

ANALYSIS OF PENDING CLAIMS AS A BASIS FOR DESIGNING AN INTERNAL CODING AUDIT APPLICATION IN A HOSPITAL

ANALISIS KASUS PENDING KLAIM SEBAGAI DASAR PERANCANGAN APLIKASI AUDIT KODING INTERNAL DI RUMAH SAKIT

Yastori¹⁾*, Nurul Fitri Khumaira²⁾

^{1,2)} Akademi Perekam dan Informasi (APIKES) IRIS

e-mail* : yastori2810@apikesiris.ac.id

ABSTRACT

Pending claims in hospitals impact cash flow constraints, increase verifier workloads, and disrupt operational stability and service quality. This study aims to analyze pending claims cases as a basis for designing a claims audit application in hospitals. The type of research used in this study is descriptive quantitative research, namely research that uses numbers to describe, explain, and draw conclusions from a phenomenon. Research with quantitative methods uses research data in the form of numbers for statistical processing of frequency distributions, calculating data percentages and analyzing pending claims cases based on BPJS regulations and ICD-10 and ICD-9-CM coding rules. The population of the study was 616 cases. The sample in this study was 15 pending claims cases determined by the Purposive Sampling technique. The results of this study obtained the main problems of pending claims at Hospital X include coding errors, incomplete mandatory supporting documents (examination results, PA, microbiology), and differences in perception with BPJS, can be minimized through strategic solutions in the form of increasing accuracy in reviewing medical record documents and claims to ensure completeness, compliance with regulations (BA, PMK, ICD), and building a strong perception of equality between DPJP and all verifiers. Further research is recommended for the design of prototypes and web-based applications that are fully functional, so that they can be used in real life in the internal claim audit process to minimize pending claims in hospitals.

Keywords : BPJS, Casemix, Pending Klaim, Web

ABSTRAK

Pending klaim di rumah sakit berdampak pada terhambatnya arus kas, meningkatnya beban kerja verifikator, serta terganggunya stabilitas operasional dan kualitas layanan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kasus-kasus pending klaim sebagai dasar dalam perancangan aplikasi audit klaim dirumah sakit. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif deskriptif yaitu penelitian yang menggunakan angka-angka untuk menggambarkan, menjelaskan, dan menarik kesimpulan dari suatu fenomena. Penelitian dengan metode kuantitatif menggunakan data penelitian berupa angka-angka untuk pengolahan statistik distribusi frekuensi, perhitungan persentase data dan menganalisis kasuskasus pending klaim berdasarkan regulasi BPJS serta aturan pengodean ICD-10 dan ICD-9-CM. Populasi dari penelitian 616 kasus. Sampel pada penelitian ini sejumlah 15 kasus pending klaim yang ditentukan dengan teknik Purposive Sampling. Hasil dari penelitian ini diperoleh Permasalahan utama pending klaim di Rumah Sakit X meliputi kesalahan koding, ketidaklengkapan dokumen pendukung wajib (hasil pemeriksaan, PA, mikrobiologi), dan

perbedaan persepsi dengan BPJS, dapat diminimalkan melalui solusi strategis berupa peningkatan ketelitian dalam review dokumen rekam medis dan klaim untuk memastikan kelengkapan, kepatuhan terhadap regulasi (BA, PMK, ICD), serta membangun persamaan persepsi yang kuat antara DPJP dan seluruh verifikator. Penelitian selanjutnya disarankan untuk perancangan prototipe dan aplikasi berbasis web yang sepenuhnya fungsional, sehingga dapat digunakan secara nyata dalam proses audit internal klaim untuk meminimalkan pending klaim di rumah sakit.

Kata Kunci : BPJS, Casemix, Pending Klaim, Web

PENDAHULUAN

PPelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menghadapi kendala baru bagi rumah sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) penyedia layanan. Setelah klaim dibayarkan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan kini secara rutin melakukan verifikasi dan audit pascaklaim. Dampaknya, perubahan nominal klaim atau bahkan pengembalian seluruh nominal pada klaim pelayanan kesehatan pasien yang sudah dibayarkan kepada rumah sakit dapat terjadi. Salah satu kendala utama adalah dispute klaim dan pending klaim (Ulil Amri & Nurwahyuni, 2024).

