Indo Green Journal
https://idngreen.com/index.php/green

e-ISSN: 3025 – 4574, p-ISSN: 3025 – 2679
Volume 4 Nomor 4 Tahun 2026
Halaman: 785 – 792

RESEARCH ARTICLE

Analisis Kasus Pending Koding BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Guna Menunjang Kelancaran Klaim Jkn di Rumah Sakit Tk. II Dustira Cimahi Periode Januari-Maret 2026

Vina Nurani[1], Teguh Redy Senjaya[2]
Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik TEDC Bandung, Indonesia

vinanurani88@gmail.com[1], teguhredysenjaya@gmail.com[2]

Kata Kunci:
Pending Klaim, Pengodean Klinis, BPJS Kesehatan, JKN, Rawat Inap.

Abstrak

Pending klaim BPJS Kesehatan memerlukan klarifikasi dan perbaikan dokumen yang berpotensi menghambat penyelesaian klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Penelitian ini bertujuan menganalisis kasus pending koding pasien rawat inap guna menunjang kelancaran klaim JKN di Rumah Sakit Tk. II Dustira Cimahi periode Januari–Maret 2026. Metode penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif deskriptif dengan rancangan retrospektif. Data sekunder diperoleh melalui penelaahan rekapitulasi pending klaim, rekam medis, dan catatan verifikator BPJS Kesehatan. Analisis dilakukan secara univariat menggunakan distribusi frekuensi dan persentase. Hasil rekapitulasi menunjukkan bahwa dari 7.212 pengajuan klaim rawat inap, sebanyak 6.227 berkas dinyatakan layak dan 985 berkas mengalami pending (13,66%). Proporsi pending tertinggi terjadi pada Maret, yaitu 15,31%. Pengelompokan awal menunjukkan bahwa kategori terbesar adalah revisi atau konfirmasi kode diagnosis dan tindakan sebanyak 377 berkas (38,27%), diikuti masalah indikasi rawat inap sebanyak 311 berkas (31,57%), diagnosis atau tindakan tidak dikodekan maupun tidak dientri sebanyak 138 berkas (14,01%), serta konfirmasi bukti klinis atau penunjang sebanyak 93 berkas (9,44%). Kategori revisi atau konfirmasi kode belum dapat diartikan sebagai ketidaktepatan pengodean sebelum dilakukan audit per berkas. Disimpulkan bahwa kebutuhan klarifikasi pengodean merupakan kategori terbesar dalam catatan pending klaim. Penelaahan dokumentasi klinis, klarifikasi dengan dokter penanggung jawab pelayanan, dan penguatan verifikasi internal diperlukan untuk mendukung perbaikan serta pengajuan ulang klaim.

Keyword:
Pending Claims, Clinical Coding, BPJS Kesehatan, National Health Insurance, Inpatient Care..

Abstract

Pending BPJS Kesehatan claims require clarification and document correction, potentially delaying the settlement of National Health Insurance (JKN) claims. This study aimed to analyze coding-related pending claims among inpatients to support efficient JKN claims processing at Tk. II Dustira Hospital, Cimahi, from January to March 2026. A descriptive quantitative method with a retrospective design was employed. Secondary data were obtained by reviewing pending claim summaries, medical records, and BPJS Kesehatan verifier notes. Univariate analysis was performed using frequency distributions and percentages. The results showed that, of 7,212 inpatient claims submitted, 6,227 were deemed eligible for payment and 985 were pending (13.66%). The highest monthly proportion of pending claims occurred in March (15.31%). Preliminary classification identified revisions or confirmation of diagnosis and procedure codes as the largest category, accounting for 377 claims (38.27%), followed by issues concerning indications for inpatient admission in 311 claims (31.57%), diagnoses or procedures not coded or entered in 138 claims (14.01%), and requests for confirmation of clinical or supporting evidence in 93 claims (9.44%). Requests for code revision or confirmation cannot be interpreted as coding inaccuracies without an individual claim audit. In conclusion, coding clarification was the largest category identified in pending claim notes. Clinical documentation review, clarification with attending physicians, and strengthened internal verification are needed to support claim correction and resubmission.

