

Pengaruh Kualitas Pengodean dan Kelengkapan Rekam Medis terhadap Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Sidoarjo Barat

Lidia Lorenza¹, Laili Rahmatul Ilmi², Umi Khoirun Nisak³

^{1,3}Health Faculty of Science, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

Article Info

Article history:

Received Jun 4, 2026

Revised Jul 25, 2026

Accepted Aug 31, 2026

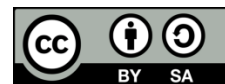
Keywords:

BPJS Claims,
Clinical Coding Medical
Records,
Pending Claims Inpatient.

ABSTRACT

Pending claims remain a common issue in the BPJS Health reimbursement process and may delay hospital claim payments. This study aimed to analyze the completeness of claim documents, the accuracy of diagnosis coding, and the factors contributing to pending inpatient BPJS claims at RSUD Sidoarjo Barat. A descriptive quantitative study with a prospective approach was conducted using 98 inpatient claim files selected through purposive sampling. Data were collected through observation using a checklist and analyzed descriptively. The results showed that all claim files were administratively complete (100%). Diagnosis coding was accurate in 85% of the files, while 15% were still inaccurate. Claim verification indicated that 86% of claims were eligible for payment and 14% remained pending. Medical factors were identified as the main cause of pending claims, followed by administrative and supporting factors. The findings indicate that complete documents alone cannot prevent pending claims if diagnosis coding is still inaccurate. Therefore, improving coding accuracy and claim verification is necessary to reduce pending BPJS claims.

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



Corresponding Author:

Lidia Lorenza,
Health Faculty of Science,
Universitas Muhammadiyah Sidoarjo,
Jl. Raya Lebo No. 4, Rame, Pilang, Kec. Wonoayu, Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur, 61261.
Email: lidiawooshin@gmail.com

1. PENDAHULUAN

Setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien selama menjalani perawatan akan dicatat ke dalam rekam medis. Dokumen ini menjadi sumber informasi yang digunakan untuk menggambarkan kondisi pasien serta tindakan medis yang telah dilakukan. Dokumen tersebut memiliki peran penting dalam mendukung pelayanan, administrasi, aspek hukum, hingga pembiayaan kesehatan [1], [2]. Sejak diterapkannya Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), rekam medis menjadi salah satu dokumen yang digunakan sebagai dasar dalam proses pengajuan dan verifikasi klaim BPJS Kesehatan [3], [4]. Kelengkapan dokumen administrasi maupun data klinis dalam rekam medis menjadi faktor yang mendukung kelancaran proses pengajuan klaim biaya pelayanan kesehatan [5].

Dalam pelaksanaannya, pengajuan klaim BPJS masih belum selalu berjalan sesuai harapan karena sebagian berkas masih memperoleh status pending pada tahap verifikasi.

Kondisi tersebut umumnya dipengaruhi oleh ketidaksesuaian informasi medis, kekurangan dokumen pendukung, maupun ketidaktepatan dalam pengodean diagnosis [6]. Keakuratan pengodean diagnosis menjadi salah satu aspek penting karena berkaitan dengan proses verifikasi klaim BPJS [7]. Penelitian sebelumnya melaporkan bahwa kesalahan pengodean merupakan penyebab terbesar hambatan klaim BPJS dengan persentase mencapai 55% [8]. Selain itu, ketepatan kode diagnosis sesuai standar ICD, mutu dokumentasi rekam medis, serta kelengkapan dokumen administrasi turut menentukan kelancaran proses verifikasi klaim BPJS [10], [11].

Penelitian terdahulu telah membahas berbagai faktor yang berkaitan dengan pending klaim, termasuk aspek diagnosis, ketepatan pengodean, dan kelengkapan dokumen. Penelitian ini memiliki fokus yang lebih spesifik dengan menganalisis kualitas pengodean diagnosis dan kelengkapan dokumen rekam medis secara bersamaan terhadap status *pending* klaim BPJS pasien rawat inap. Penelitian dilakukan pada berkas klaim pasien rawat inap di RSUD Sidoarjo Barat periode Oktober–Desember 2025 sehingga dapat memberikan gambaran mengenai kondisi klaim berdasarkan data di rumah sakit tersebut.

