sekunder, komplikasi, dan komorbiditas yang relevan
- c. Tahap identifikasi diagnosis, berdasarkan analisis dokumen, koder menentukan diagnosis primer yang menjadi alasan utama rawat inap atau kunjungan pasien, diagnosis primer ini akan menjadi dasar penentuan kode utama dalam sistem ICD-10
 - d. Tahap penentuan kode, menggunakan manual ICD-10 volume 1 (*tabular list*) dan volume 3 (*alphabet index*), koder mencari kode yang paling tepat sesuai dengan diagnosis yang telah diidentifikasi, proses ini memerlukan pemahaman tentang aturan koding dan konvensi ICD-10
 - e. Pencatatan kode ke sistem atau formulir, setelah kode dipilih, koder memasukkan kode-kode tersebut ke dalam formulir koding atau langsung ke dalam aplikasi SIMRS atau E-Klaim, hasil koding menjadi dasar utama dalam proses grouping INA CBG's untuk keperluan klaim BPJS Kesehatan
 - f. Tahap validasi, koder melakukan *cross check* antara kode yang dipilih dengan diagnosis dan kondisi klinis pasien untuk memastikan kesesuaian dan akurasi koding

5. Peran Koder

Petugas koder adalah individu yang bertanggung jawab untuk memberikan kode diagnosis dan tindakan medis sesuai dengan standar klasifikasi penyakit dan prosedur medis (seperti ICD-10 dan ICD-9-CM), kode ini diambil dari rekam medis pasien dan digunakan untuk berbagai keperluan, termasuk pembiayaan kesehatan dan analisis statistik penyakit. Koder atau petugas koding bertanggung jawab atas akurasi koding, yang juga dikenal sebagai penentuan kode, petugas koder sangat penting untuk proses koding, dan kekurangan petugas dapat menghambat proses pengajuan klaim BPJS (Ekawati et al., 2024).

Pengajuan klaim diperlukan koder yang perannya adalah mengecek kelengkapan dokumen pasien BPJS, menentukan kode penyakit dan tindakan medis berdasarkan ICD-10 dan ICD-9-CM, melakukan klarifikasi dengan dokter, melakukan entri data, *coding* atau *grouping* menggunakan INA-CBG, dan menyerahkan hasil *grouping* ke verifikator internal. kompetensi yang dimiliki koder adalah kompetensi mengenai cara menentukan kode dengan ICD-10, kode tindakan menggunakan ICD-9-CM, anatomi, terminologi medis, farmakologi, komunikasi dan bahasa inggris (Sitorus et al., 2022).

6. Dampak Ketidaksesuaian Kode Terhadap Klaim

a. Dampak Finansial Terhadap Rumah sakit

1) Keterlambatan Pembayaran

Apabila klaim dipending, proses pembayaran dari BPJS Kesehatan kepada rumah sakit tidak dapat diproses. Ini mengganggu arus kas rumah sakit, terutama bila jumlah klaim yang dipending cukup besar. Budiyan, S. et al (2021) menyebut bahwa keterlambatan pembayaran akibat klaim pending berdampak pada keuangan operasional rumah sakit.

b. Dampak Operasional

1) Beban Kerja Tambahan

Petugas coding harus melakukan verifikasi ulang, revisi kode diagnosis, dan pengumpulan ulang dokumen pendukung, hal ini akan meningkatkan beban kerja administratif dan berisiko memicu kelelahan atau kesalahan baru. Malik et al. (2024) menyatakan bahwa koreksi berulang akibat pending klaim meningkatkan beban kerja dan tekanan pada SDM coding.

c. Dampak Data dan Informasi kesehatan

1) Ketidakakuratan Data *Morbiditas*

Apabila kode diagnosis tidak sesuai dan dikoreksi, integritas rekam medis bisa terganggu, terutama jika

perbaikannya tidak berdasarkan informasi medis yang akurat.

