



Akurasi Pengkodean Diagnosis dan Prosedur Medis serta Implikasinya terhadap Klaim JKN di RSUD Pandan Arang

Anton Susanto^{1*}, Galih Maheswari Candraningtyas², Agus Trijono³

¹⁻² Universitas Duta Bangsa Surakarta

³Rumah Sakit Umum Daerah dr.Soehadi Prijonegoro Sragen

Alamat: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa Jl. KH. Samanhudi, No. 93, Sondakan, Laweyan, Surakarta

Korespondensi penulis: anton_susanto@udb.ac.id

Abstract: *The National Health Insurance (JKN) program requires accurate coding of diagnoses and medical procedures for claims submission under the INA-CBGs payment system. This study aims to analyze the accuracy of diagnosis and procedure coding and its impact on claim verification and payment status at Pandan Arang Regional Hospital, Boyolali. A descriptive qualitative method with a retrospective approach was applied to 100 randomly selected inpatient claim files from January to March 2023. Results showed that 18% of diagnosis codes and 1% of procedure codes were inaccurate, leading to pending claim statuses with a total unreimbursed amount of IDR 286,930,600. Common coding errors included incorrect code selection, misidentification of the principal diagnosis, and inappropriate use of multiple and combination codes. These inaccuracies caused delays in verification, disrupted hospital cash flow, and increased administrative workload. The findings highlight the urgent need for continuous training, regular coding audits, and strengthened collaboration between medical and coding teams to enhance coding quality and ensure the effectiveness of the JKN claim process.*

Keywords: *claim verification, coding accuracy, health insurance, INA-CBGs, JKN claims*

Abstrak: Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menuntut keakuratan pengkodean diagnosis dan prosedur medis dalam klaim INA-CBGs. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis tingkat akurasi dan ketidakakuratan pengkodean diagnosis dan prosedur medis, serta dampaknya terhadap status verifikasi dan pembayaran klaim JKN di RSUD Pandan Arang Boyolali. Penelitian menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan pendekatan retrospektif terhadap 100 berkas klaim rawat inap yang dipilih secara acak dari periode Januari–Maret 2023. Hasil menunjukkan bahwa 18% kode diagnosis dan 1% kode prosedur tidak akurat, yang berdampak pada status klaim menjadi pending dengan nilai pembiayaan sebesar Rp 286.930.600. Kesalahan umum meliputi salah pemilihan kode, reseleksi diagnosis utama, dan penggunaan kode kombinasi serta multiple yang tidak sesuai. Ketidakakuratan ini memperlambat verifikasi, mengganggu arus kas rumah sakit, serta meningkatkan beban kerja administratif. Implikasi dari temuan ini menekankan pentingnya pelatihan berkelanjutan, audit kode secara berkala, dan penguatan kolaborasi antara tim medis dan coder untuk meningkatkan mutu pengkodean serta menjamin keberhasilan proses klaim JKN.

Kata kunci: akurasi pengkodean, BPJS Kesehatan, INA-CBGs, klaim JKN, verifikasi klaim

1. LATAR BELAKANG

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan merupakan program strategis pemerintah dalam menyediakan layanan kesehatan yang merata dan terjangkau bagi seluruh masyarakat Indonesia (Ade Rizky Anantya et al., 2024)(Amran, 2023). Dalam pelaksanaannya, sistem pembayaran JKN menggunakan metode Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs), yang menuntut setiap rumah sakit untuk melakukan pengkodean diagnosis dan prosedur medis secara akurat menggunakan standar internasional seperti ICD-10. Akurasi pengkodean menjadi aspek krusial karena secara langsung memengaruhi klaim pembiayaan yang diajukan rumah sakit kepada BPJS Kesehatan(Susanto & Pribadi, 2023).