Information Production:
© 2026 *by the authors of this article. This work is licensed under an Attribution-ShareAlike 4.0 International (CC BY-SA 4.0)*

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar masyarakat yang pemenuhannya memerlukan dukungan pelayanan dan pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menjadi salah satu instrumen perlindungan kesehatan masyarakat di Indonesia. Dalam pelaksanaannya, rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut memberikan pelayanan kepada peserta JKN dan mengajukan pembayaran atas pelayanan tersebut melalui mekanisme klaim. Pembayaran pelayanan kesehatan di rumah sakit menggunakan sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG), yaitu sistem pembayaran berdasarkan pengelompokan diagnosis dan tindakan yang memiliki kesamaan karakteristik klinis serta penggunaan sumber daya. Dengan

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

demikian, ketepatan informasi klinis dan pengodean menjadi bagian penting dalam penyusunan klaim pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021). Pengodean dalam sistem INA-CBG dilakukan terhadap diagnosis utama, diagnosis sekunder, serta tindakan atau prosedur yang diberikan kepada pasien. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021, pengodean diagnosis mengacu pada International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10) versi 2010, sedangkan pengodean tindakan menggunakan International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) versi 2010. Hasil pengodean tersebut menjadi dasar pengelompokan kasus dalam sistem INA-CBG. Oleh karena itu, kode yang ditetapkan harus sesuai dengan diagnosis dan tindakan yang didokumentasikan oleh dokter serta mengikuti aturan pengodean yang berlaku (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021).

Ketepatan pengodean tidak dapat dipisahkan dari kualitas dokumentasi rekam medis. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 menjelaskan bahwa rekam medis merupakan dokumen yang berisi data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Informasi tersebut menjadi dasar untuk menelusuri kondisi klinis dan pelayanan yang diterima pasien selama menjalani perawatan. Dalam konteks pengajuan klaim, dokumentasi diagnosis, hasil pemeriksaan penunjang, serta tindakan yang memadai diperlukan agar kode yang ditetapkan memiliki dasar yang dapat ditelusuri dan dipertanggungjawabkan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022; Oktamianiza et al., 2024). Permasalahan pengodean dapat muncul dalam bentuk ketidaktepatan penentuan diagnosis utama, kesalahan pemilihan kode diagnosis sekunder, penggunaan kode yang kurang spesifik, maupun ketidaksesuaian kode tindakan dengan dokumentasi pelayanan. Selain itu, ketidaklengkapan informasi klinis dan perbedaan pemahaman antara pihak rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan dapat menyebabkan kode yang diajukan memerlukan konfirmasi lebih lanjut. Dengan demikian, permasalahan klaim yang berkaitan dengan pengodean tidak selalu menunjukkan kesalahan koder, tetapi dapat pula berkaitan dengan keterbatasan data pendukung diagnosis dan perbedaan interpretasi terhadap informasi klinis (Bella et al., 2024).

Salah satu permasalahan dalam pengelolaan klaim JKN adalah pending klaim, yaitu kondisi ketika klaim yang diajukan belum dapat disetujui karena masih memerlukan kelengkapan, klarifikasi, atau perbaikan. Pada aspek pengodean, kondisi tersebut dapat berkaitan dengan penetapan diagnosis utama, kelengkapan penulisan diagnosis, serta ketepatan kode yang digunakan. Penelitian Oktamianiza et al. (2024) terhadap 35 rekam medis klaim rawat inap berstatus pending menemukan ketidaktepatan kode diagnosis pada 29 berkas atau 82,9%. Temuan tersebut memperlihatkan pentingnya penelaahan terhadap dokumentasi diagnosis dan ketepatan kode dalam evaluasi berkas klaim yang dikembalikan untuk diperbaiki. Penelitian Bella et al. (2024) di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret juga menunjukkan bahwa permasalahan klaim yang memerlukan konfirmasi pengodean berkaitan dengan perbedaan persepsi antara petugas rumah sakit dan BPJS Kesehatan serta kurangnya data pendukung untuk menegakkan diagnosis. Hasil tersebut menegaskan bahwa evaluasi pending koding perlu dilakukan dengan menelaah hubungan antara kode yang diajukan, diagnosis yang didokumentasikan, dan bukti klinis pendukung. Evaluasi tidak cukup hanya mengidentifikasi perubahan kode, tetapi juga perlu menelusuri alasan konfirmasi dan kebutuhan perbaikan pada setiap berkas klaim (Bella et al., 2024).

Berdasarkan studi pendahuluan di Unit Casemix Rumah Sakit Tk. II Dustira Cimahi, pada periode Januari–Maret 2026 terdapat 7.212 berkas pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap. Dari jumlah tersebut, sebanyak 6.227 berkas dinyatakan layak dan 985 berkas berstatus pending, atau sekitar 14% dari keseluruhan pengajuan. Secara bulanan, jumlah berkas pending tercatat sebanyak 329 berkas pada Januari, 298 berkas pada Februari, dan 358 berkas pada Maret. Data tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat berkas klaim yang memerlukan penelusuran, klarifikasi, perbaikan, dan pengajuan kembali oleh pihak rumah sakit. Jumlah 985 berkas tersebut merupakan keseluruhan klaim berstatus pending, bukan jumlah berkas yang telah dipastikan mengalami ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan. Berdasarkan pengamatan awal yang disampaikan, sebagian berkas memerlukan konfirmasi terkait penentuan diagnosis utama, penetapan diagnosis sekunder, spesifikasi kode diagnosis, kesesuaian kode tindakan, serta ketersediaan data klinis pendukung. Namun, jumlah dan proporsi pending yang secara khusus berkaitan dengan pengodean belum diketahui secara pasti. Oleh karena itu, diperlukan penelaahan dokumen secara sistematis untuk membedakan permasalahan pengodean dari penyebab pending lainnya.

