



Analisis Implementasi IDRG dalam Menunjang Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X

Analysis of IDRG Implementation in Supporting BPJS Kesehatan Claims at Hospital X

Azzahra Jasmine Rahayu*, Diansyah

**Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Piki Ganesha, Indonesia*

lppm.piksi@gmail.com*

Abstract

The implementation of Indonesian Diagnosis Related Groups (iDRG) within the National Health Insurance (JKN) program requires technical readiness, human resources, and adequate clinical documentation. This descriptive qualitative study analyzed iDRG implementation at Hospital X through interviews with seven informants and claim data from September 2025 to April 2026. The study population comprised all staff at Hospital X involved in the BPJS Kesehatan claims process, with a sample of seven informants selected via purposive sampling. Data sources included both primary data—obtained through observation and interviews with staff directly involved in BPJS Kesehatan claim management—and secondary data. Implementation, which began in October 2025, proceeded smoothly thanks to the integration of the Hospital Information System (SIMRS) and the E-Claim system. Out of 87,544 claims, 4,248 cases (4.86%) were flagged as "pending." These were predominantly caused by Repeated Visits/Fragmentation (70.3%), Coding Discrepancies (10.6%), Incomplete Documentation (9.6%), Changes in Service Type (5.4%), and Medical Indications (4.1%), reflecting the dominance of administrative issues. Clinical documentation evaluation was not yet comprehensive due to the concurrent transition to Electronic Medical Records (EMR). Recommended solutions involve five strategic steps: strengthening the management of Referred-Back Patients (PRB), automating fragmentation detection within the SIMRS, enhancing iDRG coder competency, implementing standardized medical record audits, and accelerating SIMRS finalization alongside EMR stabilization. A comprehensive evaluation of the impact of iDRG implementation on clinical documentation quality was not feasible, as the process coincided with the transition to Electronic Medical Records (EMR) and SIMRS development. Therefore, it is necessary to strengthen coder competency, improve the quality and completeness of medical records, reinforce claim management, and optimize information systems to support the sustainable control of pending claims.

Keywords : iDRG, BPJS, Claims, Pending, Casemix

Abstrak

Implementasi *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG) dalam program JKN menuntut kesiapan teknis, SDM, dan dokumentasi klinis. Penelitian kualitatif deskriptif ini menganalisis implementasi iDRG di RS X melalui wawancara tujuh informan dan data klaim September 2025–April 2026. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh petugas di RS X yang terlibat dalam proses pengklaiman BPJS Kesehatan. Sampel dalam penelitian ini terdiri dari 7 informan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Sumber data yang digunakan terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui observasi dan wawancara kepada informan





yang terlibat langsung dalam proses pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di RS X Implementasi sejak Oktober 2025 berjalan lancar berkat integrasi SIMRS–E-Klaim. Dari 87.544 klaim, ditemukan 4.248 kasus *pending* (4,86%), didominasi Kunjungan Berulang/Fragmentasi (70,3%), Ketidaksesuaian Koding (10,6%), Ketidaklengkapan Dokumen (9,6%), Alih Jenis Pelayanan (5,4%), dan Indikasi Medis (4,1%), yang mencerminkan dominansi masalah administratif. Evaluasi dokumentasi klinis belum komprehensif akibat transisi rekam medis elektronik (RME) yang bersamaan. Rekomendasi solusi mencakup lima langkah strategis: penguatan tata kelola Pasien Rujuk Balik (PRB), otomatisasi deteksi fragmentasi pada SIMRS, peningkatan kompetensi koder iDRG, penerapan audit rekam medis terstandar, serta akselerasi penyelesaian SIMRS dan stabilisasi RME. Evaluasi dampak implementasi iDRG terhadap kualitas dokumentasi klinis belum dapat dilakukan secara komprehensif karena berlangsung bersamaan dengan proses transisi menuju Rekam Medis Elektronik (RME) dan pengembangan SIMRS. Oleh karena itu, diperlukan penguatan kompetensi koder, peningkatan kualitas dan kelengkapan rekam medis, penguatan tata kelola klaim, serta optimalisasi sistem informasi untuk mendukung pengendalian *pending claim* secara berkelanjutan

Kata Kunci: iDRG, Klaim, BPJS, Pending, *Casemix*

**Penulis Korespondensi : Azzahra Jasmine Rahayu*

I. PENDAHULUAN

Salah satu pilar penting dari pemerintah dalam pembangunan nasional yaitu kesejahteraan kesehatan dimana pemerintah membuat program Kesehatan yaitu JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) sesuai dengan Undang Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada pasal 1 ayat 1 yang berbunyi “Sistem Jaminan Sosial Nasional Adalah tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial” dan pada pasal 19 ayat 2 yang berbunyi “Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan” (Undang Undang No. 40, 2004). Untuk mewujudkan program ini, pemerintah membentuk badan kesehatan yang bernama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Di mana sesuai dengan Undang Undang nomor 24 Tahun 2011 pasal 6 Ayat 1 BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Dan pasal 6 ayat 1 yang berbunyi BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan Kesehatan (Undang-Undang No. 24, 2011).

Pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014 Pasal 2 ayat 1 disebutkan bahwa seluruh fasilitas kesehatan wajib memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Permenkes No. 28, 2014). Salah satu fasilitas kesehatan yang dimaksud adalah rumah sakit. Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Pasal 1 ayat 1, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Undang-Undang No. 44, 2009).

Salah satu kegiatan rumah sakit dalam mewujudkan program BPJS Kesehatan Adalah dengan memberikan pelayanan kesehatan pada peserta Jaminan Kesehatan Nasioanl (JKN) dimana rumah sakit memiliki beberapa unit kerja yang mendukung peningkatan mutu pelayanan, salah satunya adalah unit *casemix*. Unit *casemix* merupakan ujung tombak dalam proses pengelolaan klaim pelayanan Kesehatan. Salah satu kegiatan utama dalam unit *casemix* adalah melakukan pengklaiman kepada BPJS Kesehatan melalui penginputan kode diagnosis dan tindakan berdasarkan standar klasifikasi ke dalam aplikasi INA-CBGS (Permenkes No. 76, 2016). Aplikasi INA-CBGSs digunakan sebagai sistem pengelompokan kasus dalam proses klaim pelayanan kesehatan kepada BPJS



Kesehatan. Namun, dalam pelaksanaannya masih terdapat berbagai hambatan yang dihadapi oleh rumah sakit di Indonesia, seperti ketidaktepatan pengkodean diagnosis dan tindakan, ketidaksesuaian berkas klaim, serta terjadinya klaim pending atau bahkan klaim yang ditolak (Hidayat, 2021).

Berdasarkan kondisi tersebut, pemerintah pada tahun 2025 mulai melakukan pengembangan sistem pembayaran pelayanan kesehatan dari INA-CBGS menuju sistem IDRG. Sistem IDRG merupakan metode pengelompokan diagnosis yang lebih komprehensif dan terintegrasi, dengan tujuan meningkatkan akurasi klaim, efisiensi pembiayaan, serta transparansi dalam pelayanan kesehatan. Diharapkan dengan penerapan IDRG, permasalahan seperti klaim pending dan ketidaksesuaian data dapat diminimalisir sehingga pelayanan kesehatan kepada peserta JKN menjadi lebih optimal (Susanty, Hardisman, 2025).

Berdasarkan hasil observasi awal di RS X pada bulan Maret 2026, sosialisasi implementasi iDRG telah dilakukan sejak April 2025 dan mulai disimulasikan pada September 2025. Selama proses simulasi, rumah sakit sempat mengalami tiga kali kegagalan uji coba sebelum akhirnya dinyatakan lolos pada awal Oktober 2025 dan sistem mulai dapat diimplementasikan. Proses transisi implementasi iDRG di RS X tidak menimbulkan hambatan besar terhadap proses klaim BPJS karena rumah sakit tidak perlu melakukan grouping ulang klaim sebelumnya sehingga klaim tetap berjalan lancar. Namun hasil dari wawancara awal dengan koordinator *casemix* Rumah Sakit X, menjelaskan bahwa dalam proses implementasinya masih ditemukan beberapa kendala, seperti adanya bug pada sistem dari Kementerian Kesehatan yang menyebabkan sebagian data pada aplikasi E-Klaim hilang dan berdampak pada ketidaksesuaian laporan biaya klaim. Selain itu, implementasi iDRG lebih berpengaruh pada kelengkapan dokumen rekam medis yang dituntut lebih rinci dibandingkan sistem INA-CBGs. Meskipun SIMRS RS X telah terintegrasi dengan sistem E-Klaim BPJS sehingga petugas tidak perlu melakukan input ulang data, proses grouping ulang klaim pending masih dilakukan melalui aplikasi E-Klaim karena dinilai lebih mudah dan efisien oleh petugas *casemix*. Kelengkapan dokumen, kesiapan SIMRS dan SDM juga menjadi kendala dalam proses klaim BPJS selama pengimplementasian iDRG. (Penulis, 2026)

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nenny Oktarina dan Sinta Novratilova pada tahun 2025 yang berjudul *Evaluasi Sistem Casemix Dalam Proses Klaim BPJS: Studi Kualitatif Di RS Paru Ario Wirawan Salatiga* yang menyatakan bahwa efektivitas pengelolaan klaim BPJS tidak hanya dipengaruhi oleh keberadaan sistem *Casemix* itu sendiri, tetapi juga ditentukan oleh kesiapan infrastruktur digital, integrasi sistem informasi, kelengkapan administrasi medis, serta peran aktif sumber daya manusia yang terlibat (Oktarina & Novratilova, 2025). Selain itu, hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Early Adrian pada tahun 2025 yang berjudul *Keterbatasan Sistem Pembayaran INA-CBGs dan Arah Pengembangan IDRG dalam Jaminan Kesehatan Nasional: Tinjauan Literatur*, yang menyatakan bahwa bahwa iDRG memiliki keunggulan dibandingkan INA-CBGs karena mempertimbangkan diagnosis, tindakan, tingkat keparahan, serta kompleksitas klinis pasien secara lebih komprehensif, sehingga berpotensi menghasilkan pembiayaan yang lebih adil dan transparan (Early Ardelian, 2025).

Berdasarkan penelitian diatas, maka peneliti tertarik mengambil judul Analisis Implementasi IDRG Dalam Menunjang