Studi pendahuluan di Unit Casemix RSUD Sidoarjo Barat menunjukkan bahwa dari 5.524 berkas klaim rawat inap yang diverifikasi pada April 2025 masih terdapat 129 berkas berstatus *pending* dan 91 berkas belum memenuhi persyaratan verifikasi. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa proses pengajuan klaim masih memerlukan evaluasi karena dapat memengaruhi kelancaran pembayaran klaim dan pengelolaan pelayanan rumah sakit [7]. Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh kualitas pengodean diagnosis dan kelengkapan dokumen rekam medis terhadap *pending* klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Sidoarjo Barat.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan *mixed methods* dengan desain *sequential explanatory*. Tahap pertama dilakukan dengan mengumpulkan dan menganalisis data kuantitatif, kemudian dilanjutkan dengan data kualitatif untuk membantu menjelaskan hasil penelitian secara lebih mendalam [12]. Penelitian dilaksanakan di RSUD Sidoarjo Barat pada April 2026 dengan pendekatan prospektif. Data penelitian terdiri atas data sekunder berupa berkas klaim BPJS pasien rawat inap dan data primer yang diperoleh melalui wawancara dengan verifikator internal [13]. Variabel bebas dalam penelitian ini meliputi kualitas koding dan kelengkapan berkas rekam medis (BRM), sedangkan variabel terikat berupa status klaim BPJS rawat inap, yaitu *pending* dan layak bayar. Penilaian kualitas koding dilakukan berdasarkan keterisian, kelengkapan, dan keakuratan kode sesuai standar ICD-10.

Kelengkapan BRM dinilai berdasarkan identitas pasien, resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, lembar tindakan, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), indikasi rawat inap, serta dokumen pendukung lainnya [11]. Kelengkapan dokumen rekam medis dapat membantu proses verifikasi klaim BPJS, sedangkan dokumen yang tidak lengkap dapat menyebabkan klaim dikembalikan atau berstatus *pending* [14]. Analisis data kuantitatif dilakukan secara deskriptif menggunakan Microsoft Excel untuk memperoleh distribusi frekuensi dan persentase. Data hasil wawancara dianalisis dengan merangkum informasi yang diperoleh untuk mendukung penjelasan hasil penelitian. Analisis hubungan antara keakuratan pengodean diagnosis dan status klaim dilakukan menggunakan *Odds Ratio* (OR) dengan bantuan perangkat lunak Stata, disertai nilai 95% *Confidence Interval* (CI) dan *p-value*.

Populasi penelitian mencakup seluruh berkas klaim BPJS rawat inap yang telah melewati proses verifikasi di Unit *Casemix* RSUD Sidoarjo Barat pada periode Oktober–

Desember 2025. Sampel dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan, dengan jumlah sebanyak 98 berkas klaim. Kriteria inklusi meliputi berkas klaim BPJS rawat inap yang telah melalui proses verifikasi, memiliki status *pending* atau layak bayar, serta berasal dari periode Oktober–Desember 2025. Kriteria eksklusi meliputi berkas klaim yang tidak lengkap secara fisik dan berkas yang berada di luar periode penelitian. Pengumpulan data kuantitatif dilakukan melalui observasi dokumen menggunakan checklist KLPCM, checklist kualitas coding, dan checklist verifikasi klaim. Sementara itu, data kualitatif diperoleh melalui wawancara dengan verifikator internal.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Kelengkapan Berkas Rekam Medis (KLPCM)

Tabel 1. Hasil Checklist KLPCM

Item KLPCM	Lengkap		Tidak Lengkap	
	n	%	n	%
Resume Medis	98	100%	0	0%
SEP	98	100%	0	0%
Penunjang	98	100%	0	0%
Billing	98	100%	0	0%

Berdasarkan Tabel 1, hasil pemeriksaan terhadap 98 berkas klaim BPJS rawat inap menunjukkan bahwa seluruh komponen kelengkapan dokumen telah terpenuhi. Komponen yang dinilai meliputi resume medis, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), dokumen penunjang, dan *billing*, yang seluruhnya memiliki tingkat kelengkapan sebesar 100%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa berkas klaim yang diajukan telah memenuhi persyaratan administrasi sebagai dokumen pendukung proses verifikasi. Kelengkapan dokumen rekam medis mempermudah verifikator dalam melakukan pemeriksaan karena seluruh informasi yang dibutuhkan telah tersedia. Sebaliknya, dokumen yang belum lengkap dapat menyebabkan berkas dikembalikan atau menghambat proses penyelesaian klaim [4]. Selain berperan dalam proses pengajuan klaim, kelengkapan rekam medis juga mencerminkan mutu pendokumentasian pelayanan kesehatan.