Meski sistem pengkodean telah diatur dengan standar yang jelas, praktik di lapangan menunjukkan masih banyak tantangan yang dihadapi. Rumah sakit sering mengalami kesulitan dalam memastikan bahwa pengkodean diagnosis dan prosedur telah dilakukan secara tepat. Beberapa kendala seperti keterbatasan sumber daya manusia, pelatihan yang belum optimal, dan kompleksitas kasus medis menjadi faktor utama yang menyebabkan ketidaktepatan pengkodean (Suryandari et al., 2024) (Santiasih et al., 2021). Laporan Departemen Kesehatan RI (2008) mengungkapkan bahwa sekitar 65% rumah sakit peserta INA-CBGs belum sepenuhnya menerapkan standar pengkodean dengan benar. Penelitian (Windari & Kristijono, 2016) menemukan tingkat akurasi pengkodean diagnosis dan prosedur hanya mencapai 74,67%, sedangkan (Dwi Septianis, 2010) (Maryati et al., 2021) mencatat bahwa ketidaksesuaian antara nilai klaim dan biaya aktual pelayanan dapat merugikan finansial rumah sakit. Penelitian (Yuniati, 2017) di Rumah Sakit Pemerintah X di Kota Semarang juga menunjukkan bahwa kesalahan pengkodean berdampak pada penurunan pendapatan rumah sakit hingga 4,04% dari total klaim yang seharusnya diterima.

Temuan dari studi pendahuluan di RSUD Pandan Arang Boyolali pada Januari 2023 menunjukkan adanya 87 kasus klaim rawat inap yang masih tertunda, dan 45,98% di antaranya disebabkan oleh permasalahan dalam proses pengkodean. Hal ini menegaskan bahwa akurasi pengkodean merupakan aspek penting yang belum optimal dan perlu mendapatkan perhatian lebih serius. Kesenjangan antara regulasi dan praktik pengkodean yang akurat inilah yang menjadi dasar urgensi penelitian ini. Belum banyak penelitian yang secara spesifik mengkaji dampak akurasi pengkodean terhadap terhadap Status Verifikasi dan Pembayaran Klaim JKN di rumah sakit daerah, khususnya di RSUD Pandan Arang Boyolali. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur persentase akurasi dan ketidakakuratan pengkodean diagnosis dan prosedur dalam berkas klaim yang diajukan serta menganalisis Dampak Akurasi Pengkodean Diagnosis dan Prosedur terhadap Status Verifikasi dan Pembayaran Klaim JKN Di RSUD Pandan Arang Boyolali

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan metode retrospektif, yang bertujuan untuk menganalisis keakuratan pengkodean diagnosis dan prosedur medis pada klaim BPJS rawat inap di RSUD Pandan Arang Boyolali. Populasi penelitian mencakup seluruh berkas klaim BPJS rawat inap periode Januari–Maret 2023 sebanyak 2.635 berkas. Sampel ditentukan menggunakan rumus Slovin, sehingga diperoleh

100 berkas yang dipilih secara simple random sampling. Data primer diperoleh melalui observasi langsung terhadap berkas klaim serta wawancara dengan kepala ruang dan petugas coding di Instalasi Penjaminan. Data sekunder mencakup profil rumah sakit, data statistik, dan SOP pengelolaan klaim. Teknik pengumpulan data meliputi observasi dan wawancara mendalam guna menggali informasi terkait praktik pengkodean dan tantangan verifikasi klaim. Data dianalisis secara kualitatif, melalui proses pengumpulan, reduksi, penyajian, dan penarikan kesimpulan secara sistematis, sehingga menghasilkan temuan yang relevan dan dapat digunakan sebagai dasar perbaikan mutu pengelolaan klaim. (Sugiyono, 2016)

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Keakuratan dan Ketidakakuratan Kode Diagnosis dan Prosedur pada Berkas Klaim di RSUD Pandan Arang Boyolali

1. Keakuratan dan Ketidakakuratan Kode Diagnosis

Keakuratan pengkodean diagnosis dalam berkas klaim BPJS memiliki peran yang sangat vital dalam memastikan kelancaran proses klaim dan pembayaran oleh BPJS Kesehatan. Proses pengkodean yang akurat memastikan bahwa klaim yang diajukan oleh rumah sakit sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan, baik oleh BPJS Kesehatan maupun oleh standar internasional seperti ICD-10 (*International Classification of Diseases, 10th Edition*). Kesalahan dalam pengkodean dapat menyebabkan klaim mengalami penolakan atau keterlambatan dalam pembayaran, yang tentunya berdampak buruk pada arus kas rumah sakit dan dapat mengganggu keberlanjutan operasional rumah sakit tersebut (Tuzzahra et al., 2024).