Donabedian (1980) menekankan pentingnya validitas data sebagai bagian dari mutu pelayanan dan dokumentasi medis.

d. *Potensi Angka Klaim Dispute*

Ketika revisi kode diagnosis tidak bisa disepakati antara rumah sakit dan verifikator BPJS maka akan terjadi dispute, hal ini membuat proses lebih panjang, memerlukan waktu tambahan, dan bisa menimbulkan administratif. Suryani (2023) menyatakan bahwa ketidaksesuaian kode diagnosis merupakan penyebab utama klaim yang diperselisihkan (dispute).

E. Faktor Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis

Pelaksanaan pengajuan klaim terutama dalam proses pengkodean, dilakukan oleh petugas koder, baik koder rawat jalan maupun rawat inap yang berperan dalam menentukan kode diagnosis, sehingga hal ini menjadi dasar dalam penentuan biaya pelayanan, dalam sistem klaim BPJS kesehatan, khususnya sistem pembayaran prospektif seperti *INA CBG's*, akurasi dalam pengkodean sangat krusial karena besaran biaya pelayanan ditentukan berdasarkan kelompok diagnosis dan tindakan prosedur, dengan demikian, dalam aspek sumber daya seperti perilaku koder memegang peranan penting dalam proses kelancaran klaim. Berdasarkan penelitian (Pranayuda et al., 2023) untuk mengetahui faktor-faktor pending klaim terutama pada aspek koding, hal tersebut di bagi menjadi tiga poin, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat. Notoatmodjo (2014) mendefinisikan perilaku sebagai aktivitas atau kegiatan seseorang (makhluk hidup) yang bersangkutan, mendefinisikan perilaku sebagai sebuah respon yang dilakukan individu terhadap stimulus atau tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi, dan tujuan baik yang disadari maupun tidak.

Hal tersebut termuat dalam teori Lawrence Green (1993) dalam Notoatmodjo (2014). Menekankan bahwa perilaku kesehatan bukanlah hasil dari satu faktor tunggal, melainkan interaksi kompleks antara tiga

faktor yaitu, predisposisi (*predisposing factors*) yang terdiri atas pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, dan sebagainya, faktor pemungkin (*enabling factors*) yang terdiri atas lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas dan sarana dan faktor Penguat (*reinforcing factors*) yang terdiri atas pendidikan dan pekerjaan.

1. Faktor Predisposisi (Predisposing)

a. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu proses yang diperlukan untuk mendapatkan keseimbangan dan kesempurnaan dalam perkembangan individu maupun masyarakat, pendidikan mempengaruhi proses belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah orang tersebut untuk menerima informasi, selain pendidikan (Pranayuda et al., 2023)

b. Pelatihan

Cara yang dilakukan untuk meningkatkan potensi SDM yang bertujuan meningkatkan kinerja pegawai adalah dengan memberikan pelatihan atau pun seminar kepada pegawai, agar pegawai termotivasi dan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi produktivitas kinerja pegawai, pelatihan juga tidak kalah pentingnya untuk meningkatkan kinerja pegawai (Pranayuda et al., 2023)

c. Pengetahuan

Pengetahuan tentang sistem pengkodean, aturan dalam ICD-10, serta pedoman BPJS merupakan dasar penting dalam proses pengambilan keputusan oleh koder, kurangnya pengetahuan dasar penting dalam proses pengambilan keputusan oleh koder, kurangnya pengetahuan bisa menyebabkan kesalahan dalam menentukan kode diagnosis, pengetahuan yang dimaksud mencakup pemahaman penyakit, terminologi medis, dan klasifikasi diagnosis (Ibrahim et al., 2024)

d. Pengalaman

Pengalaman kerja berkontribusi pada kemampuan koder dalam menginterpretasi diagnosis secara akurat berdasarkan rekam medis, koder yang lebih berpengalaman umumnya lebih terampil dan teliti dalam memilih kode yang tepat dan meninjau lembar penunjang serta memahami variasi dalam penulisan diagnosis klinis.

