Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit (MARSI)
Vol. 10 No 4, Oktober 2026
https://ejournal.urindo.ac.id/index.php/MARSI
E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9045

ANALISIS KETEPATAN KODEFIKASI STROKE INFARK TERHADAP KLAIM BPJS RAWAT INAP DI RSUD MAJENANG TAHUN 2026

ANALYSIS OF THE ACCURACY OF INFARCT STROKE CODING ON BPJS INPATIENT CLAIMS AT MAJENANG REGIONAL HOSPITAL IN 2026

Sri Wulandari[1], Sinta Novratilova[2]
[12]D4 *Mana jemen* Informasi Kesehatan, Politeknik Indonusa Surakarta
dariwulan2210@gmail.com

ABSTRAK

Kasus stroke infark mendominasi pengajuan klaim rawat inap BPJS di RSUD Majenang tahun 2025 dengan total 304 kasus, namun ditemukan 112 klaim berstatus *pending* karena diagnosis sekunder tidak dikoding dan ketidaktepatan penggunaan kode Old Infark (I69.3). Kondisi tersebut menunjukkan adanya permasalahan dalam proses kodefikasi diagnosis stroke infark yang berdampak pada pengajuan klaim BPJS rawat inap. Tujuan penelitian ini yaitu menganalisis ketepatan kodefikasi diagnosis stroke infark terhadap klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Majenang berdasarkan faktor *Man, Method, Material, dan Money*. Metode penelitian menggunakan deskriptif kualitatif. Objek penelitian yaitu berkas klaim bulan Januari–Maret 2026. Subjek penelitian yaitu 4 petugas koder dan 1 verifikator casemix. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan observasi, dengan triangulasi sumber. Hasil penelitian Ketepatan kodefikasi kasus stroke infark di RSUD majenang yaitu 97,3 %. Berkas klaim yang disetujui 97,3%, klaim *pending* 2,7%. Penyebab utama *pending* adalah pengodean tidak tepat. Faktor yang memengaruhi ketepatan kodifikasi meliputi keterbatasan pelatihan koder *man*, ketersediaan SOP kodefikasi resmi (*method*). Faktor *money*, sistem pembayaran INA-CBGs bergantung pada ketepatan kode diagnosis dan tindakan sehingga kesalahan koding memicu klaim *pending* . Berdasarkan hasil penelitian disimpulkan penyebab pending klaim yaitu ketidaktepatan pengodean. Faktor yang mempengaruhi yaitu *man, method, material , serta money*.Disarankan petugas koder meningkatkan ketelitian dalam mereview rekam medis dan *Mana jemen* rumah sakit memfasilitasi pelatihan kodifikasi ICD-10 dan ICD-9-CM secara berkala.

Kata kunci: Ketepatan kodefikasi, Stroke Infark, Klaim BPJS

ABSTRACT

Infarction stroke cases accounted for the largest proportion of inpatient BPJS Health claims at RSUD Majenang in 2025, with a total of 304 cases. However, 112 claims were classified as pending due to uncoded secondary diagnoses and the inappropriate use of the Old Infarction (I69.3) code. These findings indicate problems in the diagnostic coding process for cerebral infarction, which affect the submission of inpatient BPJS Health claims. This study aimed to analyze the accuracy of infarction stroke diagnosis coding in relation to inpatient BPJS Health claims at RSUD Majenang based on the Man, Method, Material, and Money factors. This study employed a qualitative descriptive research design. The research objects were inpatient BPJS claim documents from January to March 2026. The research subjects consisted of four medical coders and one casemix verifier. Data was collected through interviews and observations and validated using source triangulation. The results showed that the accuracy of infarction stroke coding at RSUD Majenang reached 97.3%. Of all submitted claims, 97.3% were approved, while 2.7% were classified as pending. The primary cause of pending claims was inaccurate diagnosis coding. Factors influencing coding accuracy included limited coder training (Man), the availability of standardized coding procedures (Method), the completeness of medical record documentation (Material), and the INA-CBGs payment system (Money), in which reimbursement

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9045

depends on the accuracy of diagnosis and procedure coding; therefore, coding errors may result in pending claims. It can be concluded that inaccurate diagnosis coding is the main cause of pending claims. The influencing factors include Man, Method, Material, and Money. It is recommended that medical coders improve the accuracy of medical record review and that hospital mana gement provide regular training on ICD-10 and ICD-9-CM coding to enhance coding quality and reduce pending claims.

Keywords: Coding Accuracy, Infarction Stroke, BPJS Claims

PENDAHULUAN

Fasilitas pelayanan kesehatan berperan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif salah satunya adalah rumah sakit [1]. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Pasal 3 ayat (1), setiap fasilitas pelayanan kesehatan diwajibkan untuk menerapkan Rekam Medis Elektronik [2]. Penerapan Rekam Medis Elektronik di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari upaya transformasi digital di bidang kesehatan. Sebagai penyedia layanan kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran strategis dalam mendukung pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan [3].

Sistem pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia kini sebagian besar dilaksanakan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, yang bertujuan memberikan akses layanan kesehatan secara luas bagi seluruh masyarakat. Program JKN mewajibkan rumah sakit untuk tidak hanya menyediakan pelayanan medis yang berkualitas, tetapi juga menjalankan administrasi yang tertib, termasuk dalam pengelolaan data medis serta pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan ke BPJS Kesehatan [4]. Pengajuan klaim pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional menggunakan mekanisme pembayaran berbasis paket INA-CBGs.