Pending klaim BPJS Kesehatan merupakan status tertahannya proses pembayaran klaim oleh BPJS kepada fasilitas kesehatan (faskes) akibat adanya ketidaksesuaian, ketidaklengkapan, atau pelanggaran terhadap persyaratan administratif, klinis, dan prosedural yang diatur dalam sistem INA-CBGs (Indonesia Case Based Groups) (Kesehatan, 2024). Status pending bersifat sementara (hold status) dan berfungsi sebagai mekanisme kontrol kualitas dalam sistem verifikasi klaim elektronik, di mana faskes diberikan kesempatan untuk melakukan perbaikan (corrective action) dalam batas waktu tertentu sebelum klaim

dapat diproses lebih lanjut menjadi paid (dibayar) atau reject (ditolak) (Priyanto, 2023). Secara operasional, pending klaim terjadi setelah melalui proses validasi sistem (system validation) dan pemeriksaan manual oleh verifikator BPJS, yang kemudian mengidentifikasi adanya discrepancy antara data yang diajukan dengan standar dan bukti dokumentasi yang disyaratkan (RI, 2023).

Pemanfaatan rekam medis dalam proses pengajuan klaim bertujuan untuk financial reimbursement, sebagai acuan dalam melengkapi persyaratan administrasi klaim dan sebagai dasar perhitungan pembayaran pelayanan medis pasien (Kemenkes, 2022). Dalam proses klaim, rumah sakit harus memperhatikan kelengkapan dan kebenaran pengisian formulir berkas rekam medis yang berhubungan dengan administrasi klaim. Kelengkapan berkas klaim terdiri dari lembar surat eligibilitas peserta yang ditandatangani oleh peserta/keluarga atau cap jempol tangan peserta, bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP), hasil pemeriksaan penunjang (apabila dilakukan), laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi, surat pernyataan

pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit, 2 checklist klaim rumah sakit, dan luaran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan (Sugiyanto, 2025).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sabilla Juliandari, 2023) diketahui bahwa pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan Pasien rawat inap oleh verifikator BPJS pada tahun 2023 sebanyak 617. Penyebab pending klaim rawat inap diklasifikasikan menjadi 3 jenis yaitu pending Klinis sebanyak 343 (56%) , Administrasi sebanyak 197 (32%) dan Koding sebanyak 77 (12%). Berdasarkan Identifikasi 5M terdapat 4 Faktor yaitu faktor Man : Dokter sering tidak lengkap dalam menulis resume medis dan diagnosa, serta koder tidak selalu mengikuti peraturan BPJS. Methode: Perbedaan jumlah berkas klaim dengan kunjungan pasien, dan keterlambatan hasil pemeriksaan penunjang. Matherial: SIMRS belum terhubung dengan aplikasi klaim, sehingga klaim masih dilakukan secara manual. Machines: Hasil scanner dan cetakan printer yang kurang jelas serta koneksi internet yang tidak stabil.

Berdasarkan hasil observasi kasus pending klaim di rumah sakit oleh peneliti terdapat ketidaklengkapan laporan pendukung, kesalahan cara input pulang, tidak dilampirkan hasil patologi anatomi dan Ketidaksesuaian Kriteria lampiran pendukung diagnosa di dokumen pengajuan klaim dan berkas rekam medis. Sehingga kasus pending klaim mengalami kasus fluktuatif pada setiap bulan. Sehingga pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit terlambat dan merugikan

keuangan (cashflow). Oleh karena itu penyebab pending klaim perlu diidentifikasi dan diperbaiki kembali oleh orang rekam medis, koder, dokter dan verifikator sehingga angka pending menurun.

Penelitian ini menjadi dasar pada pemanfaatan sistem berbasis web yang mampu mengintegrasikan proses audit koding internal dengan analisis pola pending klaim secara real-time, mengatasi keterbatasan audit manual atau semi-digital yang selama ini tidak mampu mendeteksi kesalahan dengan cepat maupun menyediakan rekam jejak audit yang akurat. Berbeda dari penelitian sebelumnya menganalisis kasus pending klaim, mengidentifikasi faktor penyebab pending klaim atau meningkatkan akurasi koding secara terpisah, penelitian ini menawarkan novelty berupa rancangan aplikasi audit berbasis kebutuhan nyata rumah sakit, yang dibangun dari analisis mendalam terhadap pola pending klaim aktual. Inovasi utama terletak pada pengembangan modul audit otomatis dengan sistem penandaan (flagging) potensi kesalahan, kemampuan menelusuri akar penyebab pending per episode pelayanan, serta penyediaan dashboard evaluasi klaim yang komprehensif untuk meningkatkan akurasi koding dan efisiensi proses klaim secara menyeluruh.

