



ANALISIS KASUS PENDING KLAIM PELAYANAN ASURANSI BPJS KESEHATAN RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH TEMANGGUNG

Muh Amin¹, Zaenal Arifin², Yuni Indrawati³

^{1,2,3}Program Studi D-3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Akademi Kesehatan Muhammadiyah Temanggung
muhamian128@gmail.com

Abstrak

BPJS Kesehatan (badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan) diimplementasikan pada tahun 2014 sebagai system jaminan kesehatan nasional (JKN) untuk memberikan pelayanan kesehatan yang murah. Proses penggantian biaya pelayanan BPJS Kesehatan dengan sistem INA-CBGs (*Indonesia Based Groups*). Masalah yang sering dihadapi Rumah Sakit terjadinya pending klaim, yang berdampak pada biaya operasional RS, gaji, pengadaan obat, kualitas pelayanan dan kepercayaan masyarakat. Perlunya rekomendasi meningkatkan kualitas klaim dan menciptakan sistem klaim lebih efektif dan efisien. Tujuan menganalisis jenis pending klaim, penyebab dan perbaikan-perbaikan untuk mencegah pending klaim pelayanan asuransi BPJS kesehatan. Metode penelitian *mixed methods*, desain *sequential explanatory*. Pengumpulan data dengan data primer yaitu rekapitulasi kasus pending klaim Januari – Maret 2025 dan wawancara mendalam. Hasil penelitian bahwa pending klaim Januari 1,99%, Februari 2,83%, Maret 2,23%. Jenis pending klaim; jenis klinis tertinggi pada bulan Februari 60,9%, jenis coding tertinggi bulan Maret 33,6%, jenis administrasi tertinggi bulan Januari 28,6%. Penyebab pending klaim jenis klinis; diagnosis tidak ada bukti dukung penunjang, tidak dilakukan pemeriksaan penunjang, hasil penunjang tidak mendukung diagnose. tidak diberikan tatalaksana, sebagai kompetensi PPK 1, episode pelayanan. Jenis coding; penempatan diagnosis primer dan sekunder tidak sesuai, data pendukung diagnosis kurang, perbedaan persepsi koder dan verifikator BPJS, ketelitian koder. Jenis administrasi; ketidak lengkapan berkas, ketidak sesuaian SEP, salah entri billing perawatan. Pencegahan pending klaim klinis; meningkatkan komunikasi antara dokter, koder dan verifikator internal, monitoring oleh MPP atas data klinis, sosialisasi kompetensi FKTP. Jenis coding; verifikasi coding, coding penyakit dan tindakan sesuai eviden base rekam medik, meningkatkan kesepemahaman koder dan verifikator BPJS, koder update informasi regulasi serta mengikuti pelatihan. Jenis administrasi; aplikasi combain data, sosialisasi kelengkapan administrasi klaim BPJS Kesehatan.

Kata Kunci: Pending Klaim; Kualitas Klaim; Asuransi; BPJS Kesehatan; Operasional RS.

Abstract

BPJS Kesehatan (*the health social security administration*) was implemented in 2014 as the national health insurance system (JKN) to provide affordable healthcare services. BPJS Kesehatan service reimbursement processes use the INA-CBGs (*Indonesia-Based Groups*) system. A common problem faced by hospitals is pending claims, which impacts operational costs, salaries, drug procurement, service quality, and public trust. Recommendations are needed to improve claim quality and create a more effective and efficient claims system. The objective is to analyze the types of pending claims, their causes, and improvements to prevent pending claims for BPJS Kesehatan insurance services. The research method used is a mixed methods study with a sequential explanatory design. Primary data collection consisted of a recapitulation of pending claims cases from January to March 2025 and in-depth interviews. The results of the study showed that pending claims were 1.99% in January, 2.83% in February, and 2.23% in March. Types of pending claims; the highest clinical type was in February 60.9%, the highest coding type was in March 33.6%, and the highest administrative type was in January 28.6%. Causes of pending claims for clinical types; diagnosis lacks supporting evidence, no supporting examinations, supporting results do not support the diagnosis. no treatment is provided, as PPK 1 competency, service episode. Types of coding; placement of primary and secondary diagnoses is inappropriate, supporting data is lacking in the diagnosis, differences in perceptions between BPJS coders and verifiers, coder accuracy. Types of administration; incomplete files, SEP incompatibility, incorrect treatment billing entries. Prevention of pending clinical claims; improving communication between doctors, coders and internal verifiers, monitoring by MPP on clinical data, socialization of FKTP competencies. Types of coding; Coding verification, coding of diseases and procedures according to medical record-based evidence, improving understanding between coders and BPJS verifiers, updating coders with regulatory information and participating in training. Types of administration: data combination application, socialization of completeness of BPJS Health claims administration.

Keywords: Pending Claims; Claim Quality; Insurance; BPJS Health; Hospital Operations.

@Jurnal Ners Prodi Sarjana Keperawatan & Profesi Ners FIK UP 2026

* Corresponding author :

Address : Akademi Kesehatan Muhammadiyah Temanggung

Email : muhamian128@gmail.com

PENDAHULUAN

BPJS Kesehatan (badan penyelenggara jaminan sosial) resmi di implementasikan pada tahun 2014 sebagai bagian dari system jaminan kesehatan nasional (JKN) (Alkayyis, 2024) dengan tujuan untuk memberikan akses pelayanan kesehatan yang lebih murah bagi seluruh rakyat Indonesia (Dany et al., 2021). Program JKN bersifat wajib bagi seluruh masyarakat, yang mana BPJS Kesehatan menjadi penyelenggara utama dalam memberikan pelayanan jaminan kesehatan bagi masyarakat dengan jumlah 250 juta lebih penduduk Indonesia, dengan cara menanggung sebagian besar pembiayaan perawatan pelayanan medis yang diberikan oleh fasilitas pelayanan pertama atau fasilitas pelayanan lanjut (Amran, 2023).

Proses penggantian biaya kepada fasilitas pelayanan Kesehatan atas pelayanan yang telah diberikan melalui sistem INA-CBGs (*Indonesia Based Groups*) dan pembayaran penggantian dilakukan berdasarkan kelompok penyakit pasien (Ilmi et al., 2024). Model pembayaran INA-CBGs BPJS Kesehatan melalui serangkaian proses verifikasi berkas klaim (Mayori et al., 2021).

Proses ini diawali dengan fasilitas pelayanan kesehatan menyerahkan dokumen klaim (klinis dan administratif terkait pasien) untuk dilakukan pemeriksaan oleh verifikator BPJS Kesehatan (Rekam et al., 2023) dengan tujuan untuk menguji validitas klinis dan administratif sebagai bukti tanggung jawab untuk menjaga kualitas pelayanan yang diberikan dan biaya pelayanan kesehatan yang efektif bagi peserta BPJS Kesehatan (Maulida & Djunawan, 2022).