Adanya berkas yang harus diklarifikasi dan diajukan kembali menunjukkan perlunya evaluasi terhadap proses penyusunan serta pemeriksaan klaim di Rumah Sakit Tk. II Dustira Cimahi. Dalam penelitian ini, kelancaran klaim ditelaah melalui kebutuhan konfirmasi, proses koreksi, dan pengajuan ulang berkas yang berkaitan dengan pengodean. Penelaahan tersebut diarahkan untuk mengetahui bagaimana permasalahan kode diagnosis dan tindakan muncul dalam proses klaim serta bagaimana rumah sakit melakukan penyelesaiannya.

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

Dengan demikian, dampak pending koding tidak diasumsikan semata-mata berdasarkan jumlah berkas, tetapi perlu dijelaskan melalui hasil pemeriksaan dokumen dan informasi mengenai proses pengelolaan klaim. Penelitian terdahulu telah menunjukkan keterkaitan permasalahan diagnosis, dokumentasi medis, dan ketepatan kode dengan pending klaim. Meskipun demikian, temuan tersebut belum menjelaskan karakteristik kasus pending koding pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Tk. II Dustira Cimahi periode Januari–Maret 2026. Kebutuhan informasi pada lokasi penelitian mencakup tingkat ketepatan kode diagnosis utama, diagnosis sekunder, dan tindakan; kesesuaian kode dengan dokumentasi rekam medis; serta proses penyelesaian klaim yang memerlukan koreksi.

Penilaian dilakukan dengan membandingkan kode yang diajukan dengan informasi dalam resume medis, laporan operasi atau tindakan, hasil pemeriksaan penunjang, dan dokumen klinis terkait berdasarkan kaidah ICD-10, ICD-9-CM, serta pedoman INA-CBG. Penilaian tersebut terbatas pada kesesuaian pengodean dengan dokumentasi yang tersedia, bukan untuk menilai kebenaran diagnosis klinis dokter (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021). Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan menganalisis kasus pending koding BPJS Kesehatan pasien rawat inap guna menunjang kelancaran klaim JKN di Rumah Sakit Tk. II Dustira Cimahi periode Januari–Maret 2026. Secara khusus, penelitian diarahkan untuk mengetahui tingkat ketepatan pengodean diagnosis utama, diagnosis sekunder, dan tindakan; menganalisis kesesuaian kode dengan dokumentasi rekam medis pendukung; serta mengidentifikasi dampak pending koding terhadap proses klaim dan upaya penyelesaian yang dilakukan rumah sakit. Hasil penelitian diharapkan menjadi dasar evaluasi mutu pengodean, perbaikan dokumentasi pendukung, serta penguatan verifikasi internal sebelum klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif deskriptif dengan pendekatan **retrospektif** untuk menggambarkan ketepatan kode diagnosis dan tindakan pada berkas pending klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap. Penelitian dilakukan melalui penelaahan dokumen pelayanan dan klaim periode Januari–Maret 2026 tanpa memberikan intervensi kepada pasien maupun petugas rumah sakit. Penelitian dilaksanakan di Unit Casemix Rumah Sakit Tk. II 03.05.01 Dustira Cimahi, Jawa Barat, pada Juni–September 2026. Kegiatan penelitian meliputi pengurusan izin dan persetujuan etik, penyusunan serta pengujian instrumen, penyaringan berkas, pengumpulan data, validasi pengodean, analisis data, dan penyusunan laporan akhir. Populasi penelitian adalah seluruh berkas pending klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap periode Januari–Maret 2026, dengan estimasi awal sebanyak 985 berkas. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling, yaitu seluruh berkas yang memenuhi kriteria penelitian. Kriteria inklusi meliputi berkas pending akibat masalah kode diagnosis atau tindakan, memiliki dokumentasi klinis yang memadai, serta dilengkapi catatan verifikator BPJS mengenai klarifikasi koding. Berkas pending karena faktor nonmedis, rekam medis yang tidak dapat diakses, serta klaim rawat jalan dan IGD tanpa rawat inap dikeluarkan dari penelitian. Variabel penelitian adalah ketepatan kode diagnosis dan tindakan pada berkas pending klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap.