2. Faktor Pemungkin (*Enabling*)

a. Kualitas Rekam Medis

Keakuratan pengkodean diagnosis dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, seperti kelengkapan dan ketepatan rekam medis, rekam medis yang tidak lengkap, termasuk informasi medis yang tidak lengkap atau tidak spesifik, dapat membuat kode diagnosis kurang akurat. Ini terjadi karena ketidaklengkapan dapat mengurangi detail data pemeriksaan yang ada, membuat petugas koding bingung dan menghasilkan kode diagnosis yang tidak akurat, sistem pengkodean ICD (ICD-9 maupun ICD-10) digunakan secara global untuk mencatat dan mengklasifikasikan informasi medis. Ketidaklengkapan atau ketidakakuratan rekam medis dapat mengakibatkan kesalahan dalam pengkodean, yang pada gilirannya mempengaruhi berbagai aspek operasional rumah sakit, seperti analisis data kesehatan, pengajuan klaim asuransi, serta kebijakan dan strategi kesehatan (Wahyuni et al., 2024).

b. Ketersediaan SOP

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah arahan untuk menyelesaikan tugas pekerjaan sesuai fungsinya serta sebagai pedoman kinerja suatu instansi yang berdasarkan indikator teknis administratif serta prosedur yang berkaitan dengan proses kerja seperti ICD-10, alur kerja, dan sistem kerja pada unit kerja yang terkait, dengan adanya SOP kodifikasi diagnosis penyakit, akan

mengurangi terjadinya kesalahan pada kegiatan pelayanan pengkodean diagnosis pasien, dikarenakan seluruh instruksi serta perintah kerjayang berkaitan dengan pengkodean diagnosis penyakit telah disusun dan dirumuskan dengan jelas sedemikian rupa sehingga seluruh petunjuk dan tata kerja dapat mempengaruhi ketepatan kodefikasi diagnosis penyakit (Febriana et al., 2024)

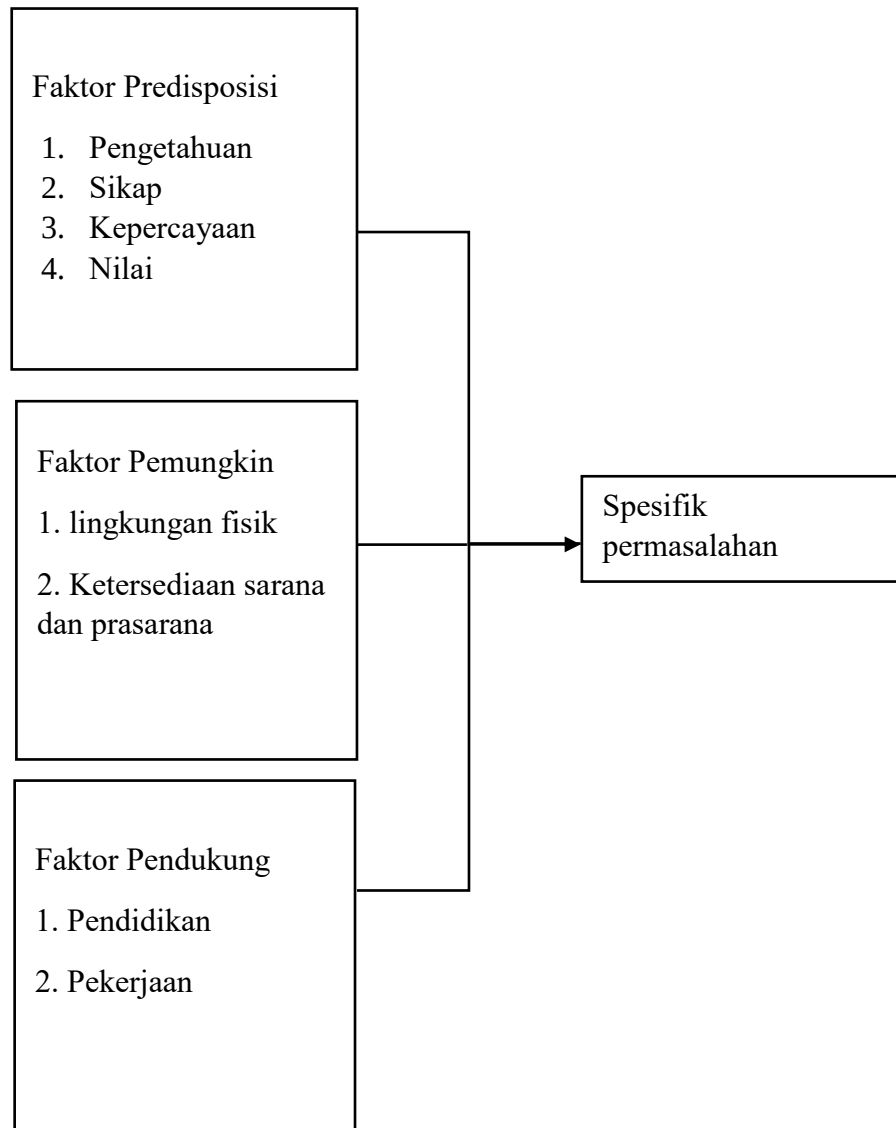
c. Sistem Informasi Manajemen Rumah sakit (SIMRS)