ICD-10, yang merupakan sistem klasifikasi internasional yang digunakan untuk pengkodean diagnosis medis, menyediakan kode yang sangat rinci untuk berbagai kondisi medis. Keakuratan dalam pengkodean diagnosis yang sesuai dengan ICD-10 sangat penting untuk memastikan bahwa rumah sakit mendapatkan reimbursements yang tepat dan sesuai dengan layanan yang diberikan kepada pasien (Zafirah et al., 2018). Kode yang salah atau tidak sesuai dapat menyebabkan klaim tidak diterima oleh BPJS, yang akhirnya mengharuskan rumah sakit untuk melakukan revisi, menyebabkan keterlambatan dalam pembayaran, dan meningkatkan beban administrasi yang tidak perlu (Maulida & Djunawan, 2022) (Susanto & Pribadi, 2023).

Berdasarkan hasil analisis terhadap 100 sampel berkas klaim yang diajukan Oleh RSUD Pandan Arang Boyolali Kepada BPJS pada periode Januari-Maret 2023, ditemukan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.1 Keakuratan Kode Diagnosis

No	Kode Diagnosis	Jumlah	Persentase
1	Akurat	82	82%
2	Tidak Akurat	18	18%
Total		100	100%

Dari 100 berkas klaim yang dianalisis, sebanyak 82 berkas klaim (82%) menggunakan kode diagnosis yang akurat, sementara 18 berkas klaim (18%) mengalami ketidakakuratan kode diagnosis yang mengakibatkan klaim tersebut pending.

Kode diagnosis yang akurat memastikan bahwa rumah sakit mendapatkan pembayaran yang sesuai dengan pelayanan yang diberikan, serta memastikan data medis yang tercatat pada klaim sesuai dengan kondisi pasien yang sesungguhnya. Oleh karena itu, keakuratan kode diagnosis sangat penting untuk meminimalkan masalah dalam proses klaim dan mempercepat penggantian biaya rumah sakit.

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa sebanyak 18% dari total 100 berkas klaim mengalami ketidakakuratan dalam pengkodean diagnosis, yang berarti terdapat 18 berkas yang tidak sesuai dengan standar pengkodean ICD-10. Ketidakakuratan kode diagnosis ini dapat menimbulkan konsekuensi serius, baik terhadap kelancaran proses klaim BPJS Kesehatan maupun keakuratan data klinis dan administratif rumah sakit. Faktor penyebab kesalahan pengkodean tersebut beragam, mulai dari kesalahan dalam memilih kode diagnosis yang sesuai, hingga ketidaktepatan dalam penggunaan kode kombinasi maupun kode multiple untuk kasus dengan diagnosis kompleks.

Distribusi jenis penyebab ketidakakuratan kode diagnosis yang teridentifikasi dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2 klasifikasi Ketidakakuratan Kode Diagnosis

No	Penyebab Ketidakakuratan	Jumlah	Persentase (%)
1	Kesalahan Pemilihan Kode	7	38.89%
2	Reseleksi DU (Diagnosis Utama yang Salah)	7	38.89%
3	Penggunaan Kode Multiple yang Salah	2	11.11%
4	Penggunaan Kode Kombinasi yang Salah	2	11.11%
Total		18	100%

Hasil analisis terhadap Tabel 4.2 menunjukkan bahwa ketidakakuratan dalam pengkodean diagnosis masih menjadi persoalan signifikan dalam proses klaim pelayanan kesehatan di rumah sakit. Empat jenis kesalahan yang teridentifikasi yaitu: salah kode, penggunaan kode multiple, penggunaan kode kombinasi, dan reseleksi diagnosis utama (DU). Kesalahan-kesalahan ini tidak hanya berdampak pada ketepatan klaim BPJS Kesehatan, tetapi juga mencerminkan lemahnya sistem validasi internal terhadap dokumentasi rekam medis.

