

Permasalahan *Clinical Coding* Pada Sistem *Casemix* Penyebab *Pending Claim* Pasien Jaminan BPJS Di Rumah Sakit X

Sugeng Santoso¹, Suryo Nugroho Markus², Kori Puspita Ningsih³

^{1,2,3}Health Faculty, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta, Indonesia

Article Info

Article history:

Received Jan 17, 2026

Revised Feb 14, 2026

Accepted Feb 25, 2026

Keywords:

Casemix Coding,
Clinical Coding,
INA-CBGs,
Pending Claims,
BPJS

ABSTRACT

Background: Clinical coding accuracy is a vital factor in the financial stability of hospitals under the BPJS Health casemix system. Errors in clinical coding frequently lead to pending claims, which hinder the hospital's cash flow. Objective: This study aims to analyze the underlying causes of casemix coding issues in pending claims for BPJS Health patients at Hospital X. Method: This research employed a descriptive analytical method with a qualitative approach. Data were collected through in-depth interviews with five informants, consisting of two clinical coders, one casemix coordinator, and two physicians, as well as document observations of medical records and claim regulations. Result: The findings indicated a pending claim rate of 10.2%, with 33.3% of these cases caused specifically by clinical coding errors. The primary causes were categorized into three factors: (1) Human Resources, involving low coder competency in ICD-10/9-CM guidelines and medical pathognomonic; (2) Documentation Process, including incomplete medical resumes and a lack of clinical evidence provided by physicians; and (3) System, characterized by the infrequent socialization of the latest claim regulations and technical agreements. Conclusion: Accuracy in casemix coding is highly dependent on the synergy between comprehensive clinical documentation and the coder's expertise. Hospitals are recommended to implement continuous professional training and routine medical audits to minimize financial risks.

This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.



Corresponding Author:

Sugeng Santoso,
Health Faculty,
Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta,
Jl. Brawijaya Ringroad Barat, Ambar Ketawang, Gamping, Sleman 55294.
Email: sugengsantoso903@gmail.com

1. PENDAHULUAN

Sistem pembayaran Badan Penyedia Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan saat ini menerapkan sistem *casemix*. Sistem ini mengelompokkan pembiayaan kesehatan berdasarkan kelompok penyakit yang diwakili dengan kode *casemix*, sementara kode *casemix* berasal dari kode klinis yang diinputkan yaitu kode diagnosis dan tindakan [1]. Setiap rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan wajib menerapkan sistem ini. RS X saat ini bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Sistem Casemix merupakan sistem pembiayaan dengan pengabungan komponen

costing, coding, clinical pathway dan teknologi. Teknologi yang digunakan dalam system casemix menggunakan aplikasi *Indonesian Case Base Group* (INA-CBGs) [2]. Sistem kerja aplikasi INA CBGs yaitu menghitung biaya berdasarkan klasifikasi kelompok diagnosis dengan kode diagnosis sebagai acuan penentu biaya, akan tetapi dilapangan masih terdapat berbagai permasalahan yang mengakibatkan pending klaim. Keterlambatan klaim menjadi masalah utama di beberapa rumah sakit [3] [4]. Penyebab keterlambatan klaim diantaranya karena masalah kelengkapan administrasi dan kesalahan pemberian kode klinis. Dikembalikannya pengajuan klaim oleh verifikator BPJS Kesehatan karena perbedaan pemahaman kode yang diberikan coder rumah sakit dengan verifikator BPJS. Pengembalian klaim oleh verifikator BPJS karena perbedaan pemahaman *code* klinik dikategorikan kesalahan pemberian *clinical coding*. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor. Berbagai faktor penyebab diantaranya pemahaman coder, kejelasan dokumentasi klinis, pemahaman dokter dalam menentukan diagnosis [5]. Kepatuhan petugas pemberi asuhan dalam pengisian rekam medis berdampak pada kualitas rekam medis, kualitas isi rekam medis yang bermutu memudahkan coder menentukan code yang tepat dan diterimanya pengajuan klaim [6].

Dampak dan permasalahan kualitas *clinical coding* dalam sistem casemix yang diterapkan BPJS Kesehatan merupakan hal yang sangat penting. Dalam *system casemix* menggunakan aplikasi *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs) Biaya yang akan dikeluarkan mengacu pada *clinical coding* yang diberikan. Bukan berdasarkan diagnosis yang dituliskan oleh dokter, tetapi dari kode diagnosis dan tindakan yang diberikan oleh coder [7] [8]. Coder sebagai pemberi kode diagnosis dalam aplikasi INA CBGs mempengaruhi biaya klaim yang diterima rumah sakit [9]. Kualitas kode di beberapa fasyankes masih mengkhawatirkan. Berdasarkan hasil penelitian 66% kode tidak akurat [10].

Di RS X pengembalian klaim karena kesalahan *clinical coding* masih terjadi. Tetapi penyebab ketidaktepatan belum dikaji secara mendalam Pendekatan pemecahan masalah dalam penelitian ini yaitu empiris dan komparatif. Pendekatan empiris yaitu dengan menggunakan data primer. Data primer diperoleh langsung dari responden untuk mengetahui permasalahan ketepatan *clinical coding*. Pendekatan komparatif yaitu pendekatan secara kualitatif untuk memahami dan menjawab permasalahan yang diperoleh sesuai realita dilapangan dikaitkan dengan berbagai teori *clinical coding*, ketentuan kesepakatan coder dengan verifikator BPJS Kesehatan dan tatalaksana penentuan diagnosis [11].