Ketepatan Koding Diagnosis

Tabel 2. Hasil Checklist Koding Diagnosis

Keterisian Kode	n	%
Terisi	98	100%
Tidak Terisi	0	0%
Kelengkapan Kode		
Lengkap	98	100%
Tidak lengkap	0	0%
Keakuratan Kode		
Akurat	83	85%
Tidak Akurat	15	15%

Hasil pemeriksaan pada Tabel 2, Penilaian koding diagnosis dilakukan berdasarkan aspek keterisian, kelengkapan, dan keakuratan kode. Hasil pemeriksaan terhadap 98 berkas menunjukkan bahwa seluruh kode diagnosis telah terisi dan lengkap dengan persentase 100%. Namun, pada aspek keakuratan masih ditemukan ketidaksesuaian antara kode diagnosis dan diagnosis klinis pasien. Sebanyak 83 berkas (85%) memiliki kode yang akurat, sedangkan 15 berkas (15%) masih belum sesuai. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian kode belum tentu menggambarkan ketepatan proses pengodean [17]. Keakuratan kode diagnosis menjadi dasar dalam proses verifikasi klaim

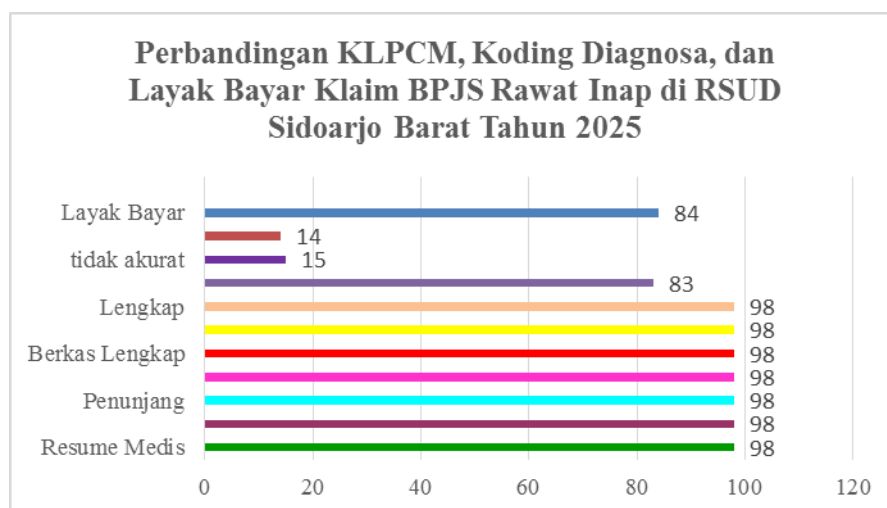
dan penentuan kelompok pembiayaan INA-CBGs [18]. Ketidaktepatan kode dapat dipengaruhi oleh informasi diagnosis yang kurang lengkap maupun pemahaman koder terhadap pedoman pengodean [19].

Status Klaim BPJS Rawat Inap

Tabel 3. Hasil Checklist Status Klaim

Status Klaim	n	%
Pending	14	14%
Layak Bayar	84	86%

Berdasarkan Tabel 3, hasil pemeriksaan status klaim terhadap 98 berkas BPJS rawat inap menunjukkan bahwa 84 berkas (86%) telah dinyatakan layak bayar, sedangkan 14 berkas (14%) masih berstatus *pending*. Hasil tersebut mengindikasikan bahwa sebagian besar berkas telah memenuhi persyaratan yang ditetapkan dalam proses verifikasi klaim. Pada tahap verifikasi, penilaian tidak hanya didasarkan pada kelengkapan dokumen, tetapi juga memperhatikan kesesuaian informasi medis yang tercantum dalam rekam medis [14]. Keberadaan klaim yang masih berstatus *pending* menunjukkan bahwa masih terdapat beberapa aspek yang memerlukan perbaikan sebelum proses klaim dapat diselesaikan. Kondisi tersebut dapat dipengaruhi oleh ketidaksesuaian data medis, dokumen pendukung yang belum sesuai, maupun ketepatan dalam pemberian kode diagnosis dan tindakan [20]. Selain itu, kualitas pengodean diagnosis juga berpengaruh terhadap kelancaran proses verifikasi klaim BPJS [21] [22].