1. Salah Kode (*Mis-coding*)

Salah kode terjadi saat kode diagnosis yang digunakan tidak sesuai dengan kondisi klinis dan prosedur yang sebenarnya. Misalnya pada kasus persalinan yang dilakukan secara induksi, diagnosis yang tepat adalah O83.9 (*Assisted single delivery, unspecified*), namun RS menggunakan O80.9 (*Single spontaneous delivery, unspecified*). Ini merupakan bentuk kesalahan klasifikasi yang dapat menimbulkan mismatch dalam sistem INA-CBGs, yang pada akhirnya berisiko menyebabkan pending claim atau pengembalian klaim oleh BPJS.

Dalam studi yang dilakukan oleh (Pratama et al., 2023) disebutkan bahwa salah satu penyebab tingginya angka klaim pending adalah karena ketidaksesuaian kode diagnosis dengan prosedur yang dilaporkan oleh rumah sakit. Ketidaktepatan ini seringkali disebabkan oleh ketidakharmonisan antara dokumentasi klinis oleh dokter dan interpretasi coder (Oktamianiza et al., 2024)

2. Penggunaan Kode Multiple (*Multiple Coding Inaccuracy*)

Pada kategori ini, ketidakakuratan terjadi karena kode diagnosis dicatat secara terpisah padahal semestinya digabung sebagai satu entitas multiple fracture. Sebagai contoh, RS mencatat S02.6 (*Open fracture of mandible*) dan S02.90 (*Open fracture of skull and facial bones, unspecified*) secara terpisah, sementara seharusnya cukup dikodekan dengan S02.70 (*Open multiple fractures involving skull and facial bones*). Menurut standar ICD-10, penggunaan kode multiple dianjurkan bila fraktur terjadi pada lebih dari satu lokasi yang berdekatan atau pada sistem tubuh yang sama (World Health Organization, 2019).

Berdasarkan pedoman pengkodean ICD-10 yang diterbitkan oleh WHO (2019), penggunaan kode multiple dianjurkan apabila fraktur terjadi pada lebih dari satu lokasi yang berdekatan dalam sistem tubuh yang sama. Kesalahan dalam menerapkan prinsip ini tidak hanya berdampak pada kualitas data, tetapi juga dapat menimbulkan bias dalam estimasi biaya pelayanan karena sistem pembiayaan seperti INA-CBGs sangat bergantung pada keakuratan kode diagnosis dan prosedur (World Health Organization, 2019).

3. Penggunaan Kode Kombinasi (*Combination Code Misuse*)

Penggunaan kode kombinasi diperlukan ketika suatu kondisi klinis melibatkan dua atau lebih diagnosis yang memiliki keterkaitan erat, dan telah disediakan satu kode tunggal (*combination code*) dalam sistem ICD-10. Tujuan dari penggunaan kode kombinasi adalah

untuk merepresentasikan kondisi klinis secara komprehensif dan mencegah fragmentasi data diagnosis.

Dalam temuan studi ini, terdapat kasus pasien dengan diagnosis gagal ginjal kronik stadium 5 (N18.5) dan edema paru (J81) yang dikodekan secara terpisah. Padahal, berdasarkan kajian klinis dan kaidah pengkodean, kondisi ini sering kali merupakan manifestasi dari gagal jantung kiri (I50.1 - *Left ventricular failure*) yang menyebabkan peningkatan tekanan vena pulmonalis dan akhirnya menimbulkan edema paru (Lilly, 2016) Dengan demikian, penggunaan kode I50.1 sebagai kode kombinasi lebih tepat dan sesuai dengan prinsip kausalitas diagnosis.