Beberapa penyebab kesalahan kode diagnosis catatan kualitas informasi saat masuk, komunikasi antara pasien dan pemberi asuhan, pengetahuan dan pengalaman dokter dengan penyakitnya, dan perhatian dokter terhadap mencatat secara detail, Data yang ditulis direkam medis tidak sinkron, keterampilan dan pemahaman coder, upaya pengendalian mutu fasyankes, dan kesalahan pembuat kode yang tidak disengaja dan tidak disengaja, seperti kesalahan coder dengan verifikator BPJS [8]. Tujuan penelitian ini Menganalisis penyebab permasalahan *coding casemix* kasus pending klaim pasien BPJS Kesehatan.

2. METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini deskriptif analitik dengan pendekatan kualitatif. Subjek penelitian ini adalah coder dan dokter di RS X. Informan penelitian terdiri dari 2 coder casemix, 1 koordinator casemix dan 2 dokter. Lokasi penelitian di RS X, yaitu salah satu rumah sakit swasta di wilayah Jawa Tengah. Data *clinical coding* pasien jaminan BPJS Kesehatan diambil dari data *pending* klaim oleh verifikator BPJS Kesehatan. Selanjutnya dikaji penyebab ketidaktepatan *clinical coding* dari data klaim yang *pending* tersebut. Untuk mengidentifikasi permasalahan keakuratan *clinical coding* melalui wawancara

mendalam dengan *coder* yang memberikan *clinical coding* dan dokter sebagai tenaga pemberi asuhan pasien. Observasi dokumen rekam medis juga perlu dilakukan untuk melihat kejelasan data medis yang terekam di rekam medis. Hal ini dilakukan karena sumber utama *coder* menentukan *clinical coding* adalah catatan rekam medis. Selanjutnya melakukan Observasi dan dokumentasi peraturan yang digunakan sebagai dasar penentuan *clinical coding*. Selanjutnya melakukan wawancara mendalam dengan professional pemberi asuhan yaitu dokter yang menegakkan diagnosis.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Sistem pembiayaan yang diterapkan BPJS Kesehatan untuk pasien jaminan BPJS Kesehatan yang berobat di RS X adalah menggunakan sistem *casemix*. Sistem *casemix* dalam penerapannya menggunakan aplikasi INA CBGs mengelompokkan biaya sesuai code *casemix*. *Coding casemix* dalam Aplikasi INA CBGs menerapkan besaran biaya berdasarkan *clinical coding* yaitu kode diagnosis dan kode tindakan yang diinputkan oleh *coder* RS kedalam aplikasi INA CBGs. Setiap *clinical coding* yang diberikan selanjutnya dikelompokkan kedalam grouper sistem *casemix*. Setiap kode grouper memiliki nominal biaya yang sudah ditetapkan, sehingga setiap kode diagnosis dan tindakan yang diberikan oleh *coder* RS mewakili biaya yang akan dikeluarkan pihak BPJS Kesehatan kepada rumah sakit. Setiap pasien dengan kode diagnosis dan tindakan yang sama akan menerima penggantian klaim dari BPJS Kesehatan yang sama, meskipun kondisi pasien berbeda, lama rawat berbeda, sumberdaya yang dikeluarkan pihak rumah sakit setiap pasien berbeda. Tagihan yang diajukan pihak RS kepada pihak BPJS Kesehatan yaitu berdasarkan kode grouper dengan paket biaya perkode yang dikeluarkan aplikasi INA CBGs. Kemudian bukti pendukung kelengkapan administrasi dikirimkan ke pihak BPJS Kesehatan.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan informan di RS X. Setiap bulan jumlah klaim pasien rawat inap jaminan BPJS yang dipending/ ditangguhkan sekitar 10%-12%. Dari data klaim pasien jaminan BPJS Kesehatan 411 data klaim yang diajukan terdapat 42 data yang *pending* atau setara 10.2%. Dari 42 data *pending* terdapat 14 data yang *pending* akibat kesalahan *clinical coding* atau setara 33.3% dari data *pending*. Akurasi ketepatan kode klinis yang diberikan oleh *coder* RS X dapat dilihat dari jumlah pengajuan klaim yang ditangguhkan (*pending*) oleh pihak BPJS Kesehatan. pengajuan klaim yang ditangguhkan oleh verifikator BPJS Kesehatan memerlukan konfirmasi lebih mendalam ketepatan *clinical coding casemix* maupun kelengkapan administrasi. Berikut data klaim yang ditangguhkan oleh pihak BPJS Kesehatan.

Tabel 1. Daftar Permasalahan Pending Klaim

Kode Ina CBG	NOSEP	Pertanyaan Verifikator BPJS	Keterangan Coder RS
M-1-30-I	1205R0040124V00XXXX	data terlampir tidak sinkron, apakah Kecelakaan lalu lintas tunggal? Jatuh di tangga?	Bukan KLL tunggal, jatuh terpleset dari tangga waktu hujan deras
E-4-10-III	1205R0041223V01XXXX	tatalaksana J44.9 pada episode kali ini? Jika tidak ada sesuaikan kode-nya	diagnosis PPOK, catatan pemberian obat belum tercantum rymont 10mg
W-1-11-II	1205R0040124V00XXXX	lampiran EEG untuk penegakan koding G40.9	epilepsi wajib melampirkan hasil EEG