Meskipun tujuan dari program ini adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan terjangkau, di lapangan masih banyak tantangan yang dihadapi (Sari & Hidayat, 2023) baik oleh BPJS Kesehatan itu sendiri maupun oleh fasilitas kesehatan termasuk di dalamnya Rumah Sakit (Bella et al., 2024). Salah satu masalah yang sering dihadapi oleh rumah sakit atas klaim pelayanan pasien dengan asuransi BPJS Kesehatan yaitu terjadinya pending klaim atas pengajuan klaim pelayanan yang telah diberikan (Yastori, 2023).

Pending klaim menjadikan salah satu persoalan yang signifikan dalam pengelolaan asuransi kesehatan yang berpengaruh keuangan rumah sakit (Hasbullah et al., 2024), aliran kas dan operasional Rumah Sakit (Bella et al., 2024), karena rumah sakit tergantung pada pembayaran klaim untuk membiayai berbagai operasional, termasuk pembayaran gaji tenaga medis (Yastori, 2023), pengadaan obat-obatan serta perawatan pasien (Sina et al., 2023). Dampak dari pending klaim ini juga tidak terbatas pada masalah keuangan namun juga pada kualitas pelayanan yang di berikan kepada pasien (Yastori, 2023).

Rumah Sakit yang tidak dapat membayar kepada vendor / pemasok obat ataupun alat kesehatan (Wiliana et al., 2019) dan tenaga medis tepat waktu mungkin akan mengalami keterlambatan dalam penyediaan perawatan medis, yang pada akhirnya akan mengurangi kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang disediakan oleh BPJS Kesehatan (Yusuf et al., 2022).

Kasus pending klaim pelayanan BPJS Kesehatan dapat disebabkan berbagai faktor, seperti kesalahan administrasi, masalah teknis sistem klaim, ketidaklengkapan dokumen, serta masalah anggaran yang dialami oleh BPJS Kesehatan. Meskipun BPJS Kesehatan memiliki mekanisme untuk mamastikan kelancaran pembayaran klaim, kendala-kendala tersebut tetap menjadi masalah yang perlu mendapatkan perhatian lebih (Rekam et al., 2023).

Yostari (Yastori, 2023) pernah melakukan penelitian terhadap kasus-kasus pending klaim di Rumah Sakit, bahwa dari 20 kasus pending klaim terdapat diagnosis penyakit dan prosedur dikode secara tidak akurat berdasarkan ICD dan diagnosis yang diajukan tidak sesuai resume medis dan lembar penunjang medis lainnya, serta kriteria penegakan diagnosis tidak memenuhi standar aspek koding yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS).

Sementara itu Juliandari (Juliandari et al., 2025) melakukan penelitian tentang jenis jenis pending berkas klaim rawat inap di Rumah Sakit, Penyebab pending klaim rawat inap diklasifikasikan menjadi 3 jenis yaitu pending Klinis sebanyak 343 (56%), Administrasi sebanyak 197 (32%) dan Koding sebanyak 77 (12%). Disisi lain Maulida [5] melakukan studi tentang analisis penyebab pending klaim berkas BPJS Kesehatan yaitu terjadinya pending klaim di Rumah Sakit Universitas Airlangga dikarenakan 4 faktor yaitu: Berkas tidak lengkap, kurang tepatnya coding, kurangnya pemeriksaan penunjang dan kurangnya eviden terapi.

Hasil wawancara dengan tim *casemix* RS PKU Muhammadiyah Temanggung bahwa dalam setiap bulannya mengajukan klaim atas pelayann pasien dengan asuransi BPJS Kesehatan terdapat kasus pending dengan berbagai penyebab seperti masalah ketidaklengkapan administrasi, masalah klinis dan ketidak sesuai koding diagnosa yang dilakukan.

Melihat pentingnya topik ini, peneliti bertujuan untuk mengidentifikasi kasus-kasus pending klaim serta penyebabnya untuk mendapatkan pembahasan solusi atas kasus tersebut. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan dan rekomendasi yang dapat membantu meningkatkan kualitas klaim pelayanan pasien dengan asuransi BPJS

Kesehatan, serta dapat menciptakan sistem jaminan kesehatan yang lebih efektif dan efisien.

pelayanan pasien BPJS Kesehatan (Mayori et al., 2021).

METODE

Jenis penelitian yang digunakan *mixed methods* dengan desain penelitian *sequential explanatory* yaitu desain dengan pengumpulan data dan analisis data kuantitatif pada tahap pertama, dilanjutkan pengumpulan dan analisis data kualitatif pada tahap kedua. Studi dokumentasi dan wawancara digunakan sebagai metode pengumpulan data, pengambilan data primer melalui rekapitulasi data pending klaim BPJS Kesehatan pada unit asuransi. Instrumen penelitian Microsoft Excel rekapitulasi data pending klaim serta pedoman wawancara. Sampel pada penelitian ini yaitu rekapitulasi data pending klaim BPJS Kesehatan Januari - Maret 2025, unsur yang terlibat proses klaim; dokter, tim casmix

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengajuan Klaim Layanan BPJS Kesehatan

Tabel 1. Pengajuan Klaim Layanan BPJS Kesehatan Januari-Maret 2025

Bulan	Berkas Pengajuan Klaim	Klaim Disetujui		Klaim Pending	
	f	f	%	f	%
Januari	6317	6191	98%	126	1,99%
Februari	6141	5967	97%	174	2,83%
Maret	6002	5868	98%	134	2,23%

Berdasarkan tabel 1, pengajuan berkas klaim layanan BPJS Kesehatan tertinggi bulan Januari dengan 6317 berkas, terendah pada bulan Maret 6002 berkas. Klaim disetujui oleh BPJS Kesehatan bulan Januari dan Maret sebesar 98% dan bulan Februari sebesar 97%. Klaim pending tertinggi pada bulan Februari 2,83%, dan terendah pada bulan Januari sebesar 1,99%.