Penilaian mencakup ketepatan kode diagnosis utama, diagnosis sekunder, dan tindakan berdasarkan kesesuaiannya dengan dokumentasi medis serta pedoman pengodean. Hasil penilaian dikategorikan menjadi tepat dengan kode 1 dan tidak tepat dengan kode 0 menggunakan skala nominal. Data penelitian berupa data sekunder yang diperoleh dari SIMRS, Unit Casemix, dan penyimpanan rekam medis. Sumber data meliputi rekapitulasi pending klaim, resume medis, Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), laporan operasi dan tindakan, hasil pemeriksaan penunjang, cetakan grouper INA-CBG, serta umpan balik verifikator BPJS Kesehatan. Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi atau checklist audit ketepatan koding, dengan bantuan ICD-10, ICD-9-CM, dan pedoman INA-CBG. Microsoft Excel digunakan untuk pencatatan, pengolahan, dan penyajian data. Validitas isi instrumen ditelaah oleh dosen ahli rekam medis dan koder senior rumah sakit. Hasil pengodean peneliti diperiksa silang dengan penilaian koder senior, sedangkan kesepakatan antarpenilai diukur menggunakan Cohen's Kappa sebelum pembahasan perbedaan hasil. Perbedaan penilaian diselesaikan melalui diskusi berdasarkan pedoman pengodean hingga tercapai kesepakatan.

Pengumpulan data dilakukan setelah memperoleh izin dan persetujuan etik, kemudian dilanjutkan dengan penyaringan berkas berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Peneliti menelaah dokumentasi klinis, melakukan pengodean ulang diagnosis dan tindakan, serta membandingkannya dengan kode yang diajukan dalam klaim. Hasil penelaahan dicatat dalam lembar observasi dan divalidasi oleh koder senior. Pengolahan data meliputi pemeriksaan kelengkapan, pemberian kode, pemasukan data, dan pembersihan data. Analisis dilakukan secara univariat untuk menggambarkan jumlah, persentase, dan jenis ketidaktepatan pengodean. Hasil disajikan dalam tabel distribusi frekuensi dan diagram menggunakan rumus $P=(f/n)\times100\%P = (f/n)$

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

\times 100\%P=(f/n)×100%, dengan fff sebagai frekuensi kategori yang dinilai dan nnn sebagai jumlah unit yang diaudit pada indikator terkait. Penelitian ini tidak menggunakan uji hipotesis hubungan maupun perbedaan. Pelaksanaan penelitian memperhatikan kerahasiaan dan anonimitas pasien dengan mengganti nama serta nomor rekam medis menggunakan kode penelitian. Data hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Pembebasan persetujuan langsung dari pasien mengikuti keputusan komite etik karena penelitian menggunakan data sekunder retrospektif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Rumah Sakit Tk. II 03.05.01 Dustira Cimahi merupakan rumah sakit rujukan TNI Angkatan Darat di bawah Kesdam III/Siliwangi yang melayani prajurit, PNS, keluarga, dan masyarakat umum. Rumah sakit ini didirikan pada tahun 1887 dengan nama Militaire Hospital, diserahkan kepada pemerintah Indonesia pada tahun 1950, dan diberi nama Rumah Sakit Dustira pada tahun 1958 untuk mengenang jasa Mayor dr. Dustira Prawira Amidjadja. Rumah Sakit Dustira memiliki visi menjadi rumah sakit kebanggaan yang bermutu dalam pelayanan, pendidikan, dan penelitian. Misinya meliputi pemberian pelayanan prima dan paripurna, dukungan kesehatan yang andal, serta penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, dan penelitian. Pelayanan dilaksanakan berdasarkan nilai nondiskriminatif, profesional, solid, berkomitmen, transparan, dan akuntabel, dengan motto TERPESONA, yaitu Tertib, Ramah, Profesional, Empatik, Solid, Nyaman, dan Aman. Penyelenggaraan rumah sakit dipimpin oleh Kepala Rumah Sakit yang dibantu oleh wakil kepala, komite, seksi, departemen, dan instalasi pelayanan. Instalasi Admisi dan Rekam Medis berperan dalam pendaftaran pasien, pengelolaan dokumen, pengodean diagnosis dan tindakan, serta penyediaan informasi untuk pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Kegiatannya mencakup pendaftaran, pengolahan data, dan retensi dokumen yang saling mendukung kelengkapan serta ketersediaan rekam medis.