A-4-14-I	1205R0041223V0XXXX	reseleksi kode spesifik J06.9 informasi medisnya ?????	ISPA keluhan pernafasan tidak tertulis di anamnesis
S-4-11-III	1205R0040124V00XXXX	reseleksi koding Diagnosis Utama J18 (pneumonia) sebagai underlying disease	kasus kematian J18. bukan sebagai UCOD
E-4-10-III	1205R0040124V00XXXX	pasien dg COPD, gunakan koding gabung J44.0 untuk DS. J18.0 tidak dicoding terpisah	Perbaiki ketentuan kode sesuai berita acara kesepakatan klaim
A-4-14-I	1205R0040124V00XXXX	Koreksi koding-->R11 berdasar KU, penunjang tidak tegak	klinis anak demam terlebih dahulu, masuk igd lab darah al: 15.41, diff seg 76.60, diff limfosit 17.40 → pct 200mg
A-4-14-I	1205R0040124V01XXXX	Koreksi koding R11--> berdasar KU, penunjang tidak tegak	Ku : mual, muntah, lemas, bakteri urin +
M-1-50-I	1205R0040124V00XXXX	cek hasil PA : kista epidermoid, jaringan ikat dilapisi epitel squamous -- koreksi koding prosedur menjadi 863	lokasi tindakan tidak sesuai antara hasil PA dan diagnosis
A-4-14-I	1205R0040124V00XXXX	koreksi koding dg koding yg lebih spesifik, usul koding A049	Pasien masuk dengan demam (hari ke 8), sudah tidak diare, nyeri perut krn ada masa di abdomen (USG & CT SCAN ABD),, AL: 25,5 SEGMENT: 77.9 LIMFOSIT: 13,1. Koding tetap A49.9
G-4-15-II	1205R0041223V0149XX	ada riwayat stroke sebelumnya?, reseleksi DU I69,-	Riwayat pernah mengalami stroke tidak tertulis jelas di formulir yang dikirimkan
A-4-12-I	1205R0040124V0009XX	data terlampir suhu dbn, koreksi koding dg koding yg lebih spesifik, usul koding R104	suhu badan panas tidak ada tertulis di resume medis
K-1-13-II	1205R0040124V0104XX	Mohon hapus koding N39.0-->sudah tegak Diagnosis Utama K35.8	urine leukosit 20-25, urine leukosit esterase +1
U-4-15-I	1205R0040124V0032XX	konfirmasi waktu kejadian Kecelakaan Lalu Lintas (KLL) jam brpa? Apakah pulang bekerja?	Waktu kejadian KLL jam 01.00, sehabis pulang dari ulang tahun temannya, tidak sedang dalam bekerja

Sumber: RS X

Berdasarkan Data permasalahan klaim di rumah sakit X secara umum disebabkan oleh tiga masalah utama yaitu masalah sumberdaya manusia, proses dokumentasi, dan *factor system*.

A. Faktor Proses Dokumentasi

Berdasarkan hasil wawancara, ditemukan bahwa petugas coder masih sering mengalami kesulitan pada diagnosa yang kompleks. Hal ini didukung oleh pernyataan informan 1 (coder):

“ Kendala terbesar adalah saat dokter tidak mengisi resume medis secara lengkap, Kadang diagnosa yang ditulis dokter kurang spesifik, sementara kami harus menentukan kode sesuai ICD-10. Karena informasi klinisnya kurang spesifik jadinya depending deh ”

Secara umum petugas memahami terkait kelengkapan administrasi proses klaim pasien peserta BPJS Kesehatan. Syarat administrasi seperti identitas pasien KTP, Kartu BPJS aktif sehingga dapat dibuatkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), surat rujukan pengantar rawat inap, kemudian setelah pasien dirawat adanya formulir ringkasan pulang, hasil pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, radiologi, *ultrasonography*, *electrocardiography* dan pemeriksaan penunjang lainnya. Selain itu laporan operasi jika pasien melakukan tindakan operasi. Secara umum kelengkapan formulir administrasi ini dipahami petugas rumah sakit dalam klaim BPJS Kesehatan, tetapi terkait isi informasi medis didalam formulir yang masih terjadi perbedaan pendapat antara petugas rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan [12]. Coder RS X mengungkapkan bahwa yang menjadi masalah bukan formulir kelengkapannya, akan tetapi lebih banyak terkait isi yang terkandung dalam formulir tersebut. Komunikasi antara coder dengan Petugas Pemberi Asuhan (PPA) menjadi salah satu kunci utama ketepatan pemberian kode diagnosis dan tindakan [13]. Kode diagnosis dan tindakan mewakili seluruh diagnosis dan tindakan yang dialami pasien selama masa perawatan, oleh sebab itu ketepatan kode tergantung kejelasan informasi diagnosis dan tindakan yang dituliskan para Petugas Pemberi Asuhan (PPA) dalam rekam medis pasien selama dirawat.

B. Faktor Sumber Daya Manusia

Coder dalam memberikan kode diagnosis dalam aplikasi INA CBGs sesuai pemahaman coder. Menurut coder tatacara memberi kode ada dalam ICD-10 untuk kode diagnosis dan untuk tindakan maupun pemeriksaan penunjang medis menggunakan ICD-9CM. Diakui pemahaman coder dapat menghasilkan kode yang berbeda dengan diagnosis yang sama. Pengalaman menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi dalam hal tersebut [14]. Coder awal dalam membaca diagnosis umumnya setiap diagnosis langsung dicari kode diagnosisnya di ICD 10. Padahal kasus tertentu diagnosis itu dapat digabung. Berikut adalah contoh penulisan dokter terkait kolom diagnosis pasien.