Penelitian yang dilakukan oleh (Maulida & Djunawan, 2022) pengajuan klaim yang disetujui sebesar 88%, penelitian oleh (Utami et al., 2025) pengajuan klaim yang disetujui 82%, dari dua penelitian tersebut pengajuan klaim yang disetujui kurang dari 90%. Sementara itu penelitian yang disetujui di atas 90% oleh (Nurul Afifah & Danu Tirta Nadi, 2024) dan (Ilmi et al., 2024) pengajuan klaim disetujui sebesar 99% dan 93,2%. Dilihat dari hasil penelitian dan penelitian terdahulu terdapat fluktuasi berkas klaim yang disetujui BPJS Kesehatan setiap kali pengajuan klaim. RS PKU Muhammadiyah Temanggung dengan berkas klaim yang disetujui sebesar 98% sudah mendekati kelengkapan berkas rekam medis pengajuan klaim. Berkas rekam medis lengkap dan dipastikan semua persyaratan klaim BPJS Kesehatan terpenuhi berhubungan dengan akurasi pemberian jaminan

Jenis Pending Klaim BPJS Kesehatan

Tabel 2. Jenis Pending Klaim BPJS Kesehatan Januari–Maret 2025

Bulan	Klinis		Koding		Administratif	
	f	%	f	%	f	%
Januari	71	56,3%	19	15,1%	36	28,6%
Februari	106	60,9%	22	12,6%	46	26,4%
Maret	63	47,0%	45	33,6%	26	19,4%

Berdasarkan tabel 2, pending jenis klinis tertinggi bulan Februari 60,9% terendah bulan Maret 47,0%. Pending jenis koding tertinggi bulan Maret 33,6%, terendah bulan Februari 12,6%. Pending jenis administrasi tertinggi bulan Januari 28,6%, terendah bulan Maret 19,4%. Dilihat dari jenis pending pada Januari dan Februari pengajuan klaim pelayanan BPJS Kesehatan jenis pending klinis dengan prosentase tertinggi dibandingkan jenis pending administrasi dan terendah jenis koding. Temuan ini sejalan dengan penelitian (Juliandari et al., 2025) di RSUD Tebet bahwa jenis pending klinis sebesar 56%, administrasi sebesar 31% dan koding terendah sebesar 13%. Untuk bulan Maret jenis pending dengan prosentase tertinggi yaitu klinis dibandingkan koding dan terendah jenis administrasi. Untuk temuan ini sejalan dengan penelitian (Utami et al., 2025) di RS UNS Surakarta dengan jenis pending klinis sebesar 51,58%, jenis koding sebesar 34,17% dan terendah jenis administrasi sebesar 14,25%.

Bahwa jenis pending terdapat 3 jenis yaitu klinis, koding dan administrasi. Sementara itu yang dimaksud dengan data klinis yaitu informasi yang didapatkan dari hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan dan tindakan medis oleh dokter dan tenaga kesehatan kepada pasien (Juliandari et al., 2025). Kelengkapan data klinis mencakup riwayat penyakit, hasil pemeriksaan fisik, diagnosis dokter, data pengobatan, laporan dokter dan tenaga kesehatan lain, serta hasil pemeriksaan penunjang (laborat, radiologi, pemindaian) (Utami et al., 2025). Tugas dan tanggung jawab dokter untuk menyediakan data yang lengkap pada rekam medis seperti diagnose utama dan sekunder, prosedur ataupun tindakan serta membuat resume medis dengan lengkap, jelas dan spesifik selama pasien dilakukan perawatan (Kemenkes, 2021).

Dilihat dari jenis pending Koding bulan Januari dan Februari jenis pending koding terendah, artinya para koder sudah mampu melakukan proses koding dengan tepat dan teliti

kedalam sistem INA-CBG's (Bella et al., 2024). Kodefikasi merupakan proses pengolahan data dengan memberikan kode berupa angka, huruf ataupun kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data pada rekam medis (Nurjannah et al., 2022). Menjadi tugas dan tanggung jawab sebagai seorang koder yaitu melakukan kodefikasi diagnosis dan tindakan berdasarkan ICD-10 dan ICD-9 CM tahun 2010 yang bersumber pada rekam medis. Ketika kesulitan dan menemukan ketidak sesuaian dalam menetapkan kode diagnosis dan tindakan dengan aturan pengkodean, koder wajib klarifikasi dengan dokter penanggung jawab pasien (Kemenkes, 2021).

Jenis pending administrasi bulan Januari dan Februari menempati urutan kedua tertinggi setelah klinis, namun bulan Maret jenis pending terendah. Kelengkapan administrasi klaim mencakup data pasien, identitas penanggung jawab, formulir catatan medis seperti persetujuan rawat inap, persetujuan tindakan medis, serta pengisian formulir pada persetujuan umum, serta kelengkapan data demografi (Juliandari et al., 2025). Dokumen untuk kelengkapan klaim adalah formulir pengajuan klaim (FPK), salinan softcopy output aplikasi, kwitansi asli bermaterai, daftar cek klaim, surat anti fraud, surat eprobabilitas peserta (SEP), ringkasan medis dengan tandatangan dokter penanggung jawab (DPJP), bukti pelayanan dengan penegakan diagnosis dan prosedur dengan di tandatangani DPJP untuk berkas rawat jalan, surat perintah mondok untuk rawat inap, dan dokumen pendukung lainnya yang di perlukan (Ramadanis et al., 2024).

Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan

1. Faktor Klinis

Penyebab pending klaim pelayanan pasien BPJS Kesehatan rawat inap dari faktor klinis yaitu: diagnosis tidak adanya bukti dukung penunjang, tidak dilakukan pemeriksaan penunjang, hasil penunjang tidak mendukung diagnose. Tidak adanya bukti dukung Atrial Bibrilasi (AF), Anemia, Angina dan CHF, Akut Renal Failure, Dengue Fever, Ensefalopati, Hipertorioid, Cardiomyopathy & AFF, Mitral Insufisiensi, Supraventricular tachycardia (SVT), Fatty Liver dan Hipokalemi. Tidak dilakukan Echo pada kasus CHF, Pneumonia tidak dilakukan pengecatan gram dan scoring, Sepsis tidak dilakukan kultur darah, Tumor tidak dilakukan PA. Pada hasil pemeriksaan EKG tidak ada Cardiac arrest, Hasil CT Scan bukan Infark tetapi hemoraghe, hasil RO tidak ada Pneumonia. Temuan ini sesuai dengan hasil penelitian (Pratama et al., 2023) bahwa kurangnya data pendukung sebagai penegakan diagnosis. Penelitian yang dilakukan (Maliki & Saimi, 2018) masih tingginya ketidak lengkapan pengisian hasil laboratorium sebesar 25,5%, untuk ketidak lengkapan pengisian hasil radiologi sebesar 12,7%. Kurang lengkapnya pengisian data rekam

medic dengan hasil pemeriksaan penunjang menjadikan penegakan diagnosis ditanyakan oleh pihak verifikator BPJS dan berkas tersebut akan pending dan dikembalikan ke Rumah Sakit untuk konfirmasi. Laporan penunjang pasien merupakan laporan dari suatu rangkain pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh keterangan yang lebih lengkap (Maulida & Djunawan, 2022). Penelitian (Sukmasari & Amalia, 2025) bahwa 75% diagnosis ISK menunjukkan ketidak sesuaian antara dokumen penunjang dengan resume medis yang didalamnya terdapat penegakan diagnosis. Keakuratan dokumen penunjang dan konsistensi penyusunan resume medis berdampak terhadap ketepatan pengkodean diagnosis dan kelancaran klaim BPJS Kesehatan. Laporan pendukung mengandung catatan penting hasil pemeriksaan, pengobatan, penunjang yang diminta oleh dokter untuk mendukung diagnosis (Tuzzahra et al., 2024).