Gambar 1. Hasil Perbandingan Checklist KLPCM, Koding Diagnosa, Dan Layak Bayar

Perbandingan hasil penelitian pada Gambar 1, menunjukkan bahwa kelengkapan dokumen rekam medis telah mencapai 100%. Sementara itu, ketepatan pengodean diagnosis sebesar 85%, sedangkan hasil verifikasi menunjukkan 86% klaim dinyatakan layak bayar dan 14% masih berstatus *pending*. Temuan tersebut mengindikasikan bahwa kelengkapan dokumen saja belum cukup apabila masih ditemukan ketidaktepatan dalam proses pengodean diagnosis.

. cci 98 15 14 84

	Exposed	Unexposed	Total	Proportion exposed
Cases	98	15	113	0.8673
Controls	14	84	98	0.1429
Total	112	99	211	0.5308
	Point estimate		[95% conf. interval]	
Odds ratio	39.2		16.81779	92.99329 (exact)
Attr. frac. ex.	.9744898		.9405391	.9892465 (exact)
Attr. frac. pop	.8451327			

chi2(1) = 110.58 Pr>chi2 = 0.0000

Gambar 2. Hasil Analisis Odds Ratio Menggunakan Stata

Berdasarkan Gambar 2, hasil analisis Odds Ratio (OR) menunjukkan nilai OR sebesar 39,2 (95% CI: 16,82–92,99; $p = 0,000$). Hasil tersebut menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara keakuratan koding diagnosis dengan status klaim BPJS rawat inap. Ketidakeakuratan koding diagnosis berhubungan dengan meningkatnya kemungkinan terjadinya pending klaim. Temuan ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa ketidaktepatan kode diagnosis merupakan salah satu penyebab utama pending klaim BPJS. Keakuratan kode diagnosis berperan penting dalam proses verifikasi karena menjadi dasar penentuan kelompok pembiayaan INA-CBGs [8].

4. KESIMPULAN

Kelengkapan dokumen rekam medis pada berkas klaim BPJS rawat inap di RSUD Sidoarjo Barat telah memenuhi persyaratan yang diperlukan dalam proses pengajuan dan verifikasi klaim. Meskipun demikian, masih ditemukan ketidaktepatan dalam pengodean diagnosis yang dapat berkontribusi terhadap terjadinya *pending claim*. Hal ini menunjukkan bahwa kelengkapan dokumen perlu diikuti dengan ketepatan dalam proses pengodean agar informasi klinis yang digunakan dalam klaim sesuai dengan kondisi pasien.

Berdasarkan hasil penelitian, aspek medis menjadi faktor yang paling dominan dalam terjadinya *pending claim*, terutama yang berkaitan dengan ketepatan diagnosis dan pengodean. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan ketelitian petugas dalam melakukan pengodean, evaluasi kode secara berkala, serta koordinasi antara petugas terkait untuk mendukung ketepatan verifikasi dan mengurangi terjadinya *pending claim* BPJS.

ACKNOWLEDGEMENTS

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada pihak RSUD Sidoarjo Barat yang telah memberikan izin dan dukungan selama proses penelitian, kepada Universitas Muhammadiyah Sidoarjo yang telah memberikan fasilitas dan kesempatan dalam pelaksanaan studi, serta kepada dosen pembimbing dan semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan penelitian ini.

REFERENCES

- [1] U. K. Nisak, L. R. Ilmi, N. I. Natasya, C. A. Kinanthi, and C. Cholifah, "Transforming Medical Records Into Actionable Insights Through Data Visualization Dashboards," *Journal of Social Community Services (JSCS)*, Vol. 2, No. 1, pp. 34–41, Dec. 2024.
- [2] K. E. M. Msiska, A. Kunitawa, and B. Kumwenda, "Factors Affecting the Utilisation of Electronic Medical Records System in Malawian Central Hospitals," *Malawi Medical Journal*, Vol. 29, No. 3, 2017.
- [3] BPJS Kesehatan, "Petunjuk Teknis Penjaminan Pelayanan Kesehatan dengan Asuransi Kesehatan Tambahan dalam Program Jaminan Kesehatan," 2020.