Peningkatan pending klaim tahun 2024 yang terjadi signifikan di rumah sakit X menjadi dasar pentingnya dilakukan penelitian ini, pending klaim berdampak langsung pada arus kas, efisiensi pelayanan, serta kinerja keuangan rumah sakit.

Pending klaim umumnya muncul akibat ketidaktepatan koding, ketidaklengkapan dokumen, inkonsistensi verifikasi, dan kurang tersentralisasinya proses audit internal. Kondisi ini menimbulkan keterlambatan reimbursement dari BPJS, menurunkan mutu tata kelola Casemix, serta meningkatkan beban kerja petugas. Penelitian ini menjadi urgent karena menghasilkan dasar kuat untuk merancang aplikasi audit koding berbasis web yang mampu melakukan deteksi dini kesalahan, meminimalisir risiko pending, mempercepat proses verifikasi internal, dan pada akhirnya meningkatkan akurasi klaim serta stabilitas pendapatan rumah sakit.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis kasus-kasus pending klaim pasien rawat inap di rumah sakit sebagai dasar dalam perancangan aplikasi audit klaim internal di rumah sakit.

METODE

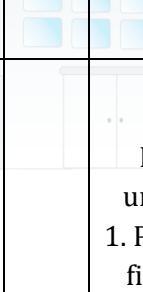
Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif deskriptif yaitu penelitian yang menggunakan angka-angka untuk menggambarkan, menjelaskan, dan menarik kesimpulan dari suatu fenomena. Penelitian dengan metode kuantitatif menggunakan data penelitian berupa angka-angka untuk pengolahan statistik distribusi frekuensi, perhitungan persentase data dan menganalisis kasus-kasus pending klaim berdasarkan regulasi BPJS serta aturan pengodean ICD-10 dan ICD-9-CM. Populasi dari penelitian ini Adalah seluruh dokumen pending klaim tahun 2024 sejumlah 616 kasus. Sampel pada penelitian ini sejumlah 15 kasus

pending klaim yang ditentukan dengan teknik Purposive Sampling dengan kriteria inclusi ketersediaan semua dokumen pada saat pengambilan data penelitian. Analisis mendalam dilakukan terhadap 15 kasus pending klaim.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 | Hasil Analisis Kasus-Kasus Pending Klaim

No	Konfirmasi Pending	Alasan Pending
1	Konfirmasi pendukung efusi pleura	Pending klaim ini terjadi karena pihak pemberi asuransi meminta konfirmasi dokumen pendukung efusi pleura. Setelah dilakukan analisis, dokumen rekam medis dan klaim terbukti melampirkan RO Thorax dengan kesan Efusi pleura sinistra, sehingga diagnosis sekunder tersebut diterima karena adanya bukti penunjang klaim yang lengkap.
2	Konfirmasi pendukung anemia	Pending klaim terjadi karena BPJS meminta konfirmasi dokumen pendukung anemia. Setelah analisis, meskipun nilai HB pasien adalah 9, tidak ditemukan tindakan atau pengobatan untuk anemia tersebut, sehingga diagnosis sekunder aplastic anemia ditolak pada resume medis dan dokumen klaim. Pada pasien tidak ada indikasi ataupun resource untuk aplastik anemia

