

KLAIM PENDING RAWAT JALAN BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT X

Puguh Priyo Widodo^{1*}, Parawiyati²

¹Program Studi Asuransi Kesehatan- Jurusan Perkam Medis dan Informasi Kesehatan-Poltekkes Kemenkes Malang, Jln. Besar Ijen 77c Malang.

e-mail: pwidodo.puguh@gmail.com

²Program Studi Akuntansi-Fakultas Ekonomi dan Bisnis-Universitas Merdeka Malang, Jl. Terusan Raya Dieng No. 62-64 Malang.

e-mail: parawiyati@unmer.ac.id

Keywords:

Clinical and administrative, Coding, Outpatient Pending Claims

ABSTRACT

Pending claims are claims that require administrative, clinical and coding confirmation from the hospital before payment is made. Pending claims cause some claims payments to be delayed so that the hospital's cash flow is disrupted. This study aims to determine the administrative, clinical and coding factors that cause outpatient claims to be pending. This research uses descriptive quantitative methods; the population in this study is 443 pending outpatient claims in April-July 2023, and the sample used is the total population. The research results show that pending outpatient claims are caused by the highest coding factor at 60.7% due to errors in classifying and coding diagnoses and actions according to ICD-10, ICD-9-CM, PMK 26 of 2021, minutes of agreement and writing of diagnoses and actions. not specific. The administrative factor was 21.2% because proof of service administration and support was not attached, double RJ and RI claims, and BPJS Health application error. 18.1% of clinical factors were caused by RJ visits < 5 days and emergency room visits 2 times in 1 day. Hospital X must understand the claim requirements from administrative factors, coding factors and clinical factors so that the claims submitted are feasible and are not pending by BPJS Health so that the hospital's cash flow is not disrupted

Kata Kunci

Klaim Pending RJ
Klinis dan administrative,
Koding

ABSTRAK

Klaim pending merupakan klaim yang membutuhkan konfirmasi secara administrasi, klinis dan koding ke pihak RS sebelum dilakukan pembayaran. Klaim pending menyebabkan sebagian pembayaran klaim mengalami penundaan sehingga cash flow rumah sakit terganggu. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor administrasi, klinis dan koding yang menyebabkan klaim rawat jalan mengalami pending. Penelitian ini menggunakan kuantitatif deskriptif, populasi pada penelitian ini sebanyak 443 klaim pending rawat jalan pada april-juli 2023 dan sampel yang digunakan adalah total populasi. Hasil penelitian menunjukkan klaim pending rawat jalan disebabkan karena faktor koding paling tinggi sebesar 60,7% karena Kesalahan dalam melakukan klasifikasi dan kodefikasi diagnosis dan tindakan sesuai ICD 10, ICD 9 CM, PMK 26 tahun 2021, berita acara kesepakatan dan penulisan diagnosis dan tindakan yang tidak spesifik. Faktor administrasi 21,2% karena tidak dilampirkan bukti administrasi pelayanan dan penunjang, klaim double RJ dan RI, aplikasi BPJS Kesehatan error. Faktor klinis 18,1% disebabkan karena kunjungan RJ < 5 hari dan kunjungan IGD 2 kali dalam 1 hari. RS X harus memahami persyaratan klaim dari faktor administrasi, faktor koding dan faktor klinis agar klaim yang diajukan layak

dan tidak terjadi pending oleh pihak BPJS Kesehatan sehingga cash flow rumah sakit tidak terganggu

Korespondensi Penulis:

Puguh Priyo Widodo
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Jl. Besar Ijen No.77C, Oro-oro Dowo, Kec. Klojen,
Kota Malang, Jawa Timur 65119
Telepon : +6281336605424
Email: pwidodo.puguh@gmail.com

Tanggal submisi : 08-09-2025; Tanggal penerimaan :
15-09-2025; Tanggal publikasi : 31-10-2025



licensed by [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

1. PENDAHULUAN

Rumah Sakit X merupakan rumah sakit swasta type C yang berada di wilayah malang raya dan memiliki costumer segment paling banyak adalah pasien BPJS Kesehatan. Pasien BPJS Kesehatan yang telah memperoleh pelayanan kesehatan dari RS X, maka RS X wajib mendapatkan penggantian biaya pelayanan kesehatan dari BPJS Kesehatan. Penggantian biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan ke RS menggunakan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran prospektif merupakan metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Metode pembayaran prospektif yang digunakan di Indonesia adalah Casemix INA-CBG (Indonesia - Case Based Payment Groups). INA-CBG yaitu pengelompokan diagnosis dan prosedur yang mengacu pada ciri klinis dan penggunaan sumber daya yang mirip atau sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan software grouper (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016). Pada pembayaran menggunakan INA-CBG membutuhkan proses klaim yang harus dilakukan oleh pihak RS, maka RS wajib menyelenggarakan manajemen klaim karena proses klaim menjadi bagian kecil dari manajemen klaim.