Melalui sistem INA-CBGs, BPJS Kesehatan membayarkan biaya pelayanan rawat inap kepada rumah sakit berdasarkan kelompok kasus yang ditentukan oleh diagnosis utama, diagnosis sekunder, tindakan medis, tingkat keparahan, serta karakteristik pasien, bukan berdasarkan rincian biaya aktual pelayanan yang diberikan. Dengan sistem paket ini, setiap kelompok INA-CBGs telah memiliki tarif tetap yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, sehingga ketepatan penentuan kelompok kasus menjadi faktor utama dalam besaran klaim yang diterima rumah sakit [5]. Kelompok INA-CBGs sangat bergantung pada ketepatan kodefikasi diagnosis dan tindakan medis yang tercantum dalam rekam medis pasien. Kode diagnosis yang tidak sesuai dengan kondisi klinis pasien dapat menyebabkan kesalahan pengelompokan kasus, yang berdampak pada perbedaan tingkat keparahan dan nilai tarif

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9045

INA-CBGs [5]. Oleh karena itu, ketidaktepatan kodefikasi berpotensi menyebabkan klaim BPJS menjadi lebih rendah dari seharusnya, dikoreksi oleh verifikator, atau bahkan dinyatakan tidak layak bayar[4].

Faktor penyebab ketidaktepan codefikasi Menurut penelitian ramdhan dan Monica (2025) menyebutkan bahwa Faktor *Man* (petugas) memegang peranan penting sebagai pelaksana koding. Di mana Ketidaktepatan kodefikasi disebebkan adanya perbedaan persepsi antara pihak verifikator BPJS Kesehatan dengan petugas koder . Verifikator yang memegang otoritas dalam keabsahan klaim kerap menerapkan interpretasi regulasi atau panduan yang tidak sejalan dengan dasar acuan yang digunakan oleh koder dalam menetukan diagnosis dari dokumen rekam medis pasien [6].

Menurut penelitian Rahmawati dan Febrianti (2025) menyebutkan bahwa Faktor *method* atau Pelaksanaan prosedur pengodean diagnosis mempengaruhi ketepatan kodefikasi karena petugas tidak patuh atau tidak sesuai SOP dalam penentuan kode, di mana petugas sering kali hanya mengandalkan daya ingat petugas koder tanpa melakukan verifikasi ulang pada dokumen rekam medis [7]. Menurut penelitian lautsan, dkk (2025) Faktor penyebab ketidaktepan codefikasi yaitu dari faktor *material* di mana hasil dokuemn pemeriksaan oleh dokter maupun perawat yang kurang lengkap, dalam penetuan kodefikasi berkas penunjang hasil pemeriksaan pasien merupaka dasar penetuan kode diagnosis pasien [8]. Menurut penelitian Hatta (2021) faktor material dari ketapatan kodefikASI menyebakan perbedaan kode diagnosis, baik terkait jenis stroke maupun komplikasi penyerta, dapat menghasilkan perbedaan tarif klaim yang signifikan seoerti kasus penyakit dengan kompleksitas tinggi seperti stroke [9]. Penelitian tersebut belum mengkaji secara mendalam terkait hubungan antara ketepatan kodefikasi dengan hasil verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Selain itu, sebagian besar penelitian masih menggabungkan berbagai jenis diagnosis sehingga belum memberikan gambaran yang spesifik mengenai pengaruh ketepatan kodefikasi stroke infark terhadap status klaim BPJS, termasuk kejadian klaim pending.

RSUD Majenang sebagai rumah sakit daerah yang melayani pasien peserta BPJS Kesehatan, termasuk pasien rawat inap dengan diagnosis stroke. Berdasarkan studi pendahuluan yang di lakukan di RSUD Majenang pada bagian klaim BPJS rawat inap periode Oktober–Desember 2025, diketahui bahwa jumlah berkas klaim rawat inap yang diajukan sebanyak 4.244 berkas, dengan 406 berkas di antaranya merupakan kasus stroke. Kasus stroke yang paling mendominasi yaitu stroke infark dengan kode ICD-10 I63 sebanyak 304 kasus.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9045

Berdasarkan Berita Acara Hasil Verifikasi Klaim (BAHV), dari 406 berkas klaim kasus stroke tersebut terdapat 112 klaim yang berstatus *pending* . Hasil observasi menunjukkan bahwa penyebab *pending* klaim antara lain diagnosis stroke sebagai diagnosis sekunder yang tidak dikoding, ketidaktepatan kodefikasi pada pasien dengan riwayat stroke, serta konfirmasi diagnosis stroke yang tidak tepat, seperti penggunaan kode Old Infark (I69.3) yang tidak sesuai dengan kondisi pasien saat dirawat. Kondisi tersebut menunjukkan masih adanya permasalahan dalam proses kodefikasi diagnosis stroke infark yang berdampak pada proses pengajuan klaim BPJS rawat inap. Tingginya jumlah klaim *pending* pada kasus stroke berpotensi menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim dan mempengaruhi efisiensi pembiayaan rumah sakit.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini memiliki kebaruan dengan menganalisis ketepatan kodefikasi diagnosis stroke infark (ICD-10 I63) terhadap klaim BPJS rawat inap di RSUD Majenang serta mengidentifikasi faktor-faktor penyebab ketidaktepatan berdasarkan pendekatan 4M (*Man, Method, Material, dan Money)***.** Analisis tersebut diharapkan dapat memberikan gambaran yang lebih mendalam mengenai penyebab ketidaktepatan kodefikasi. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ketepatan kodefikasi diagnosis stroke terhadap klaim BPJS pada pelayanan rawat inap di RSUD Majenang.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif untuk menganalisis secara mendalam keteptan kodifikasi kasus stroke infark di RSUD Majenang berdasarkan faktor *Man, Method, Material*, dan *Money* terhadap *pending* klaim. Penelitian dilaksanakan di RSUD Majenang pada April hingga Juni 2026. Objek penelitian ini yaitu berkas klaim tertunda periode Januari–Maret 2026. Subjek penelitian ditentukan melalui teknik purposive sampling yang terdiri 4 petugas koder dan 1 Verifikator Casemix. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara observasi, dan dokumentasi.