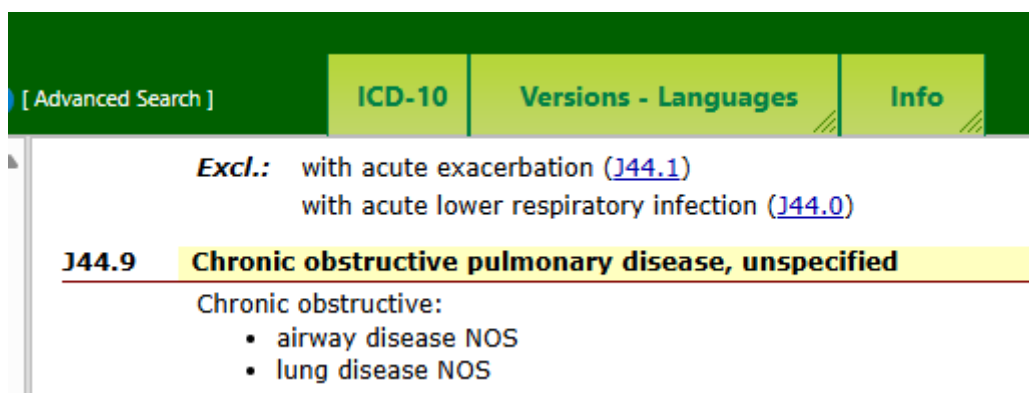
Alasan Dirawat	: penurunan kesadaran	Benjamin
Diagnosis Masuk	: Sepsis syok sepsis susp abses adnexa kiri dd/ urosepsis	Tanggal Perawatan
	Diabetes mellitus	Dokter Yang Merawat
Diagnosis Keluar	: Sepsis syok sepsis susp abses adnexa kiri dd/ urosepsis	Diagnosis Tambahan
	Diabetes mellitus	
Tindakan / Operasi	:	
Riwayat Penyakit : _____		
pasien keluhan nyeri perut bawah mendadak sejak pagi. Nyeri seperti diremas-remas terus menerus. Demam -, mual -, muntah masih ada. Riwayat HT +, DM +. obat rutin: amlodipin 1x5 mg. Alergi -		
Pemeriksaan Fisik : _____		
GCS: E2 M4 V2		
VAS 6		
TD 77/39 HR 138 RR 30 SaO2 92		
Mata: anemis +/-, ikterik +/-, pupil bulat isokor 2mm/2 mm RC +/-		
Hidung: sekret -/-		
Mulut: mukosa oral basah, faring tidak hiperemis		
Leher: KGB -		
Paru: ves +/-, rh +/-, wh +/-		
Jantung: B2 1-2 reg, murmur -, gallop -		
Abdomen: datar, supel, nyeri tekan inguinal kiri, kanan, suprapubis. H/L tidak teraba. BU +		
Ekst: akral hangat, CRT < 2		

Gambar 1. Penulisan Diagnosis Di Formulir Ringkasan Pulang

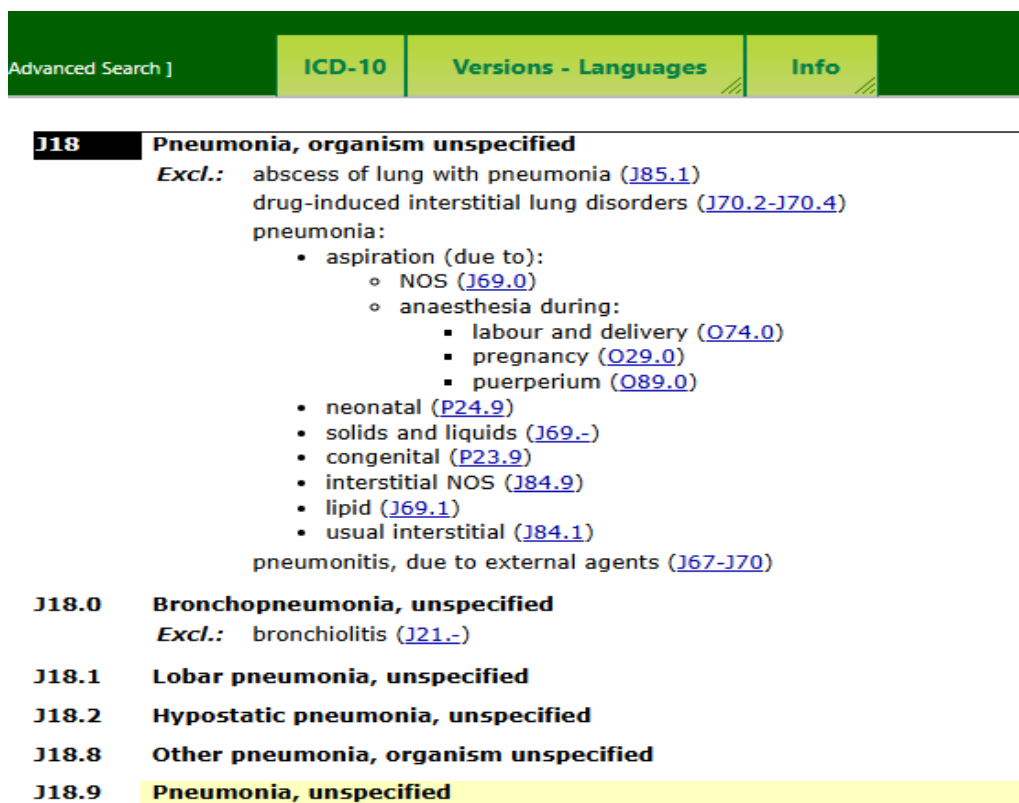
Berdasarkan hasil wawancara hal yang membuat bias coder adalah penentuan diagnosis yang perlu dikode. Dokter menulis diagnosis di beberapa kolom seperti diagnosis masuk, diagnosis utama dan diagnosis tambahan. Coder pemula umumnya setiap diagnosis yang ditulis langsung mencari kode diagnosisnya, sementara tidak semua diagnosis diberikan kode diagnosis demikian. Beberapa kode diagnosis memiliki aturan khusus tertentu seperti kode kombinasi. Hal ini didukung oleh pernyataan informan 2 (coordinator casemix):