Penyelenggaraan manajemen klaim yang ada di RS harus secara dilakukan secara bermutu, efektif dan efisien. Jika klaim tidak dilakukan pengelolaan sesuai dengan aturan yang berlaku maka klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan akan terjadi klaim dipending/dispute dan klaim tidak layak.

Klaim pending merupakan klaim yang telah diverifikasi tetapi masih membutuhkan konfirmasi secara administrasi, klinis dan koding ke pihak rumah sakit. Terjadinya pending klaim berakibat tertundanya pembayaran pelayanan kesehatan yang ke RS dan mengakibatkan menurunnya pemasukan rumah sakit (Damayanti, 2021)

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada Februari-Maret 2023 mendapatkan jumlah klaim pending rawat jalan sebanyak 201 kasus. Klaim pending tersebut disebabkan karena faktor koding 38,2%, faktor klinis 20,7% dan faktor administrasi 40,1%. Faktor administrasi yang menyebabkan klaim pending adalah tidak dilampirkan bukti pelayanan penunjang (Laboratorium dan radiologi). Faktor klinis yang menyebabkan klaim pending adalah ketidaklengkapan penulisan pada resume medis dan ketidaksesuaian hasil penunjang dengan diagnosis yang telah ditetapkan. Sedangkan faktor koding yang menyebabkan klaim pending adalah salah melakukan pengkodean penyakit khususnya tindakan dan kode kontrol. Penelitian yang dilakukan oleh Triatmaja, A. B., Wijayanti, R. A., & Nuraini, N. (2022) menyebutkan bahwa penyebab klaim pending pada unsur material adalah tidak lengkapnya berkas klaim seperti hasil pemeriksaan penunjang pasien.

Penelitian Widodo & Happy D (2023) menyebutkan bahwa klaim pending rawat inap disebabkan karena faktor koding paling tinggi sebesar 39% karena Kesalahan dalam melakukan klasifikasi dan kodefikasi diagnosis dan tindakan sesuai ICD 10, ICD 9 CM, PMK 26 tahun 2021 dan Berta acara kesepakatan serta penulisan diagnosis dan tindakan yang tidak spesifik. Faktor

adminsitrasi 37% karena tidak dilampirkan bukti administrasi pelayanan, adminsitrasi kepesertaan dan administrasi keuangan. Faktor klinis 24% disebabkan karena ketidaklengkapan penulisan resume medis, alasan pengantar rawat inap, tidak lengkap penulisan laporan operasi dan waktu penggunaan ventilator

Berdasarkan uraian diatas penulis akan melakukan penelitian tentang penyebab klaim pending rawat inap BPJS Kesehatan di RS X.

2. METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah kuantitatif deskriptif. Populasi yang digunakan adalah klaim pending rawat jalan pada periode april-juli 2023 berjumlah 443 dan sampel yang digunakan total populasi. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan mengumpulkan dokumen klaim pending dan alasan terjadinya pending dari BPJS Kesehatan ke RS X. Instrumen yang digunakan adalah lembar ceklist. Data dianalisis secara univariat dengan menggunakan pengelompokan data berdasarkan faktor administrasi, klinis dan koding.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Klaim RS adalah tagihan atas biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit pada pasien JKN/KIS ke BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan dalam melakukan pembayaran ke RS harus melalui proses verifikasi sebelum dilakukan pembayaran oleh BPJS kesehatan ke RS. Hasil dari verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan menghasilkan 3 (tiga) jenis klaim yaitu klaim layak, pending dan tidak layak. Klaim pending adalah klaim yang membutuhkan konfirmasi dari aspek klinis, koding dan administrasi. Berikut penyebab klaim pending rawat inap di RS X yang ditampilkan pada tabel 1.