Variabel penelitian ini yaitu Ketepatan kodefikasi kasus stroke Infrak terhadap *Pending* klaim BPJS, Jumalah kasus stroke infark yang di ajukan klaim BPJS, dan Faktor yang mempengaruhi ketepatan kodifikasi stroke infark terhadap klaim BPJS rawat inap dengan 4M (*Man, Method, Material, dan Money)*. Instrumen berupa pedoman wawancara serta lembar observasi. Analisis data dengan pengumpulan data, reduksi data, penyajian data dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi deskriptif, hingga penarikan kesimpulan. Untuk menjamin keabsahan dan keakuratan hasil penelitian, verifikasi dilakukan melalui teknik triangulasi sumber.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9045

HASIL PENELITIAN

Ketepatan kodefikasi kasus stroke Infrak terhadap *Pending* klaim BPJS

Table 1 ketepatan kodefikasi

No	ketepatan codefikasi	f	%
1	Tepat	287	**97,3**
2	tidak tepat	7	2,4
3	tidak di koding	1	0,3
Total		**295**	**100**

Berdasarkan tabel 1 diketahui ketepatan kodefikasi kasus stroke infark di RSUD majenang yaitu 97,3% dan tidak tepat 2,54%, dan tidak di coding 0,3%

Jumalah kasus stroke infark di RSUD Majenang yang di ajukan klaim BPJS

Table 2 Jumlah kasus stroke infark

Bulan	Jumlah berkas	Disetujui		*Pending*	
		f	%	f	%
Januari	114	94	31,9	5	1,7
Feb	91	89	30,2	2	0,7
Maret	90	89	30,2	1	0,3
Total	**295**	**287**	97,3	**8**	2,7

Berdasarkan tabel 2 menunjukan jumlah pengajuan berkas klaim BPJS Kasus stroke infark pada Bulan Januari-Maret 2026 yaitu 280 kasus stroke infark. Berkas yang disetujui BPJS yaitu 97,3% (287 kasus) dan yang mengalami *pending* 2,7% (8 kasus). Data bulanan menunjukkan penurunan kasus *pending* , yaitu 5 kasus (1,7%) pada Januari, bulan februari 2 kasus (0,7%) dan bulan maret 1 kasus (0,3%)

Faktor yang mempengaruhi ketepatan kodifikasi stroke infark terhadap klaim BPJS rawat inap

Faktor *Man* (Sumber daya manusia)

Faktor *man* merupakan faktor yang mempengaruhi ketepan kodefikasi berdasarkan pemahaman, pelatihan, dan komunikasi petugas. Adapun hasil wawancara menunjukan bahwa Kompetensi petugas koder dalam menerapkan ICD-10 dan ICD-9 untuk kasus stroke sudah berjalan dengan baik dan sistematis, didukung oleh pembaruan regulasi berkala melalui Berita Acara (BA) BPJS Kesehatan. Pelatihan diwakili oleh beberapa orang petugas koder, yang kemudian bertanggung jawab untuk menyosialisasikan kembali materi atau hasil pelatihan tersebut ke teman-teman yang lain. Selain itu juga, petugas biasanya mengikuti seminar daring. Untuk meminimalkan kesalahan pengkodean diagnosa dan tindakan, petugas koder bangsal berkoordinasi terkait kelengkapan berkas penunjang (seperti hasil *CT-Scan*) dengan DPJP, baik melalui konfirmasi langsung maupun diperantarai oleh Kepala Ruangan. Adapun hasil ringkasan wawancara dengan informan sebagai berikut:

Table 1 Ringkasan Wawancara Faktor *Method*

Indikator	Hasil wawancara

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9045

Indikator	Hasil wawancara
Pemahaman Petugas koder terkait penggunan ICD 10 dan ICD 9	Petugas koder memahami dengan baik penggunaan ICD-10 untuk pengodean diagnosis (seperti stroke infark dengan kode I63.9) dan ICD-9-CM untuk pengodean tindakan (seperti *CT-Scan* kepala). Proses penentuan kode dilakukan secara sistematis yaitu dengan mencari kata kunci (*lead term*) terlebih dahulu. Selain itu, pemahaman petugas selalu diperbarui secara berkala mengikuti regulasi terbaru melalui Berita Acara (BA) dari BPJS Kesehatan, sehingga pengodean di lapangan memiliki dasar acuan yang jelas dan seragam.
Pelatihan terkait kodefikasi diagnosis dan tindakan pada pasien stroke	Pelaksanaan pelatihan kodifikasi ICD-10 dan ICD-9 di rumah sakit masih jarang dilakukan. Petugas lebih sering mengikuti kegiatan seminar daring melalui Zoom. Dikarenakan keterbatasan kuota, keikutsertaan pelatihan umumnya hanya diwakili oleh beberapa orang petugas koder, yang kemudian bertanggung jawab untuk menyosialisasikan kembali materi atau hasil pelatihan tersebut ke teman teman yang lain
Koordinasi Antara Petugas Coding dengan DPJP	Koordinasi antara petugas *coding* dengan DPJP atau petugas klaim difokuskan pada kelengkapan terapi dan berkas penunjang medis, seperti memastikan ketersediaan hasil *CT-Scan* pada kasus stroke. Biasanya petugas koder mengonfirmasi diagnosis dan tindakan kepada DPJP secara langsung atau melalaui