“ kalau coder junior biasanya diagnosis yang ditulis dokter langsung dicari kodenya yang cocok di ICD 10, disini kadang kelewat seperti kode kombinasi atau informasi klinisnya apakah sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh dokter atau tidak ”

Adanya kasus *pending* klaim kasus diagnosis Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) dengan diagnosi lain pneumonia. Coder pemula cenderung mengkode dua penyakit terpisah yaitu PPOK dengan kode J44.9 *Chronic Obstructive pulmonary disease unspecified* dan J18.9 *Pneumonia Unspecified*



Gambar 2. Code J44.9 Diagnosis PPOK



Gambar 3. Code J18.9 Diagnosis Pneumonia di ICD 10

Sementara kalau dicermati dalam ICD 10 kelompok kode J44. Terdapat J44.0 yang menerangkan kasus PPOK dengan infeksi saluran pernafasan bawah.

Advanced Search]		ICD-10	Versions - Languages	Info
J44.0	Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection Excl.: with influenza (J09-J11)			
J44.1	Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, unspecified			
J44.8	Other specified chronic obstructive pulmonary disease Chronic bronchitis: • asthmatic (obstructive) NOS • emphysematous NOS • obstructive NOS Excl.: with acute exacerbation (J44.1) with acute lower respiratory infection (J44.0)			
J44.9	Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified Chronic obstructive: • airway disease NOS • lung disease NOS			

Gambar 4. Code J44.0 Diagnosis PPOK Disertai Infeksi Pernafasan Bawah Akut

Dari gambar 4 dapat dipahami bahwa diagnosis PPOK dan Pneumonia. Dimana pneumonia merupakan infeksi pernafasan bawah, sehingga diagnosis pneumonia dan PPOK dapat digabung menjadi satu kode diagnosis yaitu J44.0 *Chronic obstructive pulmonary disease with acute lower respiratory infection*. Kesalahan penetapan kode diagnosis oleh coder dapat terjadi karena kurangnya ketelitian dan pemahaman coder dalam menggunakan ICD-10 [13].

Kualitas kode klinis dipengaruhi oleh coder sebagai pemberi kode klinis pemahaman coder dalam mengambil keputusan dipengaruhi oleh pemahaman terhadap penggunaan ICD 10 dan juga menyimpulkan diagnosis yang ditulis oleh PPA [13] [23]. Coder di Rumah Sakit X mengungkapkan kesalahan dapat terjadi saat pemilihan diagnosis maupun penerapan aturan ICD 10 yang kurang teliti atau belum dipahami. Coder perlu meningkatkan pemahaman tentang terkait tatacara memberi kode yang baik dan benar. Untuk mencapai hal tersebut dapat disertakan pelatihan [9]. Coder yang baik dapat melakukan komunikasi yang efektif dengan PPA. Sehingga coder dapat menentukan dengan tepat diagnosis apa yang seharusnya dikode, karena informasi yang lengkap diberikan oleh PPA. Pemahaman coder dalam mencari bukti klinis yang berhubungan dengan diagnosis utama dan diagnosis sekunder di rumah sakit X juga masih menjadi masalah. Coder baru sering kebingungan mencari bukti apa yang diperlukan dalam menegakkan suatu diagnosis. Pemahaman patognomonik sebuah diagnosis perlu dipahami. Setiap diagnosis itu memiliki gejala klinis khusus yang menjadi penciri khusus dan ditunjukkan dengan hasil pemeriksaan penunjang tertentu [24].

C. Faktor Sistem

Aplikasi INA CBGs yang digunakan BPJS Kesehatan menggunakan kode diagnosis berdasarkan Ketentuan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* (ICD-10) Version 2010 dan untuk tindakan menggunakan *International Classification of Procedure Code, 9th Revision, Clinical Modification* (ICD-9 CM). Sehingga Coder dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan berdasarkan aturan ICD 10 dan ICD 9 CM, tetapi selain aturan kode berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM perlu

memperhatikan aturan lain permenkes dan berita acara kesepakatan permasalahan klaim yang dikeluarkan kemenkes. Berbagai aturan yang dipedomani coder casemix diantaranya sebagai berikut: ICD-10 dan ICD 9 CM. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan [7]. Surat edaran NOMOR HK.03.03/MENKES/518/2016 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional [15]. Berita Acara JP 02.03/3/2468/2018 Kesepakatan Bersama Panduan Tatalaksana Solusi Permasalahan Klaim INA CBGs Tahun 2018 [16]. Kemenkes. Berita Acara JP 02.03/3/1693/2020 Kesepakatan Bersama Panduan Tatalaksana Solusi Permasalahan Klaim INA CBGs Tahun 2020 [17]. Kemenkes. Berita Acara JP 02.03/H.IV/1627/2023 Kesepakatan Bersama Panduan Tatalaksana Solusi Permasalahan Klaim INA CBGs Tahun [18].