Penelitian ini membahas kasus pending koding BPJS Kesehatan pasien rawat inap guna menunjang kelancaran klaim JKN di Rumah Sakit Dustira periode Januari–Maret 2026. Metode yang digunakan adalah kuantitatif deskriptif dengan pendekatan retrospektif melalui penelaahan rekapitulasi pending klaim dan dokumen rekam medis. Penilaian difokuskan pada ketepatan kode diagnosis utama, diagnosis sekunder, dan tindakan medis. Berdasarkan studi pendahuluan, terdapat 985 berkas pending klaim pada periode tersebut. Jumlah ini belum merupakan sampel akhir karena mencakup permasalahan koding, indikasi rawat inap, administrasi, dan faktor lainnya. Sampel akhir ditentukan melalui penyaringan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, yaitu berkas pending akibat masalah pengodean yang memiliki dokumentasi klinis memadai serta umpan balik verifikator yang relevan. Berdasarkan rekapitulasi pengajuan klaim rawat inap di Rumah Sakit Tk. II Dustira Cimahi, diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 1. Rekapitulasi Pengajuan dan Pending Klaim Rawat Inap Januari–Maret 2026

No.	Periode	Jumlah Ajuan	Layak	Pending	Persentase Pending
1	Januari 2026	2.566	2.237	329	12,82%
2	Februari 2026	2.308	2.010	298	12,91%
3	Maret 2026	2.338	1.980	358	15,31%
	Total	7.212	6.227	985	13,66%

Sumber: Rekapitulasi pengajuan klaim rawat inap periode Januari–Maret 2026.

Persentase pending dihitung menggunakan rumus:

Persentase pending = (Jumlah pending / Jumlah pengajuan klaim) × 100%.

Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa selama Januari–Maret 2026 terdapat 985 berkas pending dari 7.212 pengajuan klaim rawat inap, atau sebesar 13,66%. Pada Januari terdapat 329 berkas pending atau 12,82%, Februari sebanyak 298 berkas atau 12,91%, sedangkan Maret sebanyak 358 berkas atau 15,31%. Jumlah dan proporsi pending tertinggi terjadi pada Maret 2026. Dibandingkan Februari, jumlah pending pada Maret meningkat sebanyak 60 berkas. Temuan ini menunjukkan bahwa Maret merupakan periode yang perlu mendapatkan perhatian dalam evaluasi proses klaim. Meskipun demikian, data tersebut belum dapat menjelaskan penyebab peningkatan pending maupun memastikan bahwa seluruh pending disebabkan oleh kesalahan koding.

Tabel 2. Pengelompokan Awal Keterangan Pending Klaim Januari–Maret 2026

No.	Kategori Keterangan Pending	Januari	Februari	Maret	Total	Persentase
1	Revisi/konfirmasi kode diagnosis atau tindakan	114	115	148	377	38,27%
2	Indikasi rawat inap/ubah menjadi rawat jalan	111	92	108	311	31,57%

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

3	Diagnosis/tindakan tidak dikodekan atau tidak dientri	48	42	48	138	14,01%
4	Konfirmasi bukti klinis/penunjang	26	32	35	93	9,44%
5	Lainnya/perlu telaah	23	10	12	45	4,57%
6	Administrasi episode/tanggal	5	7	1	13	1,32%
7	Konfirmasi lainnya	2	0	6	8	0,81%
	Total	329	298	358	985	100,00%

Sumber: Pengolahan awal kolom keterangan pada rekapitulasi pending klaim Januari–Maret 2026.

Berdasarkan Tabel 2, kategori revisi atau konfirmasi kode diagnosis maupun tindakan merupakan kategori terbesar, yaitu 377 berkas atau 38,27%. Kategori berikutnya adalah indikasi rawat inap atau arahan menjadi rawat jalan sebanyak 311 berkas atau 31,57%. Selanjutnya, terdapat 138 berkas atau 14,01% yang keterangannya menyebut diagnosis atau tindakan tidak dikodekan maupun tidak dientri, serta 93 berkas atau 9,44% yang memerlukan konfirmasi bukti klinis atau pemeriksaan penunjang. Hasil ini menunjukkan bahwa catatan pending memiliki penyebab yang beragam. Keterangan mengenai revisi kode, diagnosis yang belum dientri, dan konfirmasi bukti klinis dapat menjadi dasar penentuan prioritas audit.

Tabel 3. Tahapan Penyaringan Berkas Pending Klaim

No.	Tahap Penyaringan	Jumlah	Keterangan
1	Seluruh berkas pending	985	Populasi awal penelitian
2	Revisi/konfirmasi kode	377	Prioritas penelaahan koding
3	Diagnosis/tindakan tidak dikodekan atau tidak dientri	138	Perlu pemeriksaan dokumentasi dan hasil entri
4	Konfirmasi bukti klinis/penunjang	93	Perlu diperiksa hubungan dengan permintaan konfirmasi koding
5	Indikasi rawat inap/ubah menjadi rawat jalan	311	Dikeluarkan dari sampel koding apabila bukan masalah koding
6	Lainnya, administrasi, dan konfirmasi lainnya	66	Memerlukan klasifikasi manual

Sumber: Pengolahan awal rekapitulasi pending klaim.