3	Konfirmasi Kriteria penegakan diagnosa Insufisiensi renal: Nilai GFR kurang dari 60 atau nilai creatinin wanita diatas 1,1 dan pria diatas 1,3	Pending klaim ini dipicu oleh permintaan konfirmasi pihak pemberi asuransi terkait penegakan diagnosis Insufisiensi Renal. Berdasarkan hasil laboratorium 99 dan = 1.2), pihak pemberi asuransi menilai diagnosis tidak memenuhi kriteria mereka ($GFR < 60$ atau Kreatinin wanita > 1.1 , pria > 1.3). Oleh karena itu, diagnosis sekunder Renal Failure tidak dapat ditegakkan dan kodonya harus dihapus dari klaim.			adalah Bronchitis, bukan Pneumonia.
4	Konfirmasi pendukung CA	Pending klaim terjadi karena pihak pemberi asuransi meminta konfirmasi dokumen pendukung Kanker (CA). Setelah analisis, ditemukan ketidaklengkapan gambar CT- Scan kepala pada dokumen pengajuan klaim yang diperlukan untuk penegakan diagnosis utama Malignant Neoplasma of Brain.		Jika terdapat PPOK (J44.8-J44.9) dengan ISPA (J20-J22) maka dikode J44.0	Pending klaim ini terjadi karena pihak pemberi asuransi meminta konfirmasi agar diagnosis PPOK (J44.8-J44.9) yang disertai ISPA (J20-J22) dikode kombinasi sebagai J44.0 (PPOK dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut Bawah). Namun, berdasarkan analisis, kode PPOK dan ISPA bukan merupakan kode kombinasi yang diwajibkan dalam aturan koding. Oleh karena itu, diagnosis sekunder (DS) PPOK dan ISPA dapat ditegakkan terpisah, dan klaim tersebut diterima karena penggabungan kode tidak tepat
5	Konfirmasi diagnosa utama, di hasil ro tercantum bronkitis, bp masih kemungkinan	Pending klaim ini timbul karena pihak pemberi asuransi meminta konfirmasi diagnosis utama. Berdasarkan keluhan pasien (Batuk berdahak, Demam) dan hasil pemeriksaan fisik, terutama hasil RO yang lebih mengarahkan ke Bronchitis (dengan Pneumonia hanya sebagai kemungkinan), diagnosis utama (DU) yang seharusnya ditegakkan		Pastikan kriteria Diagnosis untuk HHD :	Kasus ini mengalami pending klaim dikarenakan penegakan diagnosis tidak dapat dilakukan karena tidak memenuhi kriteria penegakan diagnosis, Analisis pada dokumen rekam medis dan pengajuan klaim tidak terdapat bukti dari beberapa kriteria yang ditetapkan.
6			7	1. Pemeriksaan fisik: Sesuai kriteria JNC VII 2. Fototoraks : Kardiomegali 3. ECG : LVH 4. ABPM, HBPM 5. Ekokardiografi : LVH, disfungsi diastolik (PPK Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah dari	

	Perhimpunan Dokter Spes				dianalisis, tidak ditemukan hasil pemeriksaan mikrobiologi (misalnya hasil sputum) pada resume medis maupun dokumen klaim, sehingga kode Pneumonia ditolak oleh pihak pemberi asuransi.
8	Cek DS kode K tidak perlu dikoding pada trauma	Pending klaim terjadi karena pihak asuransi meminta untuk tidak mengode diagnosis sekunder (DS) dengan kode K (penyakit sistem pencernaan) pada kasus trauma. Setelah analisis, kode DS K31.9 (Penyakit lambung dan duodenum, tidak spesifik) tidak memiliki sumber daya atau penanganan yang tercatat dalam dokumen klaim, sehingga kode tersebut dihapus.	11	Hasil PA tidak ada	Pending klaim terjadi karena pihak pemberi asuransi meminta hasil Pemeriksaan Patologi Anatomi (PA) untuk pasien Tumor Thorax. Setelah analisis, ditemukan bahwa hasil PA tidak dilampirkan dalam dokumen klaim dan tidak dijelaskan apakah tumor tersebut ganas atau jinak.
9	Cek bayi dengan infeksi ## rentang normal jumlah leukosit pada bayi baru lahir adalah sekitar 13.000 to 38.000 per mm ³ (dapat disesuaikan dengan kondisi masing-masing lab rs)	Pending klaim terjadi karena pihak asuransi meminta konfirmasi infeksi pada bayi, dengan patokan rentang normal jumlah leukosit bayi baru lahir adalah sekitar 13.000 - 38.000/mm ³ . Berdasarkan analisis, jumlah leukosit yang tercantum dalam dokumen klaim hanya 10.020, yang berada di bawah rentang normal tersebut. Oleh karena itu, diagnosis Neonatal Infeksi diturunkan status kodennya menjadi Diagnosis Sekunder (DS).	12	Lampirkan pemeriksaan penunjang,jika tidak ada penunjang refisi kode h81	Pending klaim ini disebabkan oleh permintaan dari pihak pemberi asuransi untuk melampirkan pemeriksaan penunjang atau merevisi kode H81 (Gangguan Fungsi Vestibular). Meskipun dokumen klaim tidak melampirkan pemeriksaan penunjang dan tidak merinci riwayat penyakit Cervicocranial Syndrome, anamnesis pasien menunjukkan keluhan dominan berupa pusing berputar (vertigo) yang memberat, mual, dan riwayat BPPV yang ditangani dengan Betahistine. Berdasarkan keluhan klinis ini, kode H81 ditegakkan sebagai
10	Pemeriksaan mikrobiologi untuk penumoni tidak ada	Pending klaim terjadi karena pihak pemberi asuransi meminta hasil pemeriksaan mikrobiologi untuk diagnosis Pneumonia yang tidak tersedia. Setelah			