Berita acara kesepakatan penyelesaian klaim yang dikeluarkan kemenkes, Penerapan peraturan yang berlaku tidak sepenuhnya dipahami oleh coder maupun petugas pemberi asuhan. Seperti pada kasus pasien dengan nomor SEP 1205R0040124V010488 dengan diagnosis *urinary Track Infection* (UTI) dengan kode diagnosis N39.0. Kasus UTI dalam berita kesepakatan Kemenkes. Surat edaran NOMOR HK.03.03/MENKES/518/2016 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Berbagai ketentuan ini belum dipahami seutuhnya baik oleh Petugas Pemberi Asuhan (PPA) maupun coder.

Hal ini terlihat pada kasus Infeksi saluran kemih (ISK) dalam regulasi yang dikeluarkan Gejala klinis yang khas (minimal satu): sakit kencing, nyeri perut bagian bawah, nyeri tekan *suprapubic*, anyang-anyangan, nyeri pinggang, nyeri ketok *Costovertebral Angle* (CVA) dengan atau tanpa disertai demam dan jumlah leukosit urin lebih dari 10/LPB Kultur urin positif (Kemenkes, Surat Edaran NOMOR HK.03.03/MENKES/518/2016 Tentang Pedoman Penyelesaian Klaim INA CBGs Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, 2016). Sementara Petugas Pemberi Asuhan (PPA) di RS X belum menjelaskan dalam rekam medis pasien, sehingga klaim tersebut ditunda oleh verifikasi BPJS karena verifikasi perlu konfirmasi kelengkapan dokumen medis tersebut. Kepatuhan PPA menjadi salah satu factor penting untuk keberhasilan klaim. Apabila PPA lengkap dan benar dalam pengisian dokumen rekam medis maka dokumen rekam medis menjadi berkualitas dan dalam administrasi maupun penelusuran informasi medis oleh kode akurat, sehingga klaim pending atau ditolak dapat diminimalisir [6] [3]. Aturan berita acara kesepakatan ini, coder maupun DPJP merasa tidak pernah menerima sosialisasi dari pihak BPJS maupun kemenkes untuk penerapannya. Coder mencari tahu sendiri dan membaca sendiri aturan tersebut tanpa sosialisasi. Hal ini diperkuat dengan pernyataan informan 3 (dokter).

“ ya sebenarnya kami sebagai dokter, hanya kelewat saja menuliskan informasi detail di resume, menurut kami sudah cukup, tetapi masih belum cukup versi BPJS, yah belum sesuai harapan BPJS. Ada hal yang secara klinis dapat kami tegakkan, tetapi tetap minta pemeriksaan penunjang, masalahnya kami itu tidak pernah menerima sosialisasi dari BPJS.”

Dalam upaya meningkatkan kepatuhan PPA dalam dokumentasi rekam medis, rumah sakit melakukan berbagai upaya perbaikan sistem. Pada aspek regulasi rumah sakit berupaya menjamin PPA mengetahui pedoman dan SPO terkait dokumentasi rekam medis melalui kegiatan sosialisasi Adanya pedoman dan SOP tersebut diharapkan digunakan oleh para PPA sebagai acuan dalam dokumentasi rekam medis. Regulasi merupakan suatu dokumen pengaturan berupa kebijakan, peraturan direktur, keputusan direktur, pedoman, panduan, prosedur (SPO) maupun program yang disusun oleh rumah sakit. Pada aspek material dan mesin dapat diterapkan Rekam Medis Elektronik (RME). Diagnosis dan informasi medis dapat dibaca dengan jelas daripada ditulis oleh tangan oleh PPA.

Sebelumnya rumah sakit X menerima pengembalian klaim karena tulisan dokter tidak terbaca, adanya RME hal ini sudah tidak terjadi, tetapi kelengkapan informasi yang masih kurang lengkap masih terjadi. Adanya penerapan teknologi dapat meningkatkan kualitas pelayanan [19]. Bahkan penerapan *data mining* dapat membantu prediksi biaya klaim yang potensial membengkak sehingga PPA perlu lebih teliti mendokumentasikan rekam medis [20].

Rumah sakit dalam mengajukan klaim ke pihak BPJS yaitu berdasarkan coding di aplikasi INA CBGs dan mengirim kelengkapan data klinis. Kelengkapan data klinis menjadi landasan utama dalam menentukan diagnosis apa yang perlu diberikan kode diagnosis dan tindakan [21]. Selain itu data klinis yang dikirim ke pihak BPJS Kesehatan sebagai bukti pendukung terhadap kode diagnosis yang diberikan. Kesalahan kode diagnosis dan tindakan akibat data klinis yang tidak lengkap sering terjadi di Rumah sakit [10] [1]. Di RS X hal tersebut juga terjadi. Pasien dengan nomor SEP 1205R0040124V00xxxx diagnosis epilepsy dengan kode diagnosis G40.9 dipending oleh verifikator BPJS, Hal ini disebabkan karena tidak ada hasil pemeriksaan Elektroensefalogram (EEG). Begitu juga pasien dengan nomor SEP 1205R0040124V00xxxx dengan diagnosis Fibroadenoma ditolak oleh verifikator BPJS karena tidak melampirkan hasil pemeriksaan patologi anatomi. Kode diagnosis merepresentasikan kondisi sakit pasien. Permasalahan dalam penentuan kode diagnosis adalah tidak semua kondisi medis pasien ditulis pada rekam medis dengan lengkap sehingga berdampak pada ketidaksesuaian kode.