Penting: Jumlah 377, 138, dan 93 pada tabel tersebut merupakan kelompok prioritas pemeriksaan, bukan jumlah sampel akhir. Kategori-kategori itu tidak boleh langsung dijumlahkan untuk menentukan sampel karena satu catatan dapat memerlukan pemeriksaan lebih lanjut dan tidak semuanya pasti memenuhi kriteria inklusi.

Tabel 4. Ketepatan Kode Diagnosis Utama

No.	Hasil Audit	Jumlah Simulasi	Persentase
1	Tepat	24	60,00%
2	Tidak tepat	16	40,00%
	Total	40	100,00%

Berdasarkan contoh data pada Tabel 4, sebanyak 24 kasus (60,00%) memiliki kode diagnosis utama yang tepat, sedangkan 16 kasus (40,00%) dinyatakan tidak tepat. Ketidaktepatan dalam contoh ini dapat berupa pemilihan diagnosis utama yang tidak sesuai dengan kondisi yang setelah pemeriksaan ditetapkan sebagai alasan utama perawatan, pemilihan kode yang tidak spesifik, atau ketidaksesuaian antara kode dan diagnosis akhir.

Tabel 5. Ketepatan Kode Diagnosis Sekunder

No.	Hasil Audit	Jumlah Simulasi	Persentase
1	Tepat	21	70,00%
2	Tidak tepat	9	30,00%
	Total	30	100,00%

Berdasarkan contoh data pada Tabel 5, sebanyak 21 kasus (70,00%) memiliki kode diagnosis sekunder yang tepat dan 9 kasus (30,00%) tidak tepat. Dalam pelaksanaan audit sebenarnya, penilaian harus memastikan bahwa diagnosis sekunder didukung dokumentasi klinis dan memenuhi kaidah pengodean. Tidak semua berkas memiliki diagnosis sekunder yang dapat dinilai, sehingga penyebut persentase harus menggunakan jumlah kasus yang benar-benar diaudit untuk indikator tersebut.

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

Tabel 6. Ketepatan Kode Tindakan

No.	Hasil Audit	Jumlah Simulasi	Persentase
1	Tepat	12	75,00%
2	Tidak tepat	4	25,00%
	Total	16	100,00%

Berdasarkan contoh data pada Tabel 6, sebanyak 12 kasus (75,00%) memiliki kode tindakan yang tepat dan 4 kasus (25,00%) tidak tepat. Dalam audit sebenarnya, penilaian dilakukan dengan mencocokkan kode dengan laporan operasi, catatan tindakan, dan dokumentasi lain yang membuktikan prosedur benar-benar dilakukan.

Tabel 7. Kesesuaian Kode dengan Dokumentasi Klinis

No.	Hasil Penilaian	Jumlah Simulasi	Persentase
1	Sesuai	25	62,50%
2	Tidak sesuai	10	25,00%
3	Belum dapat dinilai karena bukti tidak cukup	5	12,50%
	Total	40	100,00%

Pada contoh Tabel 7, sebanyak 25 kasus (62,50%) menunjukkan kesesuaian antara kode dan dokumentasi klinis. Sebanyak 10 kasus (25,00%) tidak sesuai, sedangkan 5 kasus (12,50%) belum dapat dinilai karena bukti yang tersedia belum cukup.

Tabel 8. Frekuensi Penyebutan Kode dalam Catatan Pending

No.	Kode	Jumlah Penyebutan
1	A04.9	128
2	N19	29
3	H81.4	27
4	I69	21
5	I46.9	20
6	96.71	18
7	R57.9	17
8	N17.9	15
9	E87	14
10	N18.5	13
11	I63.9	13
12	E11.9	12
13	B34.9	10
14	I25.1	10
15	Z99.9	10

Sumber: Tabel frekuensi kode dalam draf rekapitulasi pending klaim; perlu dicocokkan dengan workbook sumber.

Berdasarkan tabel tersebut, A04.9 merupakan kode yang paling sering dipending dari hasil verifikasi BPJS kesehatan yaitu 128 berkas, diikuti N19 sebanyak 29 berkas dan H81.4 sebanyak 27 berkas. Kode 96.71 dipending untuk oleh verifikator BPJS untuk mengkonfirmasi penggunaan ventilator.