SIMRS merupakan suatu rangkaian aktivitas yang mencakup keseluruhan pelayanan kesehatan rumah sakit di semua aspek tingkatan administrasi yang memberikan sebuah informasi secara elektronik kepada pasien atau pegawai rumah sakit agar mudah dipahami (Widodo et al., 2024). Sistem informasi yang terintegrasi dengan baik mempermudah koder mengakses rekam medis, hasil pemeriksaan penunjang, serta data pasien secara lengkap, keterlambatan akses data atau sistem yang sering error dapat menghambat keakuratan pengkodean, gangguan SIMRS sering menjadi penyebab keterlambatan proses verifikasi dan pengkodean diagnosis.

d. Beban Kerja

Komponen beban kerja adalah jenis tugas dan uraian tugas yang secara nyata dilaksanakan oleh jenis petugas tertentu sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang telah ditetapkan, Saat melakukan pengkodean, beban kerja para petugas coder dapat mempengaruhi keakuratan kode, penerapan kebijakan setiap bangsal yang dimiliki koder menyebabkan beban kerja yang ditanggung pun berbeda di setiap bangsalnya, semakin tinggi beban kerja potensi ketidakakuratan koding semakin tinggi, karena beban kerja yang berlebih dapat mengganggu fokus koder dan menimbulkan faktor lain seperti kelelahan (Maryati et al., 2020)

F. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori (Lawrence. Green 1993; Natoatmodjo 2014)

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Wilayah kerja RSUD Wonomulyo, Kab. Polewali Mandar, dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya pending klaim akibat ketidaksesuaian kode diagnosis

1. Faktor Predisposisi, dari ketiga informan utama selaku yang terlibat langsung dalam proses pengkodean dan klaim di unit *casemix*, dari segi pendidikan yang diperoleh sudah memenuhi syarat terutama untuk koder rawat inap yang berlatar belakang D3 rekam medis, pelatihan juga sudah di ikuti oleh koder, untuk segi pengetahuan petugas klaim selain koder, pengetahuan petugas penginput dan verifikator juga berpengaruh terhadap akurasi pengkodean karena mereka juga dapat mencegah potensi klaim pending akibat ketidaksesuaian kode diagnosis, karena apabila terjadi kesalahan kode yang tidak di sadari oleh koder mereka bisa langsung mengkonfirmasi kepada koder untuk memperbaiki kode tersebut, hal ini dapat di dukung dengan memfasilitasi petugas dengan *workshop* atau seminar terkait pengkodean
2. Faktor Pemungkin
 - a. Kualitas Kelengkapan Rekam Medis