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9045

Indikator	Hasil wawancara
	Kepala Ruangan (Karu)

Hasil wawancara diatas diperkuat oleh verifikator casemix sebagai triangulasi sumber yang menegaskan bahwa kompetensi koder dalam mengimplementasikan ICD-10 dan ICD-9 telah berjalan secara baik. Meskipun aspek pelatihan formal dari pihak rumah sakit masih dinilai terbatas, koordinasi antara koder, Kepala Ruangan, perawat dan DPJP tetap berjalan optimal. Koordinasi ini berfokus pada pemenuhan kelengkapan dokumen pendukung (seperti hasil pemeriksaan *CT-Scan* kepala) guna meminimalkan kesalahan kodefikasi yang dapat memicu status *pending* klaim pada kasus stroke infark.

Faktor *method* (Standar Prosedur Operasional)

Method merupakan prosedur atau pedoman kerja yang digunakan untuk melakukan proses kodefikasi sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9-CM, serta alur pengajuan klaim BPJS. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas diketahui RSUD Majenang telah memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) resmi yang mengatur seluruh tahapan kegiatan koder, mulai dari pengodean hingga penarikan data untuk pelaporan dan klaim. Khusus pada pasien stroke, prosedur kodefikasi diawali dengan penelaahan diagnosis pada resume medis, jika terdapat ketidakjelasan, petugas koder akan berkoordinasi dengan perawat ruangan untuk konfirmasi ulang kepada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). Proses penentuan kode sendiri mengacu pada ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan, dengan turut mempertimbangkan hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium dan radiologi), terapi yang diberikan, serta Berita Acara kesepakatan BPJS Kesehatan sebagai acuan tambahan demi kelancaran proses klaim. Adapun hasil ringkasan wawancara dengan informan sebagai berikut:

Table 4 Ringkasan Wawancara Faktor *Method*

Indikator	Hasil wawancara
Ketersediaan SOP kodefikasi diagnosis dan tindakan	RSUD Majenang telah memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) yang kodefikasi diagnosis dan tindakan. memuat tahapan kegiatan koder mulai dari proses pengodean diagnosis dan tindakan hingga penarikan data untuk keperluan pelaporan dan klaim.
Prosedur proses kodefikasi diagnosis dan tindakan pada pasien stroke	Proses kodefikasi diagnosis dan tindakan pada pasien stroke di RSUD Majenang diawali dengan penelaahan diagnosis yang tercantum dalam resume medis pasien. Apabila terdapat diagnosis yang kurang jelas atau memerlukan konfirmasi, petugas koder akan

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9045

Indikator	Hasil wawancara
	berkoordinasi dengan perawat ruangan untuk memastikan kembali diagnosis kepada (DPJP). Setelah diagnosis dipastikan sesuai, petugas koder melakukan proses pengodean diagnosis dan tindakan. Menggunakan pedoman ICD-10 untuk kode diagnosis dan ICD-9-CM untuk kode tindakan. Koder angsal dalm nenentukan code diagnosa pasien juga memperhatikan hasil pemeriksaan penunjang, seperti hasil laboratorium, radiologi, maupun terapi yang diberikan kepada pasien. Selain juga dengan Berita Acara (BA) atau hasil kesepakatan dengan BPJS Kesehatan sebagai acuan tambahan dalam proses klaim

Hasil wawancara diatas diperkuat oleh verifikator casemix sebagai triangulasi sumber, yang menegaskan bahwa SOP Kodefikasi telah tersedia sebagai acuan bersama dari proses pengodean hingga penarikan data klaim. Prosedur kodefikasi pasien stroke, koder yang melakukan penelaahan *resume medis* dan koder yang melakukan *cross-check* ke DPJP jika ada diagnosis kurang jelas, serta memeriksa dokumen penunjang seperti hasil laboratorium, radiologi, terapi, dan Berita Acara (BA) kesepakatan BPJS.

Faktor *material* (Kelengkapan berkas klaim)

Material yaitu kelengkapan dokumen rekam medis pasien stroke seperti *resume medis*, hasil laboratorium, hasil radiologi, dan dokumen pendukung lainnya yang mempengaruhi ketepatan kodefikasi diagnosis dan tindakan. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas diketahui bahwa proses kodefikasi dan pengajuan klaim BPJS pasien stroke di RSUD Majenang memerlukan kelengkapan dokumen yang terintegrasi sistem, seperti SEP, resume medis, *billing*, terapi, pelayanan rehabilitasi medik jika ada komplikasi hemiparese, serta dokumen paling krusial yaitu hasil pembacaan *CT Scan* sebagai bukti penegakan diagnosis. Kelengkapan dokumen rekam medis ini sangat memengaruhi ketepatan penentuan kode diagnosis dan tindakan sesuai pedoman ICD yang berlaku, di mana ketidaklengkapan dokumendapat menyulitkan koder dan berpotensi menyebabkan klaim *pending* . Oleh karena itu, apabila ditemukan dokumen yang belum lengkap, petugas koder akan segera melakukan konfirmasi kepada perawat ruangan atau DPJP agar berkas tersebut diperbaiki dan dilengkapi dalam waktu maksimal 1 x 24 jam demi kelancaran proses klaim BPJS. Adapun hasil wawancara dengan petugas sebagai berikut:

Table 5 Ringkasan Wawancara Faktor *Machine*

.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9045

Indikator	Hasil wawancara
kelengkapan dokumen untuk kodefikasi dan pengajuan klaim BPJS pada pasien stroke	Dokumen yang diperlukan dalam proses kodefikasi dan pengajuan klaim BPJS pasien stroke di RSUD Majenang meliputi SEP, resume medis, billing, hasil pemeriksaan penunjang, terapi, dan dokumen pendukung lainnya yang telah terintegrasi dalam sistem rumah sakit. Khusus pada kasus stroke**,** dokumen yang paling penting adalah hasil pembacaan CT Scan sebagai bukti penegakan diagnosis stroke. Selain itu, apabila pasien mengalami komplikasi atau kondisi penyerta seperti hemiparese, diperlukan dokumen pendukung seperti hasil pemeriksaan dan pelayanan rehabilitasi medik
Penanganan Dokumen Rekam Medis yang Belum Lengkap	Apabila ditemukan dokumen rekam medis yang belum lengkap seperti data pelayanan, tindakan, atau laporan medis, petugas koder ruangan akan segera melakukan konfirmasi kepada pihak terkait, seperti perawat ruangan atau DPJP agar segera diperbaiki dalam waktu 1 x 24 jam untuk menyelesaikan dan melengkapi dokumen rekam medis yang masih belum lengkap.
Pengaruh Kelengkapan Dokumen Rekam Medis terhadap Ketepatan Kodefikasi	Dokumen rekam medis yang lengkap membantu petugas koding dalam menentukan diagnosis dan tindakan secara tepat sesuai kondisi pasien serta pedoman ICD yang berlaku. Apabila hasil CT Scan belum tersedia atau belum dibacakan oleh dokter radiologi, petugas koding akan mengalami kesulitan dalam menetapkan kode diagnosis yang tepat. Selain

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9045

Indikator	Hasil wawancara
	mempengaruhi ketepatan kodefikasi, ketidaklengkapan dokumen juga berpotensi menyebabkan klaim *pending* karena kelengkapan dokumen rekam medis menjadi salah satu faktor utama yang mendukung ketepatan kode diagnosis dan tindakan serta kelancaran proses klaim BPJS pada pasien stroke rawat inap.

Hasil wawancara diatas diperkuat oleh verifikator casemix sebagai triangulasi sumber yang menegaskan bahwa Dokumen penunjang seperti SEP, resume medis, *billing*, dan hasil pembacaan *CT scan* serta laporan rehabilitasi medik merupakan syarat mutlak yang memengaruhi akurasi pengodean dan kelancaran klaim BPJs.

Faktor *Money* (Biaya klaim)

Faktor *money* dalam sistem INA-CBGs sangat dipengaruhi oleh tingkat ketepatan kodefikasi diagnosis dan tindakan di rumah sakit. Sistem pembayaran INA-CBGs memiliki hubungan yang sangat erat dengan kodefikasi, di *mana* nilai klaim yang dicairkan ditentukan sepenuhnya oleh kode diagnosis utama dan sekunder serta tindakan yang diinput. Ketepatan kodefikasi ini sangat krusial karena perbedaan detail penyakit seperti jenis-jenis stroke akan menghasilkan nilai klaim yang berbeda. Selain memengaruhi nominal, ketepatan ini juga menentukan status klaim dari BPJS, klaim akan disetujui jika kode sesuai dengan dokumen pendukung, dan akan tertunda (*pending*) jika terjadi ketidaksesuaian data medis. Oleh karena itu, sebagai langkah antisipasi untuk meminimalkan masalah tersebut, rumah sakit berupaya memperketat ketepatan pengodean diagnosis serta memastikan seluruh kelengkapan berkas pasien sejak masuk IGD hingga pulang, t*ermasuk resume medis* dan hasil pemeriksaan penunjang. Adapun hasil ringkasan wawancara dengan informan sebagai berikut:

Table 6 Ringkasan wawancara faktor *money*

Indikator	Hasil wawancara
Hubungan antara kode diagnosis dan tindakan dengan sistem pembayaran INA-cbgs	Hubungan antara kode diagnosis serta tindakan dengan sistem pembayaran INA-cbgs sangat memengaruhi Biaya klaim yang dikeluarkan oleh sistem INA-cbgs ditentukan sepenuhnya berdasarkan data kode diagnosis dan tindakan yang diinput oleh rumah sakit..

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9045

Indikator	Hasil wawancara
Ketepatan kodefikasi diagnosis dan tindakan mempengaruhi nilai klaim serta status klaim BPJS (approve, *pending* , atau reject)	Ketepatan kodefikasi diagnosis dan tindakan sangat memengaruhi nilai klaim sekaligus status persetujuan dari BPJS Kesehatan. Perbedaan detail kode seperti pada jenis penyakit stroke akan menghasilkan nominal biaya klaim yang berbeda, sementara status klaim (*approve* atau *pending*) sangat bergantung pada kesesuaian antara kode yang diinput dengan berkas kelengkapan medis yang dilampirkan. Jika terjadi ketidaksesuaian data atau dokumen pendukung, maka klaim tersebut akan tertunda (*pending*).
Upaya rumah sakit untuk meminimalkan masalah klaim BPJS yang berkaitan dengan kodefikasi	Upaya rumah sakit untuk meminimalkan masalah klaim BPJS terkait kodefikasi dilakukan dengan cara memastikan kelengkapan berkas pasien secara menyeluruh mulai dari masuk IGD hingga pulang termasuk resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang serta menjaga ketepatan pengodean agar selalu sesuai dan akurat dengan diagnosis medis yang ditegakkan.