Tabel 1. Penyebab Klaim Pending Rawat Jalan di RS X

No	Bulan	Administrasi		Klinis		Koding	
		F	%	F	%	F	%
1	April	21	21,21	11	11,11	67	67,68
2	Mei	13	25,00	2	3,85	37	71,15
3	Juni	27	18,37	41	27,89	79	53,74
4	Juli	33	22,76	26	17,93	86	59,31
Total		94	21,22	80	18,06	269	60,72
Median		24	21,99	19	14,52	73	63,49

Berdasarkan tabel 1.1. menunjukkan bahwa penyebab klaim pending rawat jalan paling tinggi faktor koding 63,49%, faktor administrasi 21,99% dan yang terkecil faktor klinis 14,52%. Penyebab klaim pending rawat jalan karena faktor koding adalah (1) Kesalahan dalam melakukan klasifikasi dan kodefikasi pada diagnosis kontrol penyakit jiwa yang dikoding oleh petugas adalah Z09.8, yang seharusnya kode kontrol untuk penyakit jiwa adalah Z09.3. Kesalahan kode diagnosis kontrol hypertensive heart disease without heart failure dan epilepsy yang dikoding adalah Z50.9. Seharusnya kode kontrol tersebut menggunakan kode Z09.9; dan (2) Kesalahan dalam menentukan klasifikasi dan kodefikasi prosedur, tindakan dan pemeriksaan diagnostik pada pemeriksaan mata dan pemberian resep kacamata. Petugas koder yang menggunakan kode 95.02, seharusnya kode ICD 9 CM yang sesuai adalah 95.01. Penggunaan kode tindakan pungsi asites yang dikode adalah 34.04, seharusnya kode yang tepat yaitu 54.91. penggunaan kode rawat luka. penggunaan kode tindakan TENS dan kode angkat jahitan. Penentuan klasifikasi dan kodefikasi harus memperhatikan aturan koding morbiditas pada ICD yang meliputi (1) aturan koding morbiditas; (2) penggunaan rule MB1-MB5 untuk memilih kembali

kode diagnosis utama; (3) konvensi tanda baca dan (4) aturan koding lainnya yang berlaku pada INA-CBG yaitu PMK 26 tahun 2021.

Klaim pending karena faktor klinis disebabkan karena (1) resume medis rawat jalan yang tidak lengkap (Anamnesis, pemeriksaan fisik, diagnosis dan tatalaksana; (2) penulisan diagnosis dan tindakan disingkat dan tidak menggunakan bahasa medis; (3) dokter tidak menulis diagnosis dan tindakan tetapi yang ditulis hanya kode ICD 10 dan ICD 9 CM; dan (4) kunjungan RJ < 5 hari dan kunjungan IGD 2 kali dalam 1 hari. Resume medis harus harus ditulis dengan metode IAR (Information, asesmen dan recommendation). Kelengkapan pengkajian pasien harus sesuai mutu dokumentasi klinis yang meliputi legible, realible, clear, complete, precise, konsisten dan timely. Pengkajian yang sesuai dengan dokumentasi klinis yang bermutu akan menghasilkan penetapan kode penyakit yang sesuai. Kunjungan pasien RJ < 5 hari dan kunjungan IGD 2 kali dalam 1 hari diperbolehkan datang kembali RS dengan ketentuan sebagai berikut: (1) dalam kondisi kegawatdaruratan sesuai dengan sesuai regulasi yang berlaku; (2) penyakit kronis; (3) tindakan/prosedur/post prosedur yang terjadwal oleh dokter/fasilitas kesehatan sesuai dengan indikasi medis dan tidak dapat dilakukan dalam satu episode; (4) kunjungan pada FKRTL yang berbeda atau FKRTL yang lebih tinggi. Namun semua pasien yang datang kembali ke RS wajib didokumentasikan secara lengkap.

Faktor administrasi yang menyebabkan klaim pending rawat jalan adalah (1) tidak dilampirkan administrasi pelayanan yaitu hasil pemeriksaan echocardiografi, hasil CT-Scan, lembar triage dan lembar asesmen awal medis gawat darurat; (3) system BPJS kesehatan yang eror. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Irmawati dkk (2018), dijumpai Ketidak lengkapan lembar formulir-formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap.

Sesuai dengan buku petunjuk teknis verifikasi klaim memiliki tahap verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Verifikasi administrasi pelayanan wajib melihat lampiran hasil laboratorium, radiologi, laporan operasi dan daftar obat. Pada verifikasi administrasi kepesertaan wajib melihat kesesian antara kartu JKN/KIS dan KTP. Pada bayi baru lahir wajib melampirkan surat keterangan lahir sebagai syarat keabsahan/eligibilitas jaminan bayi baru lahir. Pada petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS Kes tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada rumah sakit apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki. Pada peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 tahun pasal 20 menyebutkan bahwa kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan rawat inap tingkat lanjut meliputi (1) lembar surat eligibilitas peserta; (2) lembar resume medis; (3) laporan operasi jika dilakukan tindakan operatif; (3) lembar hasil penunjang jika dilakukan pemeriksaan; (4) surat perintah rawat inap; (5) surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit; (6) ceklist klaim rumah sakit; dan (7) luar system informasi pengajuan klaim yang diunggah ke system informasi BPJS Kesehatan.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Santiasih, W. A., Simanjorang, A., & Satria, B. (2022) yang menunjukkan Pengembalian berkas klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai terjadi karena ketidaksesuaian 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