Menurut ICD-10 Volume 2: Instruction Manual yang diterbitkan oleh World Health Organization (World Health Organization, 2019) dalam kasus-kasus di mana satu kode telah disediakan untuk mencerminkan dua kondisi yang secara klinis berkaitan erat, maka kode kombinasi harus digunakan untuk menghindari redundansi dan menjaga akurasi pelaporan statistik penyakit. Selain itu, dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Based Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, dijelaskan bahwa kelengkapan dan ketepatan kode diagnosis menjadi bagian penting dalam proses klaim pembiayaan layanan kesehatan. Kesalahan dalam penggunaan kode dapat berdampak pada penolakan klaim atau ketidaksesuaian tarif INA-CBG.

Penggunaan kode kombinasi secara benar tidak hanya mendukung efisiensi proses verifikasi klaim JKN, tetapi juga penting dalam menjaga integritas data rekam medis dan akurasi epidemiologis. Kesalahan dalam pengkodean seperti ini dapat berdampak pada ketidakakuratan data morbiditas dan potensi klaim tidak valid oleh BPJS Kesehatan.

4. Reseleksi Diagnosis Utama (Diagnosis Re-selection)

Penentuan diagnosis utama yang tepat merupakan komponen krusial dalam sistem pengkodean diagnosis berbasis INA-CBGs, karena berdampak langsung pada klasifikasi kelompok tarif, keakuratan biaya, dan keadilan dalam sistem pembayaran. Diagnosis utama didefinisikan sebagai kondisi yang paling bertanggung jawab atas perlunya perawatan di rumah sakit dan harus didasarkan pada evaluasi klinis menyeluruh, termasuk riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, laboratorium, dan intervensi medis selama perawatan (World Health Organization, 2019)

Dalam temuan penelitian ini, diagnosis utama awal yang dicatat adalah I13.2 (*Hypertensi ve heart and renal disease with both (congestive) heart failure and renal failure*).

Namun setelah dilakukan telaah ulang terhadap ringkasan medis, kronologi masuk rumah sakit, dan hasil pemeriksaan penunjang, diketahui bahwa kondisi akut yang menyebabkan perawatan adalah stroke iskemik (I63.8 - *Other cerebral infarction*). Hal ini menunjukkan ketidaktepatan dalam seleksi diagnosis utama yang dapat berdampak pada pengelompokan INA-CBGs yang tidak sesuai, serta mengganggu validitas klaim.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman INA-CBGs dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, disebutkan bahwa ketepatan kode diagnosis menjadi bagian integral dalam pengelompokan kasus dan penetapan tarif pembayaran. Oleh karena itu, diagnosis utama harus dipilih berdasarkan dokumentasi medis yang akurat dan sesuai dengan kondisi yang secara klinis paling memengaruhi perawatan dan pembiayaan.

B. Keakuratan dan Ketidakakuratan Prosedur pada Berkas Klaim di RSUD Pandan Arang Boyolali

Keakuratan kode prosedur dalam penelitian ini dievaluasi berdasarkan kesesuaian dengan ICD-9-CM edisi tahun 2010 dan Berita Acara Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan. Penilaian dilakukan terhadap 100 sampel berkas klaim pasien rawat inap yang diperoleh pada periode Januari hingga Maret 2023.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa dari keseluruhan sampel, 99 berkas (99%) telah menggunakan kode prosedur yang akurat, sedangkan 1 berkas (1%) ditemukan mengalami ketidakakuratan dalam pengkodean. Rincian distribusi tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.3. Keakuratan Kode Prosedur

No	Kode Prosedur	Jumlah	Persentase (%)
1	Akurat	99	99%
2	Tidak Akurat	1	1%
Total		100	100%

Tingkat keakuratan yang sangat tinggi ini mencerminkan bahwa sebagian besar tenaga kodifikasi di rumah sakit telah memiliki pemahaman yang baik terhadap prinsip-prinsip pengkodean prosedur medis sesuai dengan standar yang berlaku. Hal ini turut menunjukkan adanya komitmen terhadap akurasi dokumentasi klinis dan administratif, yang sangat penting dalam menjamin keberhasilan proses klaim dan validitas data pelayanan kesehatan.