Hasil wawancara diatas diperkuat oleh verifikator casemix sebagai triangulasi sumber yang menegaskan bahwa setiap variasi detail kode pada kasus stroke infark tidak hanya menentukan nominal tarif yang dicairkan, tetapi juga menjadi indikator utama penentu status klaim, di *mana* ketidaksesuaian antara kode diagnosis dengan bukti klinis rekam medis akan langsung memicu status klaim *pending* . Guna mengatasi risiko tersebut, Dokter *casemix* berperan sebagai verifikator internal yang memastikan kesesuaian dokumentasi klinis dengan ketentuan pengodean diagnosis serta regulasi klaim BPJS Kesehatan.

PEMBAHASAN

Ketepatan kodefikasi kasus stroke Infrak terhadap *Pending* klaim BPJS

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa ketepan kodefikasi kasus stroke infark di RSUD majenang yaitu 97%, untuk code tidak tepat 2,5%, dan tidak di coding 0,5%. Sedangkan jumlah pengajuan berkas klaim BPJS Kasus stroke infark pada Bulan Januari-Maret 2026 yaitu 280 kasus stroke infark. Berkas yang disetujui BPJS yaitu 97,1% (272 kasus) dan yang mengalami *pending* 2,9% (8 kasus). Data bulanan menunjukkan penurunan kasus *pending* , yaitu 5 kasus (5,1%) pada Januari, bulan februari 2 kasus (2,2%) dan bulan maret 1 kasus (1,1%). Di mana ditemukan Penyebeb *pending* yaitu 2,9% dan ketidaktepatan code yaitu 2,5%. Sehingga dari 8 kasus stroke yang *pending* ada 7 kasus stroke kode tidak tepat. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ketepatan kodefikasi kasus stroke memiliki hubungan dengan kejadian kasus *pending* klaim di RSUD majenang

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Iman dan Barsasella yang menyebutkan bahwa sebagian kode diagnosis sudah tepat dan sesuai tetapi jumlah kode yang tidak tepat (25,53%) berpotensi mengalami *pending* klaim [10]. Selain itu juga menurut penelitian Susanto, dkk (2025) menyebutkan kesalahan kodefikasi yang di gunakan tidak sesuai kondisi klinis dapat minimbulkan perbedaan jumlah klaim pada sistem INA-CBGs sehingga menimbulkan terjadinya *pending* klaim BPJS [11].

Faktor yang mempengaruhi ketepatan kodefikasi stroke infark terhadap klaim BPJS rawat inap (4M)
Faktor *Man* (Sumber daya *manusia*)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor *Man* berdasarkan pemahaman petugas koder telah memahami penerapan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan. Selain mengacu pada pedoman ICD, petugas juga mengikuti pembaruan regulasi melalui Berita Acara (BA) BPJS Kesehatan sebagai acuan tambahan dalam proses klaim. petugas juga mengikuti pelatihan koding, meskipun hanya perwakilan saja. Petugas yang mengikuti pelatihan kodefikasi wajib menyampikan hasil pelatihan yang di dapat melalui proses *internal sharing*. Dengan adanya *internal sharing* terkait hasil pelatihan semua petugas koder dapat melakukan pengkodean sesuai aturan atau kaidah koder. Hasil penelitian ini sesuai dengan zein dan syahira (2025 yang menyebutkan tingkat pemahaman dan keahlian petugas kodefikasi menunjukan kompetensi dasar petugas koder, tetapi terkait pelatihan petugas koding belum ada, sehingga berpengaruh terhadap akurasi kodefikasi [12]. Sedangkan menurut Karin, Novratilova, dan Budi (2022) Menyebutkan Ketepatan pengodean diagnosis menjadi tanggung jawab utama petugas rekam medis yang bertugas sebagai coder. Pengalaman kerja berperan penting dalam meningkatkan kemampuan petugas untuk memahami dokumentasi klinis, menginterpretasikan diagnosis secara akurat [13].

Aspek komunikasi juga menjadi faktor yang mendukung ketepatan kodefikasi. Komunikasi tersebut bertujuan memastikan ketepatan diagnosis, kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang seperti CT Scan, serta kesesuaian informasi medis sebelum kode diagnosis ditetapkan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Sango,2026 yang menybutkan kurangnya komunikas antara petugas koder dan DPJP dapat menimbulkan perbedaan persepsi terkait hasil pemeriksaan dengan diagnosa sehingga berdampak pada penentuan kode yang tidak tepat [14]. Menurut pnelitian Karin, Novratilova, dan Budi (2022) Menyebutkan komunikasi yang baik dengan dokter guna mendukung proses pengodean yang tepat Sehingga dapat disimpulkan bahwa faktor *Man* berpengaruh terhadap ketepatan kodefikasi, di mana petugas koder di RSUD Majenang memiliki kopetensi yang baik, pelaksanaan pelatihan, serta komunikasi yang efektif dengan DPJP mendukung ketepatan kodefikasi stroke infark dan berkontribusi terhadap kelancaran proses klaim BPJS [13].