		Diagnosis Utama (DU), sementara Cervicocranial Syndrome diturunkan menjadi Diagnosis Sekunder (DS).		apakah satu kesatuan?	apakah diagnosis F90.0 ADHD dan R56.8
13	penunjang refisi kode h81 Revisi koding N17.9 jadi N19 sesuai resume medis	Pending klaim ini terjadi karena pihak pemberi asuransi meminta revisi koding dari N17.9 (Gagal ginjal akut tidak spesifik) menjadi N19 (Gagal ginjal tidak spesifik). Berdasarkan analisis dokumen klaim dan resume medis, kode N19 dianggap lebih sesuai dengan kriteria Berita Acara Kesepakatan pihak pemberi asuransi, karena hasil pemeriksaan penunjang menunjukkan nilai Kreatinin=2.40 mg\dl dan Ureum=69 mg/dL, yang mengindikasikan adanya renal failure tanpa spesifikasi akut yang jelas.		Kejang tanpa demam merupakan satu kesatuan. Berdasarkan analisis dokumen rekam medis dan klaim, Kejang (R56.8) pada pasien tidak disebabkan oleh diagnosis ADHD (F90.0). Oleh karena itu, kedua kondisi tersebut dianggap tidak terkait secara kausal dan tidak perlu digabungkan.	Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa kasus pending klaim yang mengakibatkan kesalahan penegakkan kode DU, penegakkan kode DS sehingga terjadi perbedaan kode diresume medis maupun di dokumen pengajuan klaim dan pada aspek manajemen sering terjadi dikenakan lengkapan dokumen pendukung, kriteria untuk diagnosis, Tidak dilampirkan pemeriksaan mikrobiologi, Pemeriksaan penunjang, Tidak ada hasil PA pada penginputan di dokumen pengajuan klaim yang dilakukan oleh koder dan verifikator sehingga sering terjadi perbedaan kode di resume medis dan kode di dokumen pengajuan klaim. Penelitian ini sejalan dengan (Rahman, 2025) menunjukkan bahwa penyebab klaim pending paling dominan berasal dari aspek medis (50,3%), diikuti oleh aspek koding (29,1%), dan aspek administrasi (20,6%). Penyebab terbanyak dari aspek medis adalah pelayanan yang tidak memerlukan rawat inap dan berkas penunjang yang tidak lengkap. Pada aspek koding, dominasi disebabkan oleh ketidaksesuaian kode diagnosis dengan kondisi pasien, sedangkan
14	[KOREKSI VERIFIKASI] - pada triase IGD pasien hamil seharusnya menggunakan kode 0	Pending klaim terjadi karena pihak pemberi asuransi meminta revisi kode 0 (kondisi terkait kehamilan, persalinan, dan nifas). Berdasarkan lembar triase IGD, pasien terkonfirmasi hamil (G2P1A0H1, Gravid 10-11 minggu) dengan keluhan keluar darah pervaginam dan perut sakit. Karena pasien sedang hamil dengan komplikasi, maka kode 0 dapat ditegakkan sebagai diagnosis yang relevan			
15	Konfirmasi diagnosa F90.0 dan R56.8,	Pending klaim ini timbul karena pihak asuransi meminta konfirmasi			

pada aspek administrasi disebabkan oleh ketiadaan dokumen pendukung seperti tanda tangan pada SEP dan kronologis pelayanan. Klaim pending di RSUD Daha Husada umumnya disebabkan oleh ketidaksesuaian dokumentasi medis dan administratif serta kesalahan pengkodean. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Santiasih, Simanjorang, & Satria, 2021) dengan judul Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rsud Dr.Rm Djoelham Binjai karena ketidak sesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis, kesalahan petugas dalam proses penginputan, selain itu perbedaan pemahaman mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak Verifikator internal rumah sakit dengan pihak verifikator BPJS Kesehatan.