Meskipun demikian, keberadaan satu kasus ketidakakuratan tetap perlu mendapat perhatian. Kesalahan ini terjadi akibat pemilihan kode prosedur yang tidak sesuai dengan jenis dan lokasi tindakan medis yang sebenarnya dilakukan. Dalam kasus tersebut, tindakan

medis dilakukan pada area hidung, namun kode yang digunakan justru mengacu pada tindakan revisi flap graft, yang secara anatomi maupun jenis tindakan berbeda secara signifikan. Sesuai pedoman ICD-9-CM, kode prosedur harus mencerminkan secara spesifik lokasi anatomi dan jenis tindakan utama yang dilakukan terhadap pasien. Oleh karena itu, ketidaksesuaian ini menunjukkan adanya kelemahan dalam proses identifikasi tindakan maupun dalam ketelitian pemilihan kode.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Maryati et al.,(2020) Ibrahim et al., (2024) yang menyebutkan bahwa salah satu penyebab utama ketidakakuratan pengkodean prosedur adalah kurang detailnya dokumentasi medis serta pemahaman yang belum optimal dari petugas kodefikasi terhadap struktur dan logika pengkodean dalam ICD-9-CM. Oleh karena itu, untuk menjaga dan meningkatkan akurasi, disarankan agar dilakukan audit internal secara berkala, pelatihan lanjutan bagi petugas kodefikasi, serta penguatan koordinasi antara tenaga medis dan tim pengkode.

C. Dampak Akurasi Pengkodean Diagnosis dan Prosedur terhadap Status Verifikasi dan Pembayaran Klaim JKN Di RSUD Pandan Arang Boyolali

Akurasi pengkodean diagnosis dan prosedur medis memiliki dampak signifikan terhadap proses verifikasi dan kelayakan klaim dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Ketepatan kode berpengaruh langsung terhadap validitas data, kelayakan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, serta efisiensi administratif rumah sakit (Utami et al., 2024)(Tesyra & Suryani, 2024). Pengkodean yang akurat memastikan klaim dapat diproses dan dibayarkan tepat waktu, sedangkan kesalahan pengkodean berpotensi menyebabkan klaim tertunda (*pending*) atau bahkan ditolak.

Hasil penelitian menunjukkan rincian dampak akurasi pengkodean terhadap status klaim dan nominal pembiayaan sebagai berikut:

Tabel 4.5 Dampak Akurasi Pengkodean terhadap Klaim Pembiayaan

	Kode Diagnosis	Kode Prosedur	Status Verifikasi	Klaim Pembiayaan
Akurat	82	99	Layak	Rp 559.299.100
Tidak Akurat	18	1	Pending	Rp 286.930.600
	Total (100)	Total (100)		Rp 846.159.700

Dari 100 berkas klaim yang dianalisis, ditemukan sebanyak 19 berkas (19%) mengalami ketidakakuratan kode, yaitu 18 kasus pada kode diagnosis dan 1 kasus pada kode prosedur. Seluruh berkas tersebut berujung pada status klaim *pending*, dengan total nominal pembiayaan yang belum dapat dibayarkan oleh BPJS sebesar **Rp 286.930.600**. Temuan ini menunjukkan bahwa akurasi pengkodean sangat memengaruhi kelancaran proses verifikasi

klaim, terutama dalam sistem INA-CBGs (Indonesian Case-Based Groups), di mana sistem pembiayaan dilakukan secara paket berdasarkan diagnosis utama dan prosedur utama. Kesalahan pengkodean dapat menyebabkan ketidaksesuaian dalam grup INA-CBGs, yang kemudian menyebabkan sistem verifikasi BPJS menolak atau menunda klaim (BPJS Kesehatan, 2021; Suryani & Heryanto, 2021).

Menurut Puspitasari et al., (2024) ketidakakuratan kode diagnosis atau prosedur sering kali disebabkan oleh ketidaksesuaian antara dokumentasi klinis dengan pemahaman coder terhadap standar pengkodean, seperti ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk prosedur. Hal ini sejalan dengan World Health Organization, (2019) yang menekankan pentingnya keterampilan teknis petugas kodefikasi dan validasi internal rumah sakit untuk menjaga akurasi data klaim.