Faktor *method* (Standar Prosedur Operasional)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa RSUD Majenang telah memiliki Standar Operasional Prosedur yang mengatur seluruh tahapan proses kodefikasi diagnosis dan tindakan. SOP tersebut menjadi pedoman bagi petugas koder dalam melaksanakan pengodean, mulai dari penentuan kode hingga penarikan data untuk pelaporan dan pengajuan klaim BPJS. Pada kasus stroke infark, proses kodefikasi diawali dengan penelaahan diagnosis yang tercantum pada resume medis. Apabila ditemukan

diagnosis yang belum jelas, petugas koder akan berkoordinasi dengan perawat ruangan untuk melakukan konfirmasi kepada DPJP. Selanjutnya, penentuan kode dilakukan berdasarkan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan, dengan mempertimbangkan hasil pemeriksaan penunjang, seperti laboratorium, radiologi, terapi yang diberikan, serta mengacu pada Berita Acara (BA) kesepakatan BPJS Kesehatan sebagai pedoman tambahan dalam proses klaim.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Handynata (2022) yang menyebutkan petugas koder belum melaksanakan SPO secara optimal sehingga menyebabkan adanya ketidaktepatan hasil kodifikasi [15]. Menurut penelitian Rahmawati dan Febrianti (2025) yang menunjukkan bahwa penerapan prosedur pengodean belum sepenuhnya optimal karena sebagian petugas masih mengandalkan hafalan dalam menentukan kode diagnosis. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa ketepatan kode diagnosis stroke berhubungan secara signifikan dengan persetujuan klaim BPJS [7]. Menurut penelitian Putri dan Novratilova (2025) menyebutkan tidak adanya SOP pengajuan klaim BPJS dapat menyebabkan ketidakkonsistenan dalam proses pengodean, verifikasi, dan pengajuan klaim, sehingga berpotensi meningkatkan risiko terjadinya kesalahan kodefikasi maupun klaim *pending*.

Berdasarkan temuan tersebut dapat di simpulkan bahwa faktor *method* berpengaruh terhadap ketepatan kodefikasi, di mana petugas penggunaan pedoman kodefikasi secara konsisten merupakan upaya dalam menjaga ketepatan kode diagnosis dan tindakan. [16]

Faktor *material* (Kelengkapan berkas klaim)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor *material*, yaitu kelengkapan dokumen rekam medis, dalam menetukan ketepatan kodefikasi diagnosis dan tindakan pada kasus stroke infark. Dokumen yang diperlukan dalam proses kodefikasi dan pengajuan klaim meliputi SEP, resume medis, billing, hasil pemeriksaan penunjang, terapi, serta hasil pembacaan *CT Scan* yang menjadi bukti utama penegakan diagnosis stroke infark. Apabila pasien mengalami komplikasi seperti hemiparese, diperlukan pula dokumen pendukung rehabilitasi medik. Apabila dokumen penunjang tidak lengkap menyebabkan penetuan kode tidak tepat sehinga menyebabkan klaim *pending* . Untuk mengatasi hal tersebut, petugas koder di RSUD Majenang melakukan konfirmasi kepada perawat maupun DPJP apabila ditemukan dokumen yang belum lengkap, dengan target penyelesaian maksimal 1 × 24 jam sesuai SOP

Hasil penelitian ini sejalan dengan Oktamianiza dan Reza (2022) yang menyatakan bahwa ketidaklengkapan resume medis dan data penunjang menjadi penyebab utama terjadinya *pending* klaim BPJS [17]. Penelitian Puspitasari,dkk (2024) menunjukkan bahwa ketidakakuratan kode diagnosis dan tindakan sering berawal dari dokumen pendukung yang belum lengkap sehingga memerlukan konfirmasi ulang pada proses verifikasi klaim [18]. Berdasarkan temuan tersebut dapat di simpulkan bahwa faktor *material* berpengaruh terhadap ketepan kodefikasi karena kelengkapan dokumen rekam medis merupakan penentu dalam menghasilkan kode yang akurat, memperlancar proses verifikasi, serta meminimalkan risiko *pending* klaim BPJS pada kasus stroke infark.

Faktor *Money* (Biaya klaim)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor *money* berkaitan erat dengan sistem pembayaran INA-CBGs, di *mana* ketepatan kodefikasi diagnosis dan tindakan menentukan kelompok INA-CBGs, besaran tarif klaim, serta status persetujuan klaim BPJS. Pada kasus stroke infark, perbedaan kode diagnosis dapat menghasilkan tarif klaim yang berbeda. Apabila kode sesuai dengan kondisi klinis dan didukung dokumen yang lengkap, klaim dapat disetujui. Sebaliknya, ketidaktepatan kode atau ketidaklengkapan dokumen dapat menyebabkan klaim *pending* sehingga pembayaran rumah sakit tertunda.

Temuan ini sejalan dengan Pradyantara (2023) menyebutkan bahwa berkas mengalami perubahan kode INA-CBGs setelah dilakukan recording ICD- mengakibatkan perubahan nilai klaim. Hal ini menunjukkan bahwa ketidaktepatan kodefikasi dapat memengaruhi hasil grouping, besaran tarif,

serta mengharuskan rumah sakit melakukan recoding dan regrouping setelah verifikasi BPJS [19]. Hasil penelitian ini juga didukung oleh Rahmawati dan Febrianti (2025) yang menyatakan bahwa ketepatan kode diagnosis berhubungan signifikan dengan persetujuan dan kelancaran klaim BPJS. Dengan demikian, ketepatan kodefikasi menjadi faktor penting dalam menjaga kelancaran proses klaim sekaligus mencegah kerugian finansial akibat perubahan tarif INA-CBGs maupun klaim *pending* [7]. Berdasarkan temuan tersebut menunjukan ketepatan kodefikasi mempengaruhi besaran tarif INA-CBGs

KESIMPULAN

Ketepatan kodefikasi kasus stroke infark di RSUD majenang yaitu 97,3% dan code tidak tepat 2,4%, dan tidak di coding 0,1%. Tingkat klaim yang mencapai yang di setujui yaitu 97,3% dan yang mengalami *pending* 2,7%. Penyebab Utama *Pending* yaitu pengodean tidak tepat. Faktor yang mempengaruhi ketepatan kodefikasi stroke infark terhadap klaim BPJS rawat inap di RSUD Majenang yaitu faktor *man* dan Material. Faktor *man* yaitu keterbatasan pelatihan koder bagi petugas. Faktor *method* ketersediaan SOP kodefikasi resmi mulai dari proses pengodean hingga penarikan data klaim. Alur penentuan kode pasien stroke berjalan ketat dengan menelaah resume medis, melakukan *cross-check* ke DPJP. Faktor *money* Sistem pembayaran INA-CBGs bergantung sepenuhnya pada ketepatan input kode diagnosis dan tindakan. Kesalahan atau variasi detail koding stroke infark tidak hanya mengubah nominal tarif yang dicairkan, tetapi langsung memicu klaim *pending* yang mengganggu arus kas rumah sakit.