Analisis kasus pending klaim secara komprehensif mengungkapkan bahwa mayoritas masalah berakar pada dua kategori utama: kesalahan koding klinis dan ketidaksesuaian manajemen dokumen (administrasi) (Permenkes RI, 2016). Kasus-kasus yang muncul, seperti penolakan diagnosis sekunder (misalnya, anemia atau insufisiensi renal) karena tidak adanya tindakan, pengobatan spesifik, atau ketiadaan hasil penunjang yang sesuai kriteria BPJS, menunjukkan adanya disparitas interpretasi regulasi koding dan klinis antara koder/verifikator internal dan verifikator eksternal BPJS (WHO 2016). Kesalahan koding, seperti penegakan kode DU atau DS yang tidak didukung bukti klinis memadai (contoh: ketiadaan hasil PA untuk tumor atau pemeriksaan mikrobiologi untuk pneumonia), merupakan kegagalan dalam

penerapan kaidah ICD-10 dan regulasi BPJS seperti Peraturan Menteri Kesehatan PMK dan Berita Acara Kesepakatan BA Kesepakatan.

Temuan mengenai tingginya kasus pending klaim yang berulang, terutama yang disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen penunjang HHD, CA, Pneumonia, serta perbedaan penegakan diagnosis Insufisiensi Renal, ADHD vs Kejang menekankan urgensi perancangan Aplikasi Audit Koding Internal (Salsabila A, 2022) Aplikasi ini berfungsi sebagai gatekeeper awal, memastikan bahwa setiap klaim yang diajukan telah melewati proses verifikasi substansi klinis dan kelengkapan administrasi sebelum diserahkan ke BPJS. Dengan membandingkan kode diagnosis yang ditegakkan dengan checklist bukti klinis yang dipersyaratkan (misalnya, nilai GFR untuk renal failure atau hasil CT-Scan untuk tumor), sistem dapat meminimalisir risiko penolakan klaim, yang pada akhirnya akan mempercepat pembayaran dan meningkatkan arus kas rumah sakit (Purnomo, 2023).

Analisis kasus pending klaim secara berulang menunjukkan bahwa inti masalah bukanlah terletak pada ketidakmampuan koder mengaplikasikan ICD-10, melainkan pada validitas dan kelengkapan data klinis yang disajikan dalam rekam medis dan dokumen klaim (Susanti,A,2020). Penolakan klaim sering terjadi karena rumah sakit gagal membuktikan adanya hubungan kausal yang kuat antara diagnosis utama dan diagnosis sekunder, atau ketiadaan intervensi yang sepadan. Misalnya, kasus di mana diagnosis Anemia ditolak karena

meskipun nilai Hb rendah, tidak ada bukti tindakan (seperti transfusi atau terapi spesifik) yang terekam. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Setiawan D, 2021), ketidaksesuaian ini sering dipicu oleh keterbatasan pencatatan DPJP yang tidak merinci kriteria BPJS (misalnya, nilai GFR spesifik untuk Insufisiensi Renal atau kriteria Neonatal Infection (Setiawan D, 2021).

Untuk mengatasi masalah pending klaim yang berulang, rumah sakit perlu merancang dan mengimplementasikan Standar Operasional Prosedur SOP Koding Berbasis Risiko yang melibatkan kesepakatan lintas profesi DPJP, Koder, dan Manajemen (Lestari. T 2024) SOP ini harus secara eksplisit mengintegrasikan kriteria-kriteria sensitif dari BA Kesepakatan BPJS bukan hanya mengandalkan kaidah ICD semata. Kasus-kasus seperti tuntutan untuk melampirkan Foto Thorax guna menegakkan HHD, atau kewajiban melampirkan CT-Scan untuk Malignant Neoplasma, harus diotomatisasi dalam checklist} koding. Menurut penelitian yang dipublikasikan oleh (Santoso Y, 2023), pembentukan SOP koding yang ketat dapat mengurangi disparitas persepsi dan mencegah kode diagnosis yang tidak didukung resource (seperti penghapusan kode K31.9 pada trauma) (Santoso. Y, 2023). Dengan adanya pedoman yang jelas dan terpadu, rumah sakit dapat memastikan bahwa setiap klaim tidak hanya akurat secara kode, tetapi juga lengkap secara dokumentasi klinis, yang merupakan kunci utama dalam percepatan pembayaran klaim INA-CBG (WHO 2016).