Selain itu pending klaim dari faktor klinis tidak diberikan tatalaksana, hasil RO bronkitis sesuai dengan PNPK terapi injeksi antibiotik minimal 72 jam, anemia tidak dilakukan transfusi, hipokalemi tidak ada tatalaksananya. Untuk ketidak lengkapan tatalaksana temuan ini sejalan dengan penelitian (Utami et al., 2025) bahwa dari aspek medis pending klaim karena kurangnya penatalaksanaan, sebagai contoh penatalaksanaan pneumonia sesuai PNPK tatalaksana pneumonia pada dewasa untuk dijabarkan secara lengkap. Hasil penelitian lainnya alasan pending klaim karena bahwa diagnose tidak diperkuat dengan tatalaksana dan hasil penunjang (Sander et al., 2022). Masalah pending klaim dikarenakan diagnosis dengan pendukung tetapi tidak dilakukan tatalaksana terapi. Dalam klaim BPJS Kesehatan bahwa diagnose yang dapat diklaim adalah diagnose yang mendapatkan tatalaksana terapi, sedangkan jika hanya dengan pendukung saja maka dianggap sebagai morbiditas oleh rumah sakit dan tidak dibayarkan oleh BPJS Kesehatan (Pratama et al., 2023).

Penyebab pending klaim pelayanan pasien BPJS Kesehatan rawat jalan dari faktor klinis yaitu: ESWL tidak dilakukan pemeriksaan USG guiding, pada kasus mata tindakan dilakukan phaco, nilai visus belum di cantumkan, tidak dilakukan debridemen, tidak dilakukan HD. Hasil penelitian (Ivana et al., 2025) temuan ini dimasukan dalam kelompok klaim pending karena ketidak lengkapan berkas penunjang medis atau berkas penunjang lainnya. BPJS Kesehatan mengembalikan berkas ke rumah sakit untuk dilengkapi termasuk melampirkan hasil tindakan medis dan laporan penunjang yang belum lengkap (Dewi & Zahwa, 2023). Hasil pemeriksaan penunjang yang sudah dicetak tetapi tidak dilampirkan untuk dilampirkan pada berkas klaim pending pasien tersebut. Kelengkapan

informasi menunjukkan data rumah sakit lengkap dan akurat dalam berkas yang di minta BPJS Kesehatan sebagai pihak penerima klaim (Ariyanti & Gifari, 2019).

Ganti balut dan aff hecting dapat dilakukan di FKTP, pada penelitian (Ivana et al., 2025) dimasukan dalam kelompok pending klaim sebagai kompetensi PPK 1, dokter masih melakukan pemeriksaan atau tindakan medis namun tidak menuliskan alasan masih dilakukan pemeriksaan dan tindakan di rumah sakit, dimana BPJS Kesehatan menganggap sudah tidak perlu pemeriksaan dan tindakan medis di rumah sakit cukup control di FKTP. Rumah sakit menjawab alasan dokter masih memeriksa pasien control di rumah sakit, dan bila alasan tersebut jelas maka BPJS Kesehatan akan menerima klaim tersebut. Pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan dimulai dari FKTP dan disesuaikan dengan kemampuan fasilitas kesehatan kecuali dalam situasi medis darurat (Permenkes, 2014).

Indikasi fragmentasi sebulan 2 kali, ketentuan fragmentasi yang tidak dipahami secara utuh dapat menimbulkan kebingungan dalam menerima pasien rawat jalan dengan kunjungan kurang dari atau sama dengan tujuh hari seminggu, hal ini masuk dalam kategori masalah episode pelayanan timbul karena pada tahap pendaftaran hal ini tidak terdeteksi dan menjadikan batal klaim (Aulia & Amri, 2024). Keloid untuk estetika tidak dijamin, sebagaimana pada (Peraturan Presiden RI, 2018) bahwa pelayanan kesehatan untuk estetik tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan.

2. Faktor Koding

Penempatan diagnosis primer dan sekunder tidak sesuai seperti: tindakan adhesiolisis bagian dari prosedur utama seharusnya tidak dikoding terpisah, hemoptisis jika merupakan bagian dari diagnosis utama maka tidak dikode sebagai diagnosis sekunder, phlebitis dapat digunakan sebagai diagnosis sekunder bila dilakukan penatalaksanaan khusus, hemiplegi tanpa fisioterapi tidak dikode sekunder. Pada koding tersebut untuk dilakukan perbaikan karena menurut BPJS Kesehatan ada diagnosis medis yang tidak sesuai dengan ketentuan, yaitu penempatan diagnosis primer dan sekunder tidak sesuai dengan aturan koding pada ICD 10 dan ICD 9 CM. Hal ini terjadi karena adanya perbedaan persepsi terhadap diagnosis antara dokter yang merawat koder dan verifikator BPJS Kesehatan (Nabila et al., 2020).

Data pendukung diagnosis kurang seperti: diagnosa ISK sesuai hasil laboratorium urin didapatkan leukosit hanya 0-1 lbp tidak sesuai criteria, CHF nilai ef <50%, hasil echo 79% kode tidak sesuai, hasil CT Sscan tidak infark, kode tindakan yang di entry tidak sesuai, tindakan ronggen thorax di entry DSA. Kurang data pendukung sebagai penegakan diagnosis

menyebabkan keakuratan kodifikasi oleh koder kurang. Akibatnya koder kurang tepat dan spesifik dalam menentukan kode diagnosis yang sesuai ICD 10. Hal tersebut sesuai Berita Acara (BA) kesepakatan bersama panduan penatalaksanaan solusi klaim INA-CBG tahun 2019 (Bella et al., 2024).