Ketidaklengkapan identitas pasien seperti tanggal lahir sehingga menyulitkan koder untuk memberikan kode, serta resume medis yang tidak lengkap misalnya diagnosis tidak disertai tatalaksana atau hasil pemeriksaan penunjang seperti foto toraks, laboratorium, atau radiologi belum tersedia
 - b. Ketersediaan SOP

SOP masih tersedia dalam bentuk soft file

c. Integritas SIMRS

SIMRS RSUD Wonomulyo tidak terintegrasi dengan baik atau berjalan karena sedang ada kendala dan berganti vendor

d. Beban Kerja

Beban kerja yang meningkat apabila kasus pending klaim meningkat karena harus mengerjakan dua kali berkas tersebut dan melakukan pengecekan secara berulang berdampak tidak fokus sehingga ketelitian menurun, di temukan juga bahwa koder merangkap dua unit yaitu *caemix* dan rekam medis jadi koder tidak hanya melakukan coding diagnosa tetapi koder juga melakukan *assembling* berkas rekam medis.

3. Faktor Pendukung

a. Evaluasi Secara Rutin atau Berkala

Tidak ada jadwal atau evaluasi secara rutin yang dilaksanakan tetapi hanya melakukan evaluasi untuk setiap kasus yang terdapat pending dengan melakukan konfirmasi kepada yang bersangkutan saja, dan di unit casemix biasanya mendiskusikan kendala maka akan di bahas di via *WhatsApp*

b. Dukungan Manajemen

Terdapat dukungan verbal yang diberikan dan beberapa kebutuhan untuk mendukung proses kerja, tetapi dari segi *reward* dan *punishment* belum di tersedia secara formal

B. Saran

1. Pengetahuan

Peningkatan pengetahuan petugas *casemix* terkait pengkodean selain koder, dapat di fasilitasi dengan mengikuti *workshop* atau seminar terkait pengkodean atau ICD-10 untuk petugas penginput dan verifikator klaim, untuk menunjang kinerja dan mampu mengurangi angka pending klaim.

2. Ketersediaan SOP

SOP perlu di sediakan dalam bentuk fisik (*Flowchart*) agar lebih mudah untuk menjadi acuan selama proses pengklaiman di unit *casemix* dan lebih terstruktur, sehingga tidak hanya petugas *casemix* yang mengetahui hal tersebut, karena ketersediaan SOP mampu meminimalkan angka pending klaim

3. Integrasi SIMRS

Perlunya perbaikan untuk SIMRS agar bisa dimanfaatkan oleh semua unit yang membutuhkan dan pelaksanaan pelatihan untuk petugas *casemix* terkait penggunaan SIMRS yang terintegrasi dengan BPJS agar bisa mengefisienkan proses pengklaiman

4. Beban Kerja

Rumah sakit disarankan menambah jumlah tenaga koder, khususnya di bagian rawat inap, agar beban kerja dapat terbagi secara proporsional

5. Evaluasi Secara Rutin atau Berkala

Rumah sakit perlu menyusun mekanisme evaluasi berkala khususnya di unit *casemix*, agar proses pengkodean dan klaim dapat diminimalisir, dan dilakukan melalui audit internal, monitoring kinerja koder dan petugas klaim

6. Dukungan Manajemen

Memberikan *reward* dan *punishment* serta fasilitas pendukung lainnya yang menunjang kinerja pegawai