Aplikasi audit yang efektif harus memiliki tiga modul fungsional utama: Modul Validasi Klinis Otomatis, Modul Checklist Dokumen Wajib, dan Modul Pelatihan Berbasis Kasus (Purnomo, 2023). Implementasi aplikasi audit internal memiliki dampak strategis yang luas bagi rumah sakit. Pertama, secara finansial, peningkatan akurasi koding secara langsung mengoptimalkan tarif INA-CBG yang diterima, mengurangi kerugian dari penolakan klaim. Kedua, aplikasi ini berfungsi sebagai alat peningkatan kualitas dokumentasi medis (Rusdi, M,2020) Ketika koder dan verifikator menerima umpan balik instan mengenai kekurangan bukti, hal ini akan mendorong Dokter Penanggung Jawab Pelayanan DPJP untuk mencatat diagnosis dan intervensi secara lebih lengkap dan akurat di rekam medis. Kasus-kasus seperti penolakan kode K31.9 pada trauma karena tidak ada resource akan berkurang, sebab sistem akan mencegah pengodean yang tidak relevan atau tidak didukung oleh sumber daya yang diberikan kepada pasien.

Perancangan Aplikasi Audit Koding Internal adalah sebuah investasi fundamental untuk mengatasi masalah pending klaim yang berulang. Aplikasi ini mentransformasi proses audit dari reaktif (menunggu penolakan BPJS) menjadi proaktif dan preventif (Azam,I, 2021)Sebagai langkah pengembangan lanjutan, aplikasi ini perlu disempurnakan dengan fitur untuk melacak secara spesifik pola revisi BPJS (misalnya, perubahan dari N17.9 ke N19) sehingga rumah sakit dapat secara mandiri mengadopsi standar koding yang diminta BPJS sebelum klaim diajukan. Dengan

demikian, aplikasi ini tidak hanya sekadar alat validasi, tetapi juga pusat pengetahuan terpadu yang menjamin kepatuhan regulasi dan keberlanjutan finansial rumah sakit di era Jaminan Kesehatan Nasional JKN (Utami, N. P., 2022)

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis, permasalahan utama pending klaim yang dihadapi koder dan verifikator Rumah Sakit X terbagi menjadi kategori koding dan kategori manajemen, yang dikonfirmasi oleh BPJS, mencakup kesalahan penegakan kode DU dan DS, ketidaklengkapan dokumen pendukung (seperti hasil pemeriksaan, laporan pendukung, hasil PA, dan pemeriksaan mikrobiologi), serta perbedaan persepsi dengan pihak BPJS meskipun klaim RS X sudah sesuai kriteria; semua kesalahan ini, yang melibatkan ketidaksesuaian antara resume medis dan dokumen klaim, seharusnya dapat dicegah karena regulasi seperti BA kesepakatan BPJS, PMK, dan ICD sudah mengatur penatalaksanaan klaim INA-CBG. Solusi untuk meminimalkan pending klaim adalah dengan melakukan review dokumen rekam medis dan dokumen pengajuan klaim secara teliti untuk memastikan kelengkapan dokumen pendukung, selalu merujuk pada regulasi yang berlaku untuk ketepatan pengodean diagnosis, serta membangun persamaan persepsi dan ketelitian bersama antara DPJP, verifikator rumah sakit, dan verifikator BPJS.