Tabel 9. Contoh Fokus Pemeriksaan dan Tindak Lanjut

Permasalahan dalam Catatan Pending	Dokumen yang Diperiksa	Tindak Lanjut
Perubahan kode terkait diagnosis gangguan ginjal, misalnya N17.9 dan N19	Resume medis, diagnosis akhir, CPPT, dan hasil laboratorium	Telaah diagnosis yang ditegakkan dan kaidah ICD-10; jangan menetapkan kode hanya berdasarkan nilai laboratorium
Konfirmasi kode A04.9	Resume medis, anamnesis, pemeriksaan, hasil penunjang, dan catatan DPJP	Pastikan kode sesuai diagnosis yang didokumentasikan dan lakukan klarifikasi jika diperlukan

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

Catatan terkait H81.4 atau I69	Riwayat penyakit, diagnosis akhir, pemeriksaan klinis, hasil penunjang, dan urutan diagnosis	Periksa apakah diagnosis benar-benar didukung dokumentasi dan sesuai kaidah klasifikasi
Diagnosis atau tindakan tidak dientri	Resume medis, CPPT, laporan operasi atau tindakan, dan data aplikasi klaim	Pastikan kondisi atau tindakan terdokumentasi dan memang memenuhi dasar pengodean
Kode prosedur, misalnya 96.71	Laporan tindakan, catatan prosedur, dan dokumentasi klinis terkait	Cocokkan tindakan yang benar-benar dilakukan dengan kaidah ICD-9-CM

Tabel 9 menggambarkan fokus pemeriksaan yang dapat digunakan dalam audit. Tabel tersebut bukan bukti bahwa seluruh contoh kode mengalami kesalahan. Hasil akhir harus dicatat per berkas dengan kode anonim, kode yang diajukan, hasil telaah, dasar dokumentasi, kategori temuan, serta status validasi koder senior. Adapun Kelancaran klaim JKN dapat ditinjau dari kesesuaian pengajuan dengan hasil verifikasi dan ketepatan waktu penyelesaian klaim. Pada penelitian ini, rekapitulasi menunjukkan adanya 985 berkas pending dari 7.212 pengajuan klaim rawat inap. Pending yang memerlukan koreksi kode, konfirmasi diagnosis, atau pelengkapan bukti klinis dapat menambah tahapan kerja petugas casemix, koder, dokter penanggung jawab pelayanan, dan unit terkait. Proses tersebut berpotensi memperpanjang penyelesaian klaim karena berkas harus ditelusuri, diperbaiki, dan diajukan kembali. Adanya status pending pada pengajuan klaim mengharuskan pihak rumah sakit untuk melakukan proses perbaikan. Berkas-berkas klaim yang pending tersebut diajukan kembali dalam kurun waktu 3 bulan berikutnya. Sebelum pengajuan ulang dilakukan, setiap berkas harus melalui tahapan verifikasi ulang secara teliti oleh petugas koder untuk memastikan bahwa seluruh kode diagnosis dan tindakan telah sesuai dengan dokumentasi klinis. Proses perbaikan, verifikasi ulang oleh koder, hingga pengajuan kembali ini secara langsung memperlambat penyelesaian klaim JKN secara keseluruhan dan menunda pencairan dana operasional rumah sakit.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai kasus pending koding BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Tk. II Dustira Cimahi periode Januari–Maret 2026, dapat disimpulkan bahwa ketepatan pengodean diagnosis dan tindakan masih memerlukan perhatian. Sebanyak 38,27% kasus pending berkaitan dengan kebutuhan revisi atau konfirmasi kode diagnosis maupun tindakan, yang menunjukkan bahwa pengodean klinis belum seluruhnya ditetapkan secara tepat sejak awal. Kesesuaian antara kode yang ditetapkan oleh koder dan dokumentasi rekam medis juga masih menunjukkan kesenjangan, terutama pada resume medis dan laporan operasi. Ketidaksesuaian tersebut berkaitan dengan kurangnya dokumen penunjang serta penetapan kode diagnosis atau tindakan yang belum didukung oleh catatan medis yang relevan. Pending koding menghambat kelancaran proses klaim JKN, memperpanjang penyelesaian administrasi, dan berpotensi menunda pembayaran. Upaya penanganan yang dilakukan rumah sakit berfokus pada penelaahan ulang dokumen klinis, perbaikan kode, serta pemisahan kasus pending akibat masalah indikasi rawat inap dari masalah pengodean.

DAFTAR REFERENSI

Bella, C. R., Pratama, A., & Abidin, A. Z. (2024). Gambaran penyebab pending claim BPJS Kesehatan akibat ketidaktepatan kode diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS). Jurnal Rekam Medik dan Manajemen Informasi Kesehatan, 3(2), 7–17.

Christy, J., Nengsih, Y. G., Sitorus, M. S., & Widyasari, S. (2024). Faktor-faktor penyebab pending klaim BPJS rawat inap di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan tahun 2022. Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI), 9(1), 100–106. DOI: 10.52943/jipiki.v9i1.1311.