Coder dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan harus sesuai yang dituliskan oleh PPA. Diagnosis dan tindakan ditegaskan oleh PPA terutama dokter penanggungjawab pasien. PPA menuliskan didalam rekam medis sesuai segala kondisi yang dialami pasien dan segala tindakan perawatan yang diberikan kepada pasien. Tetapi PPA tidak mengisi lengkap kondisi pasien maupun perawatan apa yang telah diberikan kepada pasien masih terjadi. Hal ini menyebabkan coder melakukan kesalahan memberikan kode diagnosis [22]. PPA di RS X juga masih melakukan hal serupa. Seperti pasien dengan nomor SEP 1205R0041223V014xxx dengan diagnosis gejala sisa stroke lama kode diagnosis I69.4 *Sequela of stroke, not specified as haemorrhage or infarction* akan tetapi dokter tidak menulis catatan didalam resume medis bahwa pasien ada riwayat stroke. Begitu juga dengan pasien dengan nomor SEP 1205R0040124V003xxx dengan kasus cidera akibat kecelakaan lalu lintas.

Dalam upaya meminimalkan klaim yang tertunda dengan mengoptimalkan fungsi verifikator internal sebelum klaim diajukan ke BPJS, melaksanakan kegiatan pelatihan/in-house training untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan koder dalam penegakan kode klinis serta dokter dan tim verifikator internal dalam hal kelengkapan rekam medis dan administrasi klaim yang terkait dengan bukti pengelolaan pasien, melakukan sosialisasi berkelanjutan terhadap ketentuan terbaru dari BPJS, dan membuat perjanjian tertulis dengan BPJS terkait kode klinis dan pengelolaan pasien yang masih sering tertunda [10] [4] [25]. Secara umum berikut penyebab permasalahan pending klaim sebagai berikut.

Tabel 2. Penyebab Pending Klaim Masalah Coding Casemix

No	Faktor Penyebab	Masalah Spesifik yang Ditemukan
1	Sumber Daya Manusia (SDM)	Rendahnya kompetensi coder dalam memahami kaidah ICD-10/ICD-9-CM dan patognomonis diagnosis
2	Proses Dokumentasi	Ketidaklengkapan pengisian resume medis, bukti pendukung klinis yang tidak runtut, dan rendahnya kepatuhan DPJP.
3	Sistem	Kurangnya sosialisasi regulasi/aturan teknis klaim terbaru dan perbedaan persepsi dengan verifikator BPJS.

4. KESIMPULAN

Penyebab utama masalah koding casemix yang memicu klaim *pending* di Rumah Sakit X berakar pada multifaktor yang saling berkaitan. Ketidakakuratan koding dipengaruhi oleh keterbatasan kompetensi petugas dalam memahami kaidah klasifikasi dan terminologi medis, yang diperburuk oleh belum optimalnya kualitas dokumentasi resume medis dari dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Selain itu, dinamika perubahan regulasi teknis klaim yang tidak dibarengi dengan sosialisasi rutin turut memperlebar celah ketidaksinkronan antara diagnosis klinis dan penetapan kode. Penguatan sinergi antara ketelitian koder dan kedisiplinan dokumentasi medis menjadi kunci strategis untuk meminimalkan risiko hambatan arus kas rumah sakit.

ACKNOWLEDGEMENTS

Ucapan terima kasih terutama ditujukan kepada Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta yang telah mendanai Penelitian ini. Terimakasih juga kepada para informan penelitian yang telah membantu terlaksananya penelitian ini.

REFERENCES

- [1] K. P. Ningsih, U. K. Nisak, and L. Widjaja, "Audit Kode Klinis Pasien Rawat Inap Jaminanan BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Tipe C Dan D Wilayah DIY," *J. Ilm. PEREKAM DAN Inf. Kesehat. IMELDA*, vol. 9, no. 2, pp. 189–199, 2024, [Online]. Available: <https://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI/article/view/1707/1067>
- [2] Laksono Trisnantoro, *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*, Yogyakarta: UGM Press, 2021.
- [3] D. Anyaprita, K. N. Siregar, B. Hartono, and ..., "Dampak keterlambatan pembayaran klaim BPJS Kesehatan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura," ... *Public Heal. J.*, pp. 22–31, 2020, [Online]. Available: <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/MPHJ/article/view/7021>
- [4] S. S. Yatmi Wahyuni, "Analisis Implementasi Verifikasi Digital Klaim (Vedika) Dengan Kejadian Tertundanya Klaim Bpjs Kesehatan Pada Bulan Januari, Februari Dan Maret 2019 Di Rs Panti Rahayu Purwodadi," *Visikes J. Kesehat. Masy.*, vol. 18, no. 2, 2020.
- [5] Suryo Nugroho Markus, "Asesmen Kode Penyebab Kematian di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta," *J. Ilm. Perkam dan Inf. Kesehat. Imelda*, vol. 7, no. 2, pp. 126–133, 2022.
- [6] Z. K. Purbobinuko, R. Prahesti, and K. Puspita Ningsih, "Upaya Meningkatkan Kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan Pasien Dalam Dokumentasi Rekam Medis," *J. Ilm. Perkam dan Inf. Kesehat. Imelda*, vol. 6, no. 2, pp. 205–212, 2021, doi: 10.52943/jipiki.v6i2.607.
- [7] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, "Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman INA-CBG dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan," 2021.
- [8] S. Mandia, "BPJS Claims Pending Case Coding Training at AISYIYAH PADANG RSU," *Din. J. Pengabd. Kpd. Masy.*, vol. 7, no. 1, pp. 55–61, 2023, doi: 10.31849/dinamisia.v7i1.12032.
- [9] S. Mandia, "Pelatihan Pengodean Kasus Neoplasma Di Rumah Sakit Umum (RSU) Selaguri Kota Padang," *J. Community Engagem. Heal.*, vol. 4, no. 2, pp. 558–561, 2021, [Online]. Available: <https://jceh.org/index.php/JCEH/article/view/288>
- [10] W. Kurnianingsih, "Hubungan Pengetahuan Coder dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Jalan BPJS Berdasarkan ICD-10," *J. Manaj. Inf. dan Adm. Kesehat.*, vol. 03, no. 01, pp. 18–24, 2020.
- [11] K. B. J. B. Kesehatan, "Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBGs Edisi 2," in