SARAN

Penelitian selanjutnya disarankan untuk melanjutkan perancangan prototipe

menjadi aplikasi berbasis web yang sepenuhnya fungsional, sehingga dapat digunakan secara nyata dalam proses audit internal klaim untuk meminimalkan pending klaim di rumah sakit.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada LPPM Apikes Iris atas pendanaan, bimbingan, dan dukungan selama proses penelitian. Ucapan terima kasih turut diberikan kepada Rumah Sakit X Batusangkar yang telah menyediakan data, akses, serta kerja sama yang sangat membantu kelancaran penelitian. Penulis juga berterima kasih kepada tim penelitian Najhan Rahman Durti, Raka Alkhaila Hamidi, Abrar Nofdianda, Abimanyu Atillah Aji, Nur Ashikin, Rahmi Valenisha Panggabean, Muhammad Kelvin Ramadhan, atas kerja sama, dedikasi, dan kontribusi yang diberikan sepanjang pelaksanaan kegiatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azam, I., & Fitri, L. (2021). Efektivitas Penggunaan Aplikasi Audit Koding Internal Terhadap Penurunan Rasio Pending Claim Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. Vol 9(4): 301-310.
- Kemenkes, RI. (2022). PMK Nomor 24 tentang Rekam Medis. Pemerintah RI, (1), 33.
- Kesehatan, J. B. (2024). Peraturan Direktur Utama BPJS Kesehatan Nomor 2 Tahun 2024 tentang Verifikasi Klaim INACBGs. BPJS Kesehatan, Pasal 18.

- Kemenkes, R. (2022). PMK Nomor 24 tentang Rekam Medis. Pemerintah RI, (1), 33.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBG Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Priyanto, N. S. (2023). Sistem Administrasi Klaim BPJS: Prosedur dan Penyelesaian Masalah. Penerbit Salemba, 112.
- Purnomo J, Wibowo A. Strategi Peningkatan Akurasi Koding dan Klaim INA-CBG Melalui Sistem Informasi Kesehatan. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia. 2023; Vol 11(1): 45-55.
- Rahman, N. U. (2025). ANALISIS PENYEBAB KLAIM PENDING RAWAT INAP. JURNAL TEKNOLOGI KONSEPTUAL DESAIN, 2(3025-5368), 380
- RI, K. K. (2023). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2023 tentang Standar Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional. Pasal 32.
- Rusdi, M., & Yuliani, R. (2020). Hubungan Kelengkapan Pengisian Resume Medis dengan Tingkat Keakuratan Kode Diagnosis pada Klaim INA-CBG. Jurnal Kesehatan Vokasional. Vol 5(1): 12-18.
- Sabilla Juliandari, M. F. (2023). ANALISIS JENIS PENDING BERKAS KLAIM RAWAT INAP DI RSUD TEBET. INFOKES : Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan, 15(E-ISSN : 2745 – 5629), 50.
- Salsabila A, Hidayat R, Susilo. Implementasi Audit Internal Koding Klaim INA-CBG pada Kasus Pending Claim di Rumah Sakit X. Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. 2022; Vol 5(2): 112-120.
- Santiasih, W. A., Simanjorang, A., & Satria, B. (2021). ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RSUD DR.RM DJOELHAM BINJAI. Journal of Healthcare Technology and Medicine, 7(2615-109), 1381.
- Santoso, Y., & Hidayati, L. (2023). Integrasi Kriteria BPJS dalam Sistem Audit Koding Internal untuk Peningkatan Mutu Klaim. Majalah Kedokteran Indonesia, 73(4): 205-212.
- Setiawan, D., & Wulandari, R. (2021). Evaluasi Kelengkapan Dokumentasi Medis terhadap Penentuan Kode Diagnosis Utama dan Sekunder Kasus Jaminan Kesehatan Nasional. Jurnal Rekam Medis Indonesia, 4(2): 70-76.
- Sugiyanto, V. S. (2025). Analisis Pending Klaim Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Waikabubak Tahun 2025. SIPORA, 2.
- Susanti, A., & Wibowo, S. (2020). Analisis Hubungan Akurasi Koding Diagnosis dan Prosedur dengan Tingkat Keberhasilan Klaim INA-CBG pada Rumah Sakit Tipe C. Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia, 6(1): 18-25.
- Ulil Amri, A. A., & Nurwahyuni, A. (2024). Analisis Klaim Pending, Verifikasi dan Audit Pascaklaim Jaminan. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 9 No. 2, 141-142.
- Utami, N. P., & Puspitasari, L. (2022). Perancangan Sistem Pendukung Keputusan untuk Verifikasi Koding INACBG Berbasis ICD-10. Jurnal Rekam Medis dan Kesehatan. Vol 8(3): 210-218.

WHO. International Statistical Classification
of Diseases and Related Health
Problems, 10th Revision ICD-10.
Geneva: World Health Organization;
2016.