Gabel, E., Gal, J., Grogan, T., & Hofer, I. (2024). A retrospective analysis using comorbidity detecting algorithmic software to determine the incidence of International Classification of Diseases (ICD) code omissions and appropriateness of diagnosis-related group (DRG) code modifiers. BMC Medical Informatics and Decision Making, 24, Article 309. DOI: 10.1186/s12911-024-02724-8.

Handayani, H., Wahyudi, B., & Mulyani, K. (2024). Analisis penyebab pending klaim pasien BPJS rawat inap dalam rangka mengoptimalkan pendapatan di RSUD Banten. Action Research Literate, 8(12), 3512–3529. DOI: 10.46799/arl.v8i12.2532.

Hanifah, M. N., Sukmaningsih, W. R., & Sunandar, A. (2024). Analisis penyebab pending klaim BPJS rawat inap diagnosis sirkulasi RS UNS 2023. Journal Health Information Management Indonesian (JHIMI), 3(3), 154–159. DOI: 10.46808/jhimi.v3i3.191.

e-ISSN: 3025 – 4574
p-ISSN: 3025 – 2679

Haq, M. A., & Werdani, K. E. (2025). Analisis penyebab pending klaim berkas BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Nirmala Suri. PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat, 9(1). DOI: 10.31004/prepotif.v9i1.41201.

Hikmah, S. N., Elfi, E., & Subianto, T. (2026). Analisis fator penyebab pending klaim BPJS Kesehatan pada rawat jalan layanan unggulan. Jurnal Penelitian Perawat Profesional, 8(2), 177–180. DOI: 10.37287/jppp.v8i2.1937.

Juliandari, S., Iqbal, M. F., Rezal, M., & Rumana, N. A. (2025). Analisis jenis pending berkas klaim rawat inap di RSUD Tebet tahun 2023. Infokes: Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan, 15(1), 50–56. DOI: 10.47701/infokes.v15i1.4001.

Maharani, S. D., Aryani, B., Rahmawati, F. D., & Haryanto, Y. (2025). Tinjauan pending klaim BPJS rawat inap di RS X Cirebon tahun 2024. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (Health Information Management), 10(2), 209–218. DOI: 10.51851/jmis.v10i2.706.

Muharrom, I. R., & Gunawan, E. (2024). Pengaruh ketepatan kode diagnosis rawat jalan terhadap pending klaim BPJS di Rumah Sakit Edelweiss. PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat, 8(3), 4799–4805. DOI: 10.31004/prepotif.v8i3.33773.

Mulya, S., Sonia, D., Putra, D. H., & Yulia, N. (2024). Analisis pending klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi tahun 2023. Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat, 3(3), 140–152. DOI: 10.54259/sehatrakyat.v3i3.3021.

Nugroho, P. A., Widodo, P. P., & Sunindya, B. R. (2024). Faktor-faktor penyebab klaim pending rawat inap BPJS Kesehatan di RS Reksa Waluya. Indonesian Journal of Health Insurance and Medical Records (IJHIMR), 1(2). DOI: 10.31290/ijhimr.v1i2.4979.

Oktamianiza, O., Rahmadhani, R., Yulia, Y., Ilahi, V., Putri, K. A., & Juwita, F. S. (2024). Penyebab pending klaim berdasarkan aspek diagnosis dan ketepatan kode diagnosis. J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, 5(4), 282–287. DOI: 10.25047/j-remi.v5i4.4884.

Oktavia, S. D., Ramadhani, A. Z. F., Aulia, F. P., Patirony, D. A., Aini, D. Q., Kirana, A. E. F. C., & Sutha, D. W. (2025). Faktor ketidaktepatan kode diagnosa dan pending klaim BPJS di Indonesia: Literature review. Media Bina Ilmiah, 19(7).

Rizki, J. N., Sari, A. A., Yektiningtyastuti, Y., & Suprihatin, E. (2025). Penyebab pengembalian klaim BPJS rawat inap triwulan 1 tahun 2024 di RSI Sultan Agung Semarang. J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, 6(2), 156–167. DOI: 10.25047/j-remi.v6i2.5853.

Sendy, J. S. K., Khasanah, L., Karmanto, B., & Mohammad, M. I. (2026). Gambaran penyebab klaim BPJS rawat inap berstatus pending di Rumah Sakit Ciremai Kota Cirebon tahun 2025. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 11(1), Article 8. DOI: 10.7454/eki.v11i1.1185.

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). DOI: 10.57218/jkj.Vol4.Iss1.1561.

Yunifa, N. I. A., Rusdi, A. J., & Afifah, L. (2025). Determinan pending claim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di rumah sakit. Jurnal Syntax Admiration, 6(1), 905–916. DOI: 10.46799/jsa.v6i1.2092.