Perbedaan persepsi anatar koder dengan verifikator BPJS seperti: diagnosis E86 seharusnya merupakan komplikasi dari diagnosis lain, DM dengan komplikasi kelainan ginjal seharusnya cukup dikode E11.2, eksisi kista baker seharusnya dengan 8339. USG kehamilan seharusnya dikode 88.78. incisi kalazion seharusnya dikode 0809, kode disesuaikan I64, jika bukan berasal dari tulang maka sesuaikan kode tindakan, jika eksisi STT gunakan 86.3 atau 86.4 atau 83.39, disproportion O33 dengan persalinan macet seharusnya dikode O65, transurethral clearence pada batu kemih tanpa open surgery seharusnya dikode 560 atau 570, untuk tindakan re hecting superfisial dan sederhana menggunakan kode 86.59. jika deep dan kompleks menggunakan kode 54.61, kode I10-I15 sudah termasuk (include) padakategori sub bab I20-I25 ICD 10 2010, sehingga I10-I15 tidak dapat dikoding terpisah, kode I20-I25 sudah include kode I10-I15. Penelitian yang dilakukan oleh (Nurul Afifah & Danu Tirta Nadi, 2024) menyatakan bahwa koder sudah melakukan kode sesuai dengan kaidah ICD-9 dan ICD-10, namun beberapa kode ada yang tidak sesuai dengan verifikator BPJS. Hal ini sesuai dengan temuan oleh (Nomeni et al., 2020) bahwa persyaratan berkas klaim dari ketidak akuratan pengkodean diagnosis pasien karena terjadi misscoding atau penempatan kode yang tidak sesuai dari rumah sakit dengan koding dari verifikator BPJS Kesehatan.

Ketelitian koder dalam pemberian kode diagnosis seperti: Otover pneumonia dengan demam typhoid, otover PPOK-pneumonia, Otover J18 - A15/A16, kode gabungan cukup koding A15/A16 tindakan adhesiolisis omit code. Pneumonia sebagai diagnosis utama kurang 4 hari sesuai dengan PNPk terapi injeksi antibiotik minimal 72 jam, angkat jahitan pada kulit (koding 97.89) kontrol post op, aff hecting dapat dilakukan di FKTP. Penelitian oleh (Bella et al., 2024) menemukan bahwa pengembalian berkas klaim untuk konfirmasi karena kurang telitinya petugas koder dalam melakukan proses koding. Sejalan dengan penelitian (Jayanti et al., 2025) bahwa kesalahan koder dalam memberikan kode diagnosis menyebabkan ketidaktepatan kode diagnosis, kurang telitinya koder dalam membaca berkas rekam medis serta kurang telitinya koder dalam memberikan kode diagnosis gabung.

3. Faktor Administrasi

Penyebab pending klaim pelayanan pasien BPJS Kesehatan faktor administrasi yaitu;

ketidak lengkapan berkas, satu episode rawat inap, ketidak sesuaian SEP, salah entri billing perawatan. Berdasarkan penelitian (Ivana et al., 2025) bahwa kasus ketidak lengkapan berkas sebanyak 104 kasus dengan ketidak lengkapan berkas penunjang medis dan berkas pendukung lainnya. Penelitian (Haq & Werdani, 2025) kasus ketidak lengkapan berkas sebanyak 163 kasus dengan didominasi konfirmasi pemeriksaan penunjang. Penelitian (Bella et al., 2024) di rumah sakit UNS ketidak lengkapan berkas didapatkan sebanyak 62 berkas disebabkan karena perbedaan persepsi antara petugas koder rumah sakit dengan petugas verifikator BPJS Kesehatan.

Kategori ketidak lengkapan berkas diantaranya hipokalemia hasil lab elektrolit tidak ada, bukti IOL tidak ada, lampirkan bacaan USG sebelum dan sesudah dilakukan ESWL, hasil bacaan EKG tidak ada, laporan tindakan CPAP tidak ada, ERM kosong, laporan tindakan AV Shunt tidak ada, laporan tindakan ESWL tidak ada, laporan tindakan pungsi tidak ada, lembar triase tidak ada. Peraturan BPJS No 7 tahun 2018 bahwa pengelolaan administrasi klaim oleh FKRTL tidak memenuhi kelengkapan berkas klaim, maka BPJS Kesehatan mengembalikan berkas tersebut ke FKRTL di sertai dengan berita acara pengembalian berkas klaim. Berkas klaim tersebut untuk di berikan konfirmasi lebih lanjut oleh FKRTL dan pada setiap berkas klaim di sertakan penjelasan pengembalian berkas (BPJS Kesehatan, 2018).

Pending klaim dengan penyebab satu episode rawat inap, sejalan dengan penelitian (Haq & Werdani, 2025) untuk konfirmasi rangkaian rawat inap sebanyak 35 berkas klaim. Penelitian (Farhansyah et al., 2024) penyebab pending klaim karena episode perawatan dengan prosentase 22.34%, pasien disetujui boleh pulang namun beberapa hari kemudian pasien diminta kembali karena penyakit yang sama. Satu episode rawat inap merupakan satu rangkaian perawata mulai tanggal masuk sampai keluar rumah sakit termasuk di ruang rawat inap, ruang intensif dan ruang operasi (Kemenkes, 2021). Contoh kasus yaitu pasien baru pulang ranap langsung kontrol di tanggal yang sama, apakah tidak diberikan obat untuk pulang, maka dihitung satu episode dengan rawat inap.

Kasus ketidak sesuaian SEP menjadikan pending klaim pelayanan BPJS Kesehatan. Hal ini senada dengan penelitian (Sander et al., 2022) berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS dalam FKRTL mengajukan klaim pelayanan karena gagal terpurifikasi ketidak sesuaian nomor SEP, terjadinya doble klaim karena penerbitan nomor SEP lebih dari 1 nomor pada hari yang sama, dimana pasien mendapatkan pelayanan lebih dari satu dihari yang sama.

Salah entri billing perawatan, kasus ini seperti indikasi kecelakaan kerja penjamin BPJS

Ketenagakerjaan, pasien IGD dibuatkan SEP rawat inap. Pada penelitian yang dilakukan oleh (Maulida & Djunawan, 2022) penyebab pending dari sisi administrasi klaim karena ketidak lengkapan berkas meliputi tidak dilampirkannya billing yang sesuai dengan pelayanan yang ditagihkan pasien peserta BPJS Kesehatan.