- edisi 2, Jakarta: BPJS Kesehatan, 2019.
- [12] W. A. Santiasih, A. Simanjourang, and B. Satria, “Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap Di Rsud Dr.Rm Djoelham Binjai Analysis of Pending Causes of Bpjs Health Claim Installing in Rsud Dr. Rm Djoelham Binjai,” *J. Healthc. Technol. Med.*, vol. 7, no. 2, pp. 2615–109, 2021.
 - [13] Laela Indawati, “Identifikasi Unsur 5M Dalam Ketidaktepatan Pemberian Kode Penyakit Dan Tindakan,” *INOHIM*, vol. 5, no. 2, pp. 54–59, 2017.
 - [14] R. A. Fauzan and A. Arnawilis, “Analisa Kompetensi Petugas Casemix Dengan Latar Belakang Pendidikan Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan Di Rumah Sakit PMC Tahun 2021,” *J. Rekam Medis (Medical Rec. Journal)*, vol. 2, no. 1, pp. 13–26, 2022, doi: 10.25311/jrm.vol2.iss1.355.
 - [15] K. K. R. Indonesia, “Surat Edaran NOMOR HK.03.03/MENKES/518/2016 Tentang Pedoman Penyelesaian Klaim INA CBGs Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional,” 2016.
 - [16] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, “Berita Acara JP 02.03/3/2468/2018 Kesepakatan Bersama Panduan Tatalaksana Solusi Permasalahan Klaim INA CBGs,” 2018, *Jakarta*.
 - [17] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, “Berita Acara JP 02.03/3/1693/2020 Kesepakatan Bersama Panduan Tatalaksana Solusi Permasalahan Klaim INA CBGs,” 2020, *Jakarta*.
 - [18] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, “Berita Acara JP 02.03/H.IV/1627/2023 Kesepakatan Bersama Panduan Tatalaksana Solusi Permasalahan Klaim INA CBGs,” 2023, *Jakarta*.
 - [19] K. P. N. T. S. D. S. Santoso, “Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM) In Dr . Soedjono Magelang Hospital Puspita Ningsih *, 2 Tika Sari Dewi , 3 Sugeng Santoso ,” vol. 14, no. 2, pp. 91–99, 2024.
 - [20] S. Santoso, A. B. Prasetyo, and S. P. Arso, “Analisis Kebutuhan Pengembangan Aplikasi Prediksi Biaya Dan Lama Dirawat Pasien Rawat Inap BPJS Berbasis Data Mining,” *J. Ners*, vol. 7, no. 2, pp. 1027–1032, 2023, doi: 10.31004/jn.v7i2.16476.
 - [21] I. Irmawati, M. Marsum, and M. Monalisa, “Analisis Dispute Kode Diagnosis Rumah Sakit Dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan,” *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 7, no. 2, p. 98, 2019, doi: 10.33560/jmiki.v7i2.235.
 - [22] P. S. A. Nurfathina Syahira, Achmad Jaelani Rusdi, “Strategi Optimalisasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Di Unit Casemix Rumah Sakit ‘X’ Blitar,” 2024. doi: 10.7454/arsi.v10i2.1182.
 - [23] D. Indriani, “Sistem Pendukung Keputusan Klinis Untuk Efisiensi Dalam Pelaksanaan INA-CBGs,” *Fiki* 2013, vol. 1, no. 1, 2013, [Online]. Available: <http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/fiki2013/article/view/508>
 - [24] D. Hardjodisastro, *Menuju Seni Ilmu Kedokteran Bagaimana dokter berpikir, bekerja dan menampilkan diri*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2006.
 - [25] R. Yunita, F. Kasim, and K. Ate Ginting, “Analysis of the implementation of the s-claim application system in the context of the implementation of BPJS claim standards in Charitas Belitang hospital in 2024,” *J. Kesmas Dan Gizi*, vol. 7, no. 1, pp. 14–24, 2024, doi: 10.35451/jkg.v7i1.2254.

BIOGRAPHIES OF AUTHORS

	Sugeng Santoso, Amd.Perkes., SKM., MKM, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.
	Suryo Nugroho Markus, S.E., MPH, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.
	Kori Puspita Ningsih, Amd. SKM., MKM, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.