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, L. (2024). Overview of the Accuracy of Inpatient Dyspepsia Diagnosis Codes Based on ICD-10 at Hospital X Bengkulu City Gambaran Keakuratan Kode Diagnosis Dyspepsia Rawat Inap. 7, 62–69.
- Arias, L. M. E., & Naranjo, J. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014. *Applied Microbiology and Biotechnology*, 85(1), 2071–2079.
- Ariyanti, F., & Gifari, M. T. (2019). Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(04), 156–166.
- Azhar Jaya. (2023). Pengembangan Telemedicine Guna Mendukung Pelayanan Kesehatan Masyarakat. *Lib.Lemhannas.Go.Id*.
- Budiarti, A., & Iskandar, S. (2021). Pengaruh Kinerja Petugas Rekam Medis Terhadap Keakuratan Pengkodean Fraktur Effect of Performance Medical Recording Offices on The Accuraty of Fracture *Manajemen Kesehatan Yayasan ...*, 7(1), 1–8.
- Dr. Abdul Fattah Nasution, M. P. (2023). Metode Penelitian Kualitatif. In *Proceedings of the National Academy of Sciences* (Vol. 3, Issue 1).
- Dzulfian Syafrian, dkk. (2025). Faktor Ketidaktepatan Kode Diagnosa Dan Pending Klaim BPJS Di Indonesia: Literature Review. *Sustainability (Switzerland)*, 11(1), 1–14.
- Ekawati, D., Nuryadin, A. A., Windarti, S., & Zulfikar, A. (2024). Peran Coder Terkait Keakuratan Pengkodean ICD-10 Pada Pelaksanaan Sistem INA-CBG's Rumah Sakit TK. II 14.05.01 Pelamonia Makassar. *Jurnal Manajemen Bisnis Dan Kesehatan*, 1(2).
- Fadlilah, N. A., Ardianto, E. T., & Farlinda, S. (2020). Evaluasi Kinerja Petugas Koding Dan Klaim Jkn Rawat Inap di RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(3), 275–280.
- Febriana, D., Hakim, A. O., Indira, Z. N., & Anggraeni, O. (2024). Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Proses Pengkodean Diagnosis Di Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 9(2), 150–158.
- Ganesha, P., Jend, J., Soebroto, G., & Bandung, N. (2020). *Studi Analis Kesehatan Abstrak (indonesia) BPJS Kesehatan (Badan PenyelProgramenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014 . Awalnya , jaminan sosial kesehatan kesehatan di rumah sakit . Dengan tarif.* 67–81.

- Gelonita, P., Said, M. M. ud, & Sekarsari, R. W. (2024). Evaluasi Pelaksanaan Program Rencana Pembayaran Iuran Bertahap (REHAB) dalam Menjamin Status Keaktifan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Studi di Kantor BPJS Kesehatan Cabang Malang). *Jurnal Respon Publik*, 18(2), 51–59.
- Hapsari, D., Sri Wariyanti, A., Adita Kusumawati, E., dr Suradji Tirtonegoro Klaten Jl Soeradji Tirtonegoro No, R., Selatan, K., Tengah, J., Husada Karanganyar Jl Brigjen Katamso Barat, M., Papahan Indah, G., Kec Tasikmadu, P., & Karanganyar, K. (2024). Hubungan Ketepatan Kode Diagnosis Pada Pasien Rawat Inap Dengan Persetujuan Klaim BPJS Di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Indonesian Journal of Health Information Management (IJHIM)*, 4(1), 1.
- Hastuti, E. 2021. (2019). Pengertian dan Tujuan Rekam Medis di Puskesmas Rawat Jalan Kota Malang. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 30(3), 228–234.
- Herisandi, A., & Harmanto, D. (2022). Pengaruh Karakter-5 Dan External Cause Terhadap Keakuratan Kode Diagnosis Fraktur Berdasarkan Icd-10. *Journal of Nursing and Public Health*, 10(2), 233–241.
- Hidayat, D., & Bachtiar, A. (2024). Analisis Manajemen Kendali Biaya Pelayanan Rawat Inap Pasien BPJS Kesehatan. *Syntax Idea*, 6(4), 1973–1982.
- Ibrahim, M. M., Anafiah, F., Novira, L., & Rahmania, G. (2024). Analisis Faktor Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis Klaim BPJS Pasien Rawat Inap (Literature Review). *Jurnal Rekam Medis (Medical Record Jurnal)*, 3(1), 124–132.
- Indriani H. Ismail. (2022). Etika Dalam Penelitian Kualitatif. *Etika Dalam Penelitian*, 17, 43.
- Kemenkes RI. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. 3, 1–80.
- Maryati, W., Rahayuningrum, I. O., & Sari, N. P. (2020). Dampak Beban Kerja Coder Yang Tinggi Terhadap Ketidakakuratan Kode Diagnosis. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 8(1), 49.
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 21(6), 374–379.
- Millah, A. S., Apriyani, Arobiah, D., Febriani, E. S., & Ramdhani, E. (2023). Analisis Data dalam Penelitian Tindakan Kelas. *Jurnal Kreativitas Mahasiswa*, 1(2), 140–153.
- Nining, M., & Usop, L. S. (2025). *Pemberdayaan Perempuan Melalui Pelatihan Manjawet Uwei di Kereng Bangkirai Kota Palangka Raya*. 3(4), 5107–5113.
- Nur Ainung, Sri Wulandari, & Aries Widiyoko. (2023). Analisis Hubungan Kelengkapan dan Ketepatan Pencatatan Dokumen Rekam Medis Terhadap