Perbaikan Mencegah Pending Klaim BPJS Kesehatan

1. Faktor Klinis

a. Meningkatkan komunikasi antara dokter, koder dan verifikator internal

Komunikasi ketiga pihak sangat penting karena mereka berperan langsung dalam proses pelayanan, dokumentasi serta penjaminan biaya. Dokter dalam memberikan pelayanan langsung kepada pasien mampu meningkatkan akurasi dokumen rekam medis, dokter memahami akan kebutuhan data klinis yang di perlukan oleh koder dan verifikator, serta memastikan diagnosis, tindakan dan resume medis dituliskan secara lengkap dan sesuai kaidah ICD-10 atau ICD 9 CM. Koder serta verifikator dapat segera mengkonfirmasi kepada dokter bila terdapat ketidak sesuaian antara rekam medis dengan diagnosis atau tindakan, serta verifikator dapat memberikan umpan balik segera sebelum klaim diajukan. Penelitian yang dilakukan oleh (Bella et al., 2024) komunikasi antara dokter, koder dan verifikator merupakan hal yang penting dalam proses pengkodean diagnosis dan prosedur tindakan oleh tenaga medic, meminimalkan kesalahan koding, meningkatkan akurasi dan kualitas koding serta mengurangi pending klaim.

b. Meningkatkan kedisiplinan dan monitoring oleh MPP atas data klinis, penunjang wajib pada setiap kasus/diagnosis pasien

MPP memastikan bahwa setiap data klinis dan data penunjang wajib yang dibutuhkan untuk mendukung diagnosis dan klaim pelayanan lengkap, akurat dan tepat waktu dengan tujuan tidak terjadi kesalahan dokumentasi, ketidak sesuaian diagnosis, maupun pending klaim pelayanan pasien BPJS. Dengan demikian terjaminnya keakuratan dan kelengkapan data klinis pada rekam medis, memastikan kesesuaian diagnosis, tindakan dan pembiayaan dengan standar pelayanan BPJS. Penelitian yang dilakuakn oleh (Anggrainy et al., 2022) bahwa MPP terlibat langsung pada kendali biaya juga kendali mutu dengan melakukan koordinasi dengan DPJP, dokter jaga, perawat, farmasi serta melakukan perhitungan prekoding, monitoring tagihan pembiayaan pasien BPJS.

c. Sosialisasi dan mengingatkan ulang DPJP terhadap kasus/diagnosis yang harus dikembalikan ke FKTP

DPJP dapat bekerjasama lebih efektif dengan koder dan verifikator dalam memastikan berkas klaim lengkap dan sesuai regulasi BPJS

Kesehatan. Sosialisasi sebagai pengingat DPJP untuk dapat mengidentifikasi sejak awal kasus yang seharusnya ditangani FKTP. Penelitian yang dilakukan oleh (Ivana et al., 2025) bahwa alasan mengapa dokter masih melakukan pemeriksaan control pasien di rumah sakit terbukti jelas, maka BPJS Kesehatan akan mengklaim layanan tersebut seperti pelayanan yang disesuaikan dengan kemampuan fasilitas kesehatan atau situasi medis darurat. Bila alasan tidak jelas maka pelayanan kompetensi FKTP tidak dapat diajukan klaimnya dan pasien bisa control di FKTP.

2. Faktor Koding

a. Melakukan verifikasi koding sebelum dikirim ke BPJS Kesehatan

Verifikasi koding sebelum pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan merupakan langkah penting untuk memastikan keakuratan dan kelengkapan data medis yang tercantum dalam berkas klaim pelayanan pasien. Proses ini bertujuan untuk menjamin bahwa setiap kode diagnosis, prosedur dan tindakan medis yang tercatat sesuai dengan standar klasifikasi ICD 10 dan ICD-9 CM serta mencerminkan kondisi klinis pasien secara benar. Penelitian yang dilakukan oleh (Tarigan et al., 2024) bahwa verifikasi akan melakukan pengecekan kembali terhadap rekam medis dan melakukan penyesuaian yang diperlukan, serta melakukan evaluasi sesuai dengan aturan dan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Kementerian Kesehatan mengenai diagnosis dan prosedur tertentu menurut aturan ICD 10 dan ICD-9CM.

b. Mengkoding penyakit dan tindakan sesuai dengan eviden base pasien yang tercatat di ERM

Proses ini penting dalam menjamin keakuratan dan validitas data medis yang digunakan dalam pelaporan dan klaim pelayanan yang dilakukan oleh koder berdasarkan dokumen rekam medis yang memuat seluruh informasi klinis pasien. Prinsip evidence based coding yaitu memastikan bahwa kode yang dimasukkan benar benar mencerminkan kondisi klinis actual pasien dan prosedur yang telah dilakukan sesuai dengan standar pelayanan medis. Tugas dan tanggung jawab koder melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD 10 dan ICD-9CM yang bersumber dari rekam medis pasien, dan apabila menemukan kesulitan atau ketidak sesuaian dengan aturan pengkodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter (Kemenkes, 2021).

c. Meningkatkan kesepemahaman aturan koding dengan verifikasi BPJS

Rumah sakit dan verifikasi BPJS Kesehatan merupakan mitra inti dalam menjamin keberlanjutan dan akuntabilitas program JKN dan memastikan pasien menerima pelayanan terbaik dan klaim pembayaran dapat diproses dengan

cepat, tepat dan sesuai regulasi. Hal ini perlu pemahaman bersama kaidah koding dan regulasi terbaru peraturan pemerintah, peraturan BPJS Kesehatan serta berita acara kesepakatan. Penelitian yang dilakukan oleh (Nurul Afifah & Danu Tirta Nadi, 2024) bahwa perlu sosialisasi bersama kepada yang terlibat langsung dalam proses klaim supaya tidak terjadi perbedaan persepsi antara petugas koder dengan verifikasi BPJS dalam proses kodifikasi dan standar kelengkapan berkas klaim pelayanan.

d. Koder meningkatkan pemahaman BA, rekomendasi tim KMKB, update informasi perubahan regulasi serta belajar di grup koder atau pelatihan

Peran sebagai koder merupakan jantung dari proses klaim atas pelayanan pasien BPJS Kesehatan, kode diagnosis ICD 10 ataupun kode tindakan ICD 10 CM bukan hanya sekumpulan angka, tetapi representasi akurat dari seluruh layanan medis yang diberikan kepada pasien, diaman akurasi menentukan kecepatan dan validitas pembayaran klaim. Oleh karena itu sebagai seorang koder wajib memperkuat pemahaman berita acara (BA), memahami dan menerapkan rekomendasi tim KMKB, tanggap terhadap update informasi perubahan regulasi dan pemanfaatan learning resources grup koder ataupun pelatihan. Senada dengan penelitian (Zahra et al., 2024) perlu dukungan pelatihan dari manajemen RS untuk memperbaiki kualitas koding dan profesionalisme koder. Penelitian (Bella et al., 2024) bahwa setiap ada regulasi baru disampaikan kepada seluruh yang terkait baik lewat pertemuan, surat edaran dan nota dinas sebagai dasar pelayanan kedepan.