Dampak finansial akibat klaim pending tidak hanya mengganggu arus kas rumah sakit, tetapi juga menambah beban kerja administratif karena petugas harus melakukan revisi kode dan pengajuan ulang klaim (Ais & Akharruddin, 2024). Jika tidak segera diperbaiki, hal ini dapat mempengaruhi *performance indicator* rumah sakit dalam pengelolaan keuangan dan klaim BPJS. Untuk meningkatkan mutu pengkodean diagnosis dan prosedur dalam proses klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), diperlukan strategi yang terintegrasi dan berkelanjutan, antara lain melalui audit kode secara rutin serta validasi dokumen medis sebelum pengajuan klaim guna memastikan kesesuaian data dengan standar pengkodean dan kondisi klinis pasien. Pelatihan berkala bagi tenaga kodefikasi mengenai penerapan ICD-10 dan ICD-9-CM sesuai pedoman WHO juga penting untuk memperkuat kompetensi teknis dan analisis kode. Selain itu, penguatan koordinasi antara dokter penanggung jawab pelayanan dan tim pengkode diperlukan untuk menjamin konsistensi antara dokumentasi klinis dan kode yang digunakan. Implementasi sistem *Clinical Documentation Improvement* (CDI) turut berperan dalam meningkatkan kualitas dokumentasi medis melalui pendekatan kolaboratif dan edukatif, sehingga menghasilkan rekam medis yang lengkap, akurat, dan mendukung kelancaran verifikasi klaim. Dengan upaya-upaya tersebut, diharapkan tingkat ketepatan pengkodean meningkat, yang pada akhirnya akan memperlancar proses verifikasi klaim dan meminimalkan potensi kerugian finansial akibat klaim pending.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian terhadap keakuratan pengkodean diagnosis dan prosedur pada berkas klaim JKN di RSUD Pandan Arang Boyolali, dapat disimpulkan bahwa masih

terdapat ketidakakuratan dalam pengkodean diagnosis sebesar 18% dan pada prosedur sebesar 1%, yang berdampak langsung pada status verifikasi klaim dan keterlambatan pembayaran oleh BPJS Kesehatan. Ketidakakuratan ini menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar proses pengkodean telah berjalan sesuai standar, masih diperlukan upaya peningkatan kompetensi petugas kodefikasi dan perbaikan sistem dokumentasi medis untuk memastikan kesesuaian antara kondisi klinis pasien dan kode yang digunakan. Ketepatan pengkodean terbukti berpengaruh terhadap kelayakan dan kelancaran proses klaim, di mana seluruh klaim yang tidak akurat berakhir pada status pending dengan nilai pembiayaan yang cukup besar. Oleh karena itu, disarankan agar rumah sakit melakukan audit kode secara berkala, menyelenggarakan pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kodefikasi, memperkuat koordinasi antara tenaga medis dan tim pengkode, serta mempertimbangkan implementasi sistem *Clinical Documentation Improvement* (CDI) untuk meningkatkan kualitas dokumentasi dan akurasi klaim. Upaya-upaya tersebut diharapkan dapat meminimalkan risiko klaim tertunda serta mendukung keberlangsungan pelayanan dan stabilitas keuangan rumah sakit.

DAFTAR REFERENSI

- Ade Rizky Anantya, Saragih, N. C., Lumban Raja, O., & Berlianti, B. (2024). Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai salah satu bentuk pelayanan publik. *Sosial: Jurnal Ilmiah Pendidikan IPS*, 2(4), 131–136. <https://doi.org/10.62383/sosial.v2i4.490>
- Ais, P. L. R., & Akharruddin, A. (2024). Analisis pending claim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) rawat jalan pada Rumah Sakit Petrokimia Gresik. *MES Management Journal*, 3(3). <https://doi.org/10.56709/mesman.v3i3.615>
- 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>
- Dwi Septianis. (2010). Perbandingan biaya pelayanan tindakan medik operatif terhadap tarif INA-DRG pada program Jamkesmas di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 13(3).
- Ibrahim, M. M., Anafiah, F., Novira, L., & Rahmania, G. (2024). Analisis faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis klaim BPJS pasien rawat inap (literature review). *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 3(1), 25–31. (Perlu konfirmasi jurnal/DOI)
- Lilly, L. S. (2016). *Pathophysiology of heart disease: A collaborative project of medical students and faculty* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Maryati, W., Rahayuningrum, I. O., & Sari, N. P. (2020). Dampak beban kerja coder yang tinggi terhadap ketidakakuratan kode diagnosis. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 8(1), 49. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v8i1.252>