- [4] N. K. Ningtyas, S. Sugiarsi, and A. S. Wariyanti, “Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten,” Vol. 4, No. 1, pp. 1–11, 2019.
- [5] P. Laili Rahmatul Ilmi and Lau Lee Yen Rachmani, “Tinjauan Kelengkapan Kode Kasus Kecelakaan dan ...,” Proceeding Seminar Nasional DPP PORMIKI, 2020.
- [6] L. R. Ilmi and I. R. Sayekti, “The Design of Discharge Summary for Patients of Continuous Care,” Vol. 514, No. ICOSHIP 2020, pp. 210–215, 2021.
- [7] L. R. Ilmi and Z. Purbobinuko, “Penentu Penyebab Kematian di RSUD Panembahan Senopati Bantul: Miscoding Berdampak pada Laporan Statistik Kematian,” Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, Vol. 8, No. 1, p. 86, 2020.
- [8] O. Oktamianiza, R. Rahmadhani, Y. Yulia, V. Ilahi, K. A. Putri, and F. S. Juwita, “Penyebab Pending Klaim Berdasarkan Aspek Diagnosis dan Ketepatan Kode Diagnosis,” J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, Vol. 5, No. 4, pp. 282–287, Jul. 2024.
- [9] R. Tuzzahra, A. O. Hakim, D. Romodon, and G. Gunawan, “Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD Majenang,” J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, Vol. 6, No. 1, pp. 29–39, Dec. 2024.
- [10] B. Wahyudi and K. Mulyani, “Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Rawat Inap dalam Rangka Mengoptimalkan Pendapatan di RSUD Banten,” Action Research Literate, Vol. 8, No. 12, 2024.
- [11] E. S. Maulida and A. Djunawan, “Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga,” Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, Vol. 21, No. 6, pp. 374–379, Dec. 2022.
- [12] H. Meissner, J. Creswell, A. C. Klassen, V. Plano, and K. C. Smith, “Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences.”
- [13] S. L. Stick and N. Lincoln, “Using Mixed-Methods Sequential Explanatory Design: From Theory to Practice,” Vol. 18, No. 1, pp. 3–20, 2006.
- [14] G. Alfiansyah, P. N. Jember, P. N. Jember, M. W. Santi, and P. N. Jember, “Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Citra Husada Jember,” 2019.
- [15] M. Puspitaningsih, C. Suryawati, and S. P. Arso, “Evaluasi Administrasi Klaim BPJS Kesehatan dalam Menurunkan Klaim,” Jurnal Ilmiah Indonesia, Vol. 7, No. 8.5.2017, pp. 2003–2005, 2022.
- [16] L. W. Noviatr, “Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho,” Vol. 1, No. 1, pp. 22–26, 2016.
- [17] V. Alonso et al., “Health Records as the Basis of Clinical Coding: Is the Quality Adequate? A Qualitative Study of Medical Coders’ Perceptions,” Health Information Management Journal, Vol. 49, No. 1, pp. 28–37, 2020.
- [18] J. Shephard, “Clinical Coding and the Quality and Integrity of Health Data,” Vol. 49, No. 1, pp. 3–4, 2020.
- [19] C. Opitasari and A. Nurwahyuni, “The Completeness and Accuracy of Clinical Coding for Diagnosis and Medical Procedure on the INA-CBGs Claim Amounts at a Hospital in South Jakarta,” Vol. 9, No. 1, pp. 14–18, 2018.
- [20] D. W. Bratzler et al., “An Administrative Claims Model for Profiling Hospital 30-Day Mortality Rates for Pneumonia Patients,” Vol. 6, No. 4, 2011.
- [21] C. Doktorchik, M. Lu, H. Quan, C. Ringham, and C. Eastwood, “A Qualitative Evaluation of Clinically Coded Data Quality from Health Information Manager Perspectives,” Health Information Management Journal, Vol. 49, No. 1, pp. 19–27, 2020.

- [22] B. Garret and Gangopadhyaya, “How the COVID-19 Recession Could Affect Health Insurance Coverage,” 2020.

BIOGRAPHIES OF AUTHORS

	Lidia Lorenza, Mahasiswa Program Studi D4 Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Jawa Timur.
	Laili Rahmatul Ilmi, A.Md., S.KM., MPH, Dosen Prodi D4 Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Jawa Timur.
	Dr. Umi Khoirun Nisak, S.KM., M.Epid. Dosen Prodi D4 Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Jawa Timur.