3. Faktor Administrasi

a. Membuat aplikasi combain data untuk menarik mengumpulkan semua data klinis, pengobatan dan penunjang medis sebagai berkas klaim yang lengkap

Aplikasi combain data dimana suatu system yang dirancang untuk mengintegrasikan dan mengkonsolidasikan data pasien yang tersebar di berbagai system informasi rumah sakit (SIMRS) menjadi satu berkas digital yang lengkap dan siap diajukan sebagai berkas klaim BPJS Kesehatan. Hal ini untuk mengatasi masalah fragmentasi data dan ketidak lengkapan berkas yang menjadi penyebab utama pending klaim. Penelitian yang dilakukan oleh (Nabila et al., 2020) bahwa SIMRS membantu proses manajemen harus diintegrasikan dengan proses manajemen lain termasuk proses administrasi klaim pasien BPJS Kesehatan sehingga efektivitas dan efisiensi petugas dalam melaksanakan pekerjaan.

b. Sosialisasi ulang kepetugas unit asuransi/casmix untuk kelengkapan administrasi klaim BPJS Kesehatan

Bahwa dengan sosialisasi secara terus menerus kepada petugas asuransi/casmix dimana ini untuk memastikan alur kerja dan kelengkapan dokumen administrasi ini sesuai dengan regulasi terbaru, sehingga meminimalkan resiko pending klaim. Penelitian yang dilakukan oleh (Nabila et al., 2020) untuk meminimalisir berkas klaim tertunda perlunya pengawasan dengan melakukan sosialisasi secara rutin kepada DPJP dan unit/bagian lain dalam menangani administrasi pasien BPJS sesuai dengan persyaratan klaim BPJS Kesehatan.

SIMPULAN

Kesimpulannya, bahwa pengajuan berkas klaim layanan BPJS Kesehatan tertinggi bulan Januari dengan 6317 berkas, terendah pada bulan Maret 6002 berkas, dengan pending klaim tertinggi pada bulan Februari 2,83%, dan terendah pada bulan Januari sebesar 1,99%. Pending jenis klinis tertinggi bulan Februari 60,9% terendah bulan Maret 47,0%. Pending jenis koding tertinggi bulan Maret 33,6%, terendah bulan Februari 12,6%. Pending jenis administrasi tertinggi bulan Januari 28,6%, terendah bulan Maret 19,4%. Penyebab pending klaim pelayanan pasien BPJS Kesehatan rawat inap dari faktor klinis yaitu: diagnosis tidak adanya bukti dukung penunjang, tidak dilakukan pemeriksaan penunjang, hasil penunjang tidak mendukung diagnose, tidak diberikan tatalaksana, ketidak lengkapan berkas penunjang medis, sebagai kompetensi PPK 1 dan episode pelayanan. Faktor koding; penempatan diagnosis primer dan sekunder tidak sesuai, data pendukung diagnosis kurang, perbedaan persepsi anatar koder dengan verifikator BPJS, ketelitian koder dalam pemberian kode diagnosis. Faktor administrasi; ketidak lengkapan berkas, satu episode rawat inap, ketidak sesuaian SEP, salah entri biling perawatan.

Perbaikan untuk mencegah pending klaim dari unsur klinis; meningkatkan komunikasi antara dokter, koder dan verifikator internal, meningkatkan kedisiplinan dan monitoring oleh MPP atas data klinis, penunjang wajib pada setiap kasus/diagnosis pasien, sosialisasi dan mengingatkan ulang DPJP terhadap kasus/diagnosis yang harus dikembalikan ke FKTP. Unsur koding; melakukan verifikasi koding sebelum dikirim ke BPJS Kesehatan, mengkodekan penyakit dan tindakan sesuai dengan eviden base pasien yang tercatat di ERM, meningkatkan kesepahaman aturan koding dengan verifikator BPJS, Koder meningkatkan pemahaman BA, rekomendasikan tim KMKB, update informasi perubahan regulasi serta belajar di grup koder atau pelatihan. Unsur administrasi; Membuat aplikasi combain data untuk menarik mengumpulkan semua data klinis, pengobatan dan penunjang medis sebagai berkas klaim yang lengkap, sosialisasi ulang kepetugas unit asuransi/casmix

untuk kelengkapan administrasi klaim BPJS Kesehatan.

Disarankan komunikasi dan koordinasi antara DPJP, dokter, koder, perekam medik dan PPA lainnya sangat di butuhkan untuk membentuk kelengkapan klinis, koding dan administrasi. Perlunya inovasi teknologi informasi AI (*artificial intelligence*) alat bantu dalam mengkolekting data klinis, administrasi serta petunjuk koding. Meningkatkan komunikasi, kolaborasi dengan verifikator BPJS Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alkayyis, M. Y. (2024). *Implementation of the National Health Insurance Programme in Achieving Universal Health Coverage in Indonesia*. 4(2), 85–95.
- Amran, R. (2023). *Prosedur BPJS dan Klaim BPJS oleh Rumah Sakit*. *Health and Medical Journal*, 5(2), 147–154. <https://doi.org/10.33854/heme.v5i2.1338>
- Anggrainy, D., Setiawan, H., & Rizany, I. (2022). *Peran Manajer Pelayanan Pasien (Mpp) Di Rawat Inap: Literature Review*. *Nerspedia*, 4(1), 48–54. [https://nerspedia.ulm.ac.id/index.php/nerspedia/article/view/130/97](https://nerspedia.ulm.ac.id/index.php/nerspedia/article/view/130%0Ahttps://nerspedia.ulm.ac.id/index.php/nerspedia/article/view/130/97)
- Ariyanti, F., & Gifari, M. T. (2019). *Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap*. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(04), 156–166. <https://doi.org/10.33221/jikm.v8i04.415>
- Aulia, A., & Amri, U. (2024). *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia Analisis Klaim Pending , Verifikasi dan Audit Pascaklaim Jaminan Kesehatan Nasional Analisis Klaim Pending , Verifikasi dan Audit Pascaklaim Jaminan Kesehatan*. 9(2). <https://doi.org/10.7454/eki.v9i2.1132>
- 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)*. 3(2), 7–17.
- BPJS Kesehatan. (2018). *Peraturan Bpjs Tentang Pengelolaan Klaim*. *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*.
- Dany, B. E., Ar, A., & Rahmadani, G. (2021). *Kesehatan Di Tinjau Dari Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017*. *Jurnal*