- Keakuratan Kodefikasi Kasus Obstetri di RS PKU Muhammadiyah Surakarta. *Journal Health Information Management Indonesian (JHIMI)*, 2(3), 1–5.
- Nurul Fathah, R., & Anggita Safitri, T. (2024). Analisis Perbandingan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA CBG Pada Pelayanan Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *EKOMA : Jurnal Ekonomi*, 3(3), 858–871.
- Oktamianiza, & Reza, I. A. (2022). Tinjauan Ketepatan Kode dengan Pending Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD dr. Adnaan Wd Payakumbuh Tahun 2021 Review of Code Accuracy with Pending Claims of BPJS Health in Patiens at RSUD dr. Adnaan Wd Payakumbuh 2021. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 5(1), 37–46.
- Pardede, R., Edison, & Hamama. (2021). Analisis Validasi Resume Medis Dan Kode Diagnosis Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP DR. M. Djamil Padang. *Jurnal Stikes Syedza Saintika*, 1–8.
- Parmi, A. J., Andary, A. W. V., Fitri, W. N. T. Y. N. S. W. R. A. W. Y. M. U. A., & Thaifur, F. S. A. Y. B. R. (2023). Pembiayaan Kesehatan. In *Media Sains Indonesia*.
- Pranayuda, B., Haryanti, I., Utomo, Y., & Madiistriyatno, H. (2023). Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Kesehatan dalam Pengajuan Klaim di Rumah Sakit Umum Persahabatan. *Blantika: Multidisciplinary Journal*, 1(4), 305–313.
- Prihantoro, A., Sugiarsi, S., Mulyono, S., Moewardi Surakarta Jl Kolonel Sutarto, R., Mitra Husada Karanganyar Jl Brigjen Katamso Barat, Stik., Papahan Indah, G., Kec Tasikmadu, P., Karanganyar, K., & Tengah, J. (2023). Hubungan Pengetahuan dengan Keterampilan Coder dalam Penentuan Kode Diagnosis Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta The Relationship of Knowledge And Coder Skills In Determining The Diagnosis Code In RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Indonesian Journal of Health Information Management (IJHIM)*, 3(3), 1.
- Putri, C. I., Yektiningtyastuti, Y., Hakim, A. O., & Gunawan, G. (2025). Analisis Faktor Penghambat Pengajuan Klaim BPJS Rawat Inap di RSUD Majenang Tahun 2023. *HIJP : HEALTH INFORMATION JURNAL PENELITIAN Analisis*, 17(1), 101–115.
- Rachmat Hidayat, Rafika Amelia Fitri, & Dina Hermina. (2025). Langkah Penelitian Manajemen Pendidikan: Penemuan Masalah, Telaah Pustaka, Persiapan Penelitian, Pengumpulan Data, Analisis Data Dan Penyimpulan/Pemaknaan, Dan Pelaporan & Evaluasi Penelitian. *Jurnal Riset Multidisiplin Edukasi*, 2(6), 509–523.
- Rahayu, A., Suryandari, E. S. D. H., Sangkot, H. S., & Wijaya, A. (2024). Hubungan Antara Karakteristik Petugas Koding Dengan Akurasi Kode Diagnosis. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 13(2), 118–126.