- Maryati, W., Yuliani, N., Susanto, A., Wannay, A. O., & Justika, A. I. (2021). Reduced hospital revenue due to error code diagnosis in the implementation of INA-CBGs. *International Journal of Public Health Science*, 10(2), 354. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v10i2.20690>
- 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>
- Oktamianiza, O., Rahmadhani, R., Yulia, Y., Ilahi, V., Putri, K. A., & Juwita, F. S. (2024). Penyebab pending klaim berdasarkan aspek diagnosis dan ketepatan kode diagnosis. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 5(4), 282–287. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v5i4.4884>
- 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. *JIPIKI*, 8(1), 124–134. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v8i1.1225>
- Puspitasari, S., Hidayat, A. D., & Pangestuti, A. (2024). Analysis of the accuracy of diagnosis and action codification with reconfirmation of BPJS inpatient patient claims for the January–April period of 2024 at SLG Kediri Hospital. (*No journal volume info—perlu dilengkapi atau konfirmasi*)
- Santiasih, W. A., Simanjorang, A., & Satria, B. (2021). Analisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai. *Jurnal Manajemen Rumah Sakit*, 7(2). (*Perlu DOI*)
- Sugiyono, S. (2016). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, R&D* (Cetakan ke-11). Alfabeta.
- Suryandari, E. S. D. H., Setyawati, F. E., Gunawan, Sangkot, H. S., & Wijaya, A. (2024). Faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis penyakit pasien rawat inap di Rumah Sakit X. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*, 12(2), Article 2. <https://doi.org/10.37824/jkqh.v12i2.2024.645>
- Susanto, A., & Pribadi, F. (2023). Clinical coding error with potential loss of hospital income during implementation of the Indonesian case base groups casemix system. *Archives of Business Research*, 11(1), Article 1. <https://doi.org/10.14738/abr.111.12755>
- Tesya, L., & Suryani, A. I. (2024). Dampak ketepatan kodifikasi penyakit terhadap klaim rawat jalan peserta BPJS di RSUD Kesehatan Kerja Provinsi Jawa Barat. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(3), 4718–4723. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v8i3.33713>
- Tuzzahra, R., Hakim, A. O., Romodon, D., & Gunawan, G. (2024). 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*, 6(1), 29–39. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v6i1.5469>

- Utami, S. E., Daniyah, R., & Kewa Narek, A. (2024). Optimalisasi proses kodefikasi klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di RS Permata Bunda Malang. *JRMIK*, 5(2), 28–40. <https://doi.org/10.58535/jrmik.v5i2.70>
- Windari, A., & Kristijono, A. (2016). Analisis ketepatan koding yang dihasilkan koder di RSUD Ungaran. *Jurnal Riset Kesehatan*, 5(1), 35–39. <https://doi.org/10.31983/jrk.v5i1.717>
- World Health Organization. (2019). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems: Instruction manual*. <https://iris.who.int/handle/10665/42980>
- Yuniati, D. (2017). Analisis hasil koding yang dihasilkan oleh coder di rumah sakit pemerintah X di Kota Semarang tahun 2012. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(4). <https://doi.org/10.7454/eki.v1i4.1791>
- Zafirah, S. A., Nur, A. M., Puteh, S. E. W., & Aljunid, S. M. (2018). Potential loss of revenue due to errors in clinical coding during the implementation of the Malaysia diagnosis related group (MY-DRG®) casemix system in a teaching hospital in Malaysia. *BMC Health Services Research*, 18, Article 38. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2843-1>