- Normatif*, 1(2), 82–85.
<http://jurnal.alazhar-university.ac.id/index.php/normatif/article/view/95>
- Dewi, N. F., & Zahwa, A. (2023). Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien Rawat Jalan Bpjs Kesehatan Rs Hermina Galaxy. *Jurnal Administrasi Bisnis Terapan*, 5(2).
<https://doi.org/10.7454/jabt.v5i2.1075>
- Farhansyah, F., Cahyani, H., & Amanda, J. (2024). Faktor Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit X. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(3), 8712–8722.
- Haq, M. A., & Werdani, K. E. (2025). *Analisis Penyebab Pending Klaim Berkas Bpjs*. 9(April), 765–774.
- Hasbullah, A. O., Maidin, H. A., & ... (2024). Pending Klaim BPJS Kesehatan Berdasarkan Permenkes No 26 Tahun 2021 di RS Ibnu Sina: Implementation of Pending BPJS Health Claims Based on *Journal of Aafiyah Health ...*, 5(2), 199–209.
<http://www.pasca-umi.ac.id/index.php/jahr/article/view/1699>
- Ilmi, R. L., Adi, S., Mawarni, D., & Ulfah, N. H. (2024). *Implementasi Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Inap Pasien BPJS Kesehatan di RSIA Puri Bunda Kota Malang*. 6(7), 718–736.
<https://doi.org/10.17977/um062v6i72024p718-736>
- Ivana, S., Romodon, D., Hakim, A. O., & Al Ghifary, L. F. (2025). Analisis Kategori Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Jalan di RSUD dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 10(1), 47–58.
<https://doi.org/10.52943/jipiki.v10i1.1800>
- Jayanti, A., Waskito, D. Y., & Sugiarsi, S. (2025). *Analisis Kelengkapan Rekam Medis Dengan Kelayakan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap*. 6(4), 257–264.
<https://doi.org/10.25047/j-remi.v6i4.6198>
- Juliandari, S., Iqbal, M. F., Rezal, M., & Rumana, N. A. (2025). *Analisis Jenis Pending Berkas Klaim Rawat Inap di RSUD Tebet Tahun 2023 1 Sabilla Juliandari *, 2 Muhammad Fuad Iqbal , 3 Muhammad Rezal , 4 Nanda Aula Universitas Esa Unggul*. 15(1), 50–56.
- Kemenkes. (2021). *PMK No 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)*.
- Maliki, A., & Saimi, S. (2018). Analisis Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Pada Kasus Rawat Inap Di Rsud Patut Patuh Patju Gerung. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*, 6(1), 17–23.
<https://doi.org/10.37824/jkqh.v6i1.2018.8>
- 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.
<https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379>
- Mayori, E., Deharja, A., Nuraini, N., & Santi, M. W. (2021). Upaya Perbaikan Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pada Unit Rawat Inap di RSIA Srikandi IBI Jember Tahun 2019. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 2(4), 461–470.
<https://doi.org/10.25047/j-remi.v2i4.2301>
- Nabila, S. F., Santi, M. W., Tabrani, Y., & Deharja, A. (2020). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 519–528.
<https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2157>
- Nomeni, H. E., Sirait, R. W., & Kenjam, Y. (2020). Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe. *Media Kesehatan Masyarakat*, 2(2), 1–14.
<https://doi.org/10.35508/mkm.v2i2.2795>
- Nurjannah, N. S., Mudiono, D. R. P., Farlinda, S., & Djasmanto, D. (2022). Determinan Ketepatan Kode Diagnosis Utama di RS Pusat Pertamina Jakarta Selatan. *Jurnal Rekam Medik & Manajemen Informasi Kesehatan*, 1(1), 35–40.
<https://doi.org/10.47134/rmik.v1i1.14>
- Nurul Afifah, & Danu Tirta Nadi, A. A. S. (2024). *Ketidaksesuaian Kode Diagnosis ICD-10 pada Pending Klaim BPJS Rawat Jalan di RSUD KRT . Setjonegoro Wonosobo*. 12(2).
- Peraturan Presiden RI. (2018). Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018. *Undang-Undang*, 1, 1–74.
- Permenkes. (2014). Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Dengan. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Pratama, A., Fauzi, H., Nur Indira, Z., & Purnama Adi, P. (2023). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 8(1), 124–134.
<https://doi.org/10.52943/jipiki.v8i1.1225>
- Ramadanis, N., Yuliza, W. T., & Gusrianti. (2024). *Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Rumah Sakit Pada Badan Analisis*

- of Hospital Claims Procedure Implementation at the Social Health Insurance Administration Body Office Branch X.* 8(2), 394–402.
- Rekam, J., Fahreza, S. A., & Sukawan, A. (2023). *Tinjauan Trend Penyebab Pending Claim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap di RSUD Ciamis Review of Trends in Causes of Pending National Health Insurance Claims for Inpatient Care at Ciamis Regional Hospital Pendahuluan.* 1(1), 18–25.
- Sander, A., Indawati, L., Widjaja, L., & Rumana, N. A. (2022). Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(4), 387–398. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v1i4.1180>
- Sari, N. W. A., & Hidayat, B. (2023). Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pelayanan BPJS di Era JKN. *Medicina, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*, 54(1), 5–9. <https://doi.org/10.15562/medicina.v54i1.1203>
- Sina, I., Bukittinggi, Y., Khumaira, N. F., & Amazan, H. M. (2023). Optimalisasi Kemampuan Koder Dalam Implementasi Rekam Medis Elektronik Di Rsi . *Jurnal Abdimas Bina ...*, 4(1), 676–682. <https://jabb.lppmbinabangsa.id/index.php/jabb/article/view/459>
- Sukmasari, K. P., & Amalia, R. (2025). Peran Dokumen Penunjang dan Konsistensi Resume Medis dalam Meningkatkan Akurasi Pengkodean Diagnosa di RS X (Studi Kasus Diagnosa ISK). *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 12(2), 77–83. <https://doi.org/10.47007/inohim.v12i2.565>
- Tarigan, I. N., Mangunkusumo, R. C., Tarigan, I. N., Oktamianti, P., & Darmawan, E. S. (2024). Faktor yang Memengaruhi Kinerja Verifikasi Dokter Verifikator Internal Medis dalam Proses Klaim Pasien Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 9(2). <https://doi.org/10.7454/eki.v9i2.1128>
- Tuzzahra, R., Hakim, A. O., & Romodon, D. (2024). *Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD Majenang.* 6(1), 29–39. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v6i1.5469>
- Utami, T., Maryati, W., Ahmad, H., Prodi, D., Medik, R., Universitas, K., Bangsa, D., Prodi, D., Medik, R., Universitas, K., & Bangsa, D. (2025). *Angka Pending Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit.* 15(1), 30–41.
- Wiliana, E., Erdawati, L., & Gunawan, Y. M. (2019). Pengaruh Reputasi Dan Kepercayaan Pasien Terhadap Kepuasan Dan Loyalitas Pasien Rawat Jalan Bpjs Di Rumah Sakit Annisa Kota Tangerang. *Prosiding Simposium Nasional Multidisiplin (SinaMu)*, 1. <https://doi.org/10.31000/sinamu.v1i0.2125>
- Yastori. (2023). *Kasus-Kasus Pending Klaim Di Rumah Sakit.* 14(Juni), 283–286.
- Yusuf, Z., Nurwanah, A., & Sari, R. (2022). Fraud pada Program Jaminan Kesehatan Nasional Perpekstif: Kompetensi Auditor Internal dengan Pendekatan Fenomenologi. *Owner*, 6(4), 3653–3669. <https://doi.org/10.33395/owner.v6i4.1115>
- 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. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v9i2.1651>