PENUTUP

Ucapan Terima kasih kepada Politeknik Indonusa Surakarta atas dukungan akademik yang diberikan. Terimakasih kepada Ibu Direktur RSUD Majenang atas izin dan fasilitas yang diberikan selama penelitian, serta kepada seluruh petugas koder dan tim casemix RSUD Majenang yang telah sangat kooperatif membagikan ilmu, data, dan waktunya selama proses pengambilan data di lapangan.

DAFTAR PUSTAKA

[1] UU No.17. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. 2023.
[2] Permenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis. 2022.
[3] Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 2020.
[4] Pradnyantara IGANP, Mirayanti NKA, Putri NLNDD, et al. Sosialisasi Pentingnya Klasifikasi Kodefikasi Penyakit Kasus Balita Dalam Menunjang Klaim Asuransi JKN Pada Masa Digitalisasi Rekam Medis Elektronik. J Pengabdi Masy Permata Indones [Internet]. 2025;7(April):35–41.
[5] BPJS Kesehatan. Pedoman Teknis Administrasi dan Verifikasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: BPJS Kesehatan; 2023.
[6] Ramdhan A, Monica RD. Analisis Ketepatan Kodifikasi Kasus Pending Pasien Rawat Inap Peserta Jkn Guna Menunjang Kualitas Klaim Di Rsud Bandung Kiwari. J iInnovative Creat [Internet]. 2025;5(2):6686–6696.
[7] Rahmawati EN, Febrianti SN. Stroke Code Accuracy Correlates with Social Security Administration Claim Approval Ketepatan Kode Stroke Berkorelasi dengan Persetujuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Procedia Eng Life Sci Vol [Internet]. 2025;9:99–108.
[8] Lautsan CF, Satrya BA, Widjaja L, et al. Tinjauan Ketepatan Kodefikasi Penyakit Hipertensi Pada Pasien Rawat Jalan di Klinik Pratama Satkes Denma Mabesal. J *Mana* j Inf Kesehat Indones. 2025;13:89–95.
[9] Hatta GR. *Mana jemen* informasi kesehatan di sarana pelayanan kesehatan. Jakarta: UI press; 2021.
[10] I*man* AT, Barsasella D. Pengaruh Kodifikasi ICD 10 Dan ICD 9 CM Terhadap Klaim JKN Rawat Inap ICD 10 And ICD 9 CM Codification Effect Towards JKN Inpatient Claims At RSUD Dr . Soekardjo Kota Tasikmalaya. J Persada Husada Indones [Internet]. 2019;6(22):39–49.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9045

[11] Anton Susanto, Galih Maheswari Candraningtyas, Agus Trijono. Akurasi Pengkodean Diagnosis dan Prosedur Medis serta Implikasinya terhadap Klaim JKN di RSUD Pandan Arang. J Ilm Kedokt dan Kesehat. 2025;4(3):306–317.
[12] Zein RE, Syahirah T. Analisis Faktor-Faktor Ketidakakuratan Kodefikasi. J Infrmasi Kesehat Indones [Internet]. 2025;11(2):85–95.
[13] Salsa Billa Karin, Sinta Novratilova, Agustyarum Pradiska Budi. Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Diabetes Mellitus Di Rumah Sakit Karanggede Sisma Medika. J Heal Inf *Mana* g Indones. 2022;1(3):21–28.
[14] Oktamianiza O, Reza IA, Novita D. Tinjauan Ketepatan Kode dengan Pending Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan. J Rekam Medis dan Inf Kesehat [Internet]. 2022;5(1):37–46.
[15] Handynata K, Indawati L, Happy Putra D, et al. Tinjauan Ketepatan Kodifikasi Penyakit Diabetes Mellitus Tipe Ii Pada Jumlah Pasien Dalam Menunjang Laporan Surveilans Kesehatan Rawat Jalan Di Rs Anna Medika. J Kesehat Tambusai. 2022;3(1):235–244.
[16] Putri AF, Novratilova S. Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung. J Kesehat Trop Indones [Internet]. 2025;03(September):244–270.
[17] Oktamianiza, Reza IA. Tinjauan Ketepatan Kode dengan Pending Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSUD dr. Adnaan Wd Payakumbuh Tahun 2021. J Rekam Medis dan Inf Kesehat. 2022;5(1):37–46.
[18] Puspitasari S, Hidayat AD, Pangestuti A. Analisis Keakuratan Kodifikasi Diagnosis dan Tindakan dengan Konfirmasi Ulang Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Periode Bulan Januari-April Tahun 2024 di RSUD SLG Kediri. Procedia Eng Life Sci Vol [Internet]. 2024;7:29–37.
[19] Pradnyantara IGANP. Analisis Selisih Biaya Antara Tarif riil Rumah Sakit Dengan Tarif Ina-CBGs Pada Kasus Sectio Caesarean Di Rumah Sakit Panti Nugroho. J *Mana* j Inf Kesehat Indones. 2023;11(2):91–95.