Penelitian ini juga sesuai Muroli, C. J., Rahardjo, T. B. W., & Kodyat, A. G. (2020) menyebutkan bahwa Ketidaklengkapan resume medis 41,8% (38 berkas), ketidaktepatan pengkodean 48,4% (44 berkas yang tidak sesuai), ketidaklengkapan berkas klaim 29,7% (27 berkas yang tidak lengkap), regulasipengelolaan klaim BPJS rawat inap di RSAB Harapan Kita belum lengkap 61,5% (8 responden), pengetahuan petugas pelaksana 53,8% (7 responden), sarana dan prasarana di Instalasi Pelayanan Piutang dan Jaminan 61,5% (8 responden), serta monitoring dan evaluasi sudah dilaksanakan 100%.

Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wulandari, F. (2020) yang menunjukkan bahwa penyebab berkas klaim rawat inap pending adalah: ketidaklengkapan berkas klaim ditinjau dari persyaratan verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kesehatan, kesalahan pemberian kode diagnosa dan resume medis tidak lengkap.

Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Widodo et a (2023) yang menyebutkan bahwa klaim pending rawat inap disebabkan karena faktor koding paling tinggi sebesar 39% karena Kesalahan dalam melakukan klasifikasi dan kodefikasi diagnosis dan tindakan sesuai ICD 10, ICD 9 CM, PMK 26 tahun

2021 dan Berita acara kesepakatan serta penulisan diagnosis dan tindakan yang tidak spesifik. Faktor administrasi 37% karena tidak dilampirkan bukti administrasi pelayanan, administrasi kepesertaan dan administrasi keuangan. Faktor klinis 24% disebabkan karena ketidaklengkapan penulisan resume medis, alasan pengantar rawat inap, tidak lengkap penulisan laporan operasi dan waktu penggunaan ventilator

4. KESIMPULAN

Faktor koding paling tinggi sebesar 60,7% karena Kesalahan dalam melakukan klasifikasi dan kodefikasi diagnosis dan tindakan sesuai ICD 10, ICD 9 CM, PMK 26 tahun 2021, berita acara kesepakatan dan penulisan diagnosis dan tindakan yang tidak spesifik. Faktor administrasi 21,2% karena tidak dilampirkan bukti administrasi pelayanan dan penunjang, klaim double RJ dan RI, aplikasi BPJS Kesehatan error. Faktor klinis 18,1% disebabkan karena kunjungan RJ < 5 hari dan kunjungan IGD 2 kali dalam 1 hari.

REFERENSI

- Damayanti. (2021). *Literature Review Analisis Pending Klaim Terkait Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) Literature Review Analisis Pending Klaim Terkait Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS)*.
- Muroli, Cut Juli, Tri Budi W. Rahardjo, and Ali Germas Kodyat. "Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya pending klaim rawat inap oleh BPJS di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat tahun 2019." *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSII) 4.2* (2020): 191-197.
- Republik Indonesia. (2019). Berita Acara Nomor JP.02.03/3/1693/2020 tentang kesepakatan bersama panduan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim ina-cbg. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Santiasih, Wayan Ary, Asyiah Simanjorang, and Beni Satria. "Analisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai." *Journal of Healthcare Technology and Medicine 7.2* (2022): 1381-1394.
- Republik Indonesia. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan No. 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Republik Indonesi. (2018). Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Republik Indonesi. (2021). Keputusan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Based Groups (Ina CBGs) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Triatmaja, Ariqurna Bayu, Rossalina Adi Wijayanti, and Novita Nuraini. "Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Rsu Haji Surabaya." *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan 3.2* (2022): 131-138.
- Widodo, Puguh Priyo., & Happy D F. Klaim Pending Rawat Inap Bpjs Kesehatan Di Rs X. In: *Prosiding Seminar Nasional Rekam Medis & Manajemen Informasi Kesehatan*. 2023.
- Wulandari, Fenti. *Faktor-Faktor Penyebab Berkas Klaim Bpjs Rawat Inap Yang Pending Di Rumah Sakit Tahun 2020 (Literature Review)*. Diss. STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo Surabaya, 2020.