- Ratna Wardani, O., Padma Prihatini, R., Ayu Hadikasari, A., Fitri Rusdiana, L., Akbar Kusuma Wardani, N., Prasetyo, D., Fian Dennis Alfandy, E., & Studi Kesehatan Masyarakat, P. (2024). Analisis Penyebab Terjadinya Selisih Tarif Bpjs Kesehatan Dengan Tarif Rumah Sakit Di Rsud Simpang Lima Gumul Kediri. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 04(01), 149–164.
- Rozza, C., Pratama, A., & Zaenal, A. (2024). Gambaran Penyebab Pending Claim BPJS Kesehatan Akibat Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS).
- Sekretaris Negara RI. (2004). UU RI No.40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Jdih BPK RI*, 1–45.
- Sitorus, M. I., Yulia, N., Fannya, P., & Rumana, N. A. (2022). Tinjauan Peranan Koder Dalam Pengajuan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD DR. R.M. Djoelham Kota Binjai. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 7(1), 56–64.
- Sukawan, A. (2021). Hubungan Pengetahuan Dan Kelengkapan Dokumen Medis Terhadap Ketepatan Kode Diagnosa Utama Pasien Seksio Caesarean Di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 156.
- Susanto, A., Candraningtyas, G. M., & Trijono, A. (2025). *Akurasi Pengkodean Diagnosis dan Prosedur Medis serta Implikasinya terhadap Klaim JKN di RSUD Pandan Arang*. 4(September).
- Syahputri, F. A., Khairani, K., & Gurning, F. P. (2024). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum X Kota Medan. *JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat) Cendekia Utama*, 12(3), 339.
- Syofyan, Y., & Gusman, D. (2023). Studi Perbandingan Sistem Jaminan Sosial Antara Indonesia Dan Malaysia Dalam Rangka Pemenuhan Hak Kesehatan Di Indonesia. *UNES Journal of Swara Justisia*, 7(1), 208.
- Utami, Y. T., Akbar, P. S., Amelia, R., & Sari, S. Y. (2024). Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Dengan Penerapan Rekam Medis Elektronik Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKesNas) 2024*, 3, 406–417.
- Vera Yulianti Budiyani, Astri Sri Wariyanti, & Sri Wahyuningsih. (2021). Literature Review Faktor Yang Mempengaruhi Ketepatan Petugas Koding Diagnosis Berdasarkan Unsur 5M. *Indonesian Journal of Health Information Management*, 1(1), 14–20.
- Wahyuni, A., Khumaira, N. F., Studi, P., Rekam, I., & Iris, A. (2024). Hubungan Kelengkapan Rekam Medis Terhadap Akurasi Pengkodean. ... *REMI: Jurnal Rekam Medik ...*, 5(3), 243–249.
- Widodo, A., Hosizah, & Pertiwi, T. S. (2024). Persepsi Kemanfaatan dan Kemudahan terhadap Perilaku Penggunaan Sistem Informasi Manajemen

- Rumah Sakit (SIMRS) Berbasis Website di RSIA Kemang Medical Care Jakarta. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 12(2), 185–191.
- Yulianti, M. S., & Urrahmah, H. (2025). Analisis Kelengkapan Resume Medis dan Akurasi Koding Terhadap Ketepatan Klaim BPJS Di RSUD Provinsi NTB Tahun 2024. *JUKEJ : Jurnal Kesehatan Jompa*, 4(1), 336–342.
- Zahra, A. V., Hakim, A. O., Fauzi, H., & Gunawan, G. (2024). Analisis Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Proses Pengkodean Di RSUD Majenang. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 9(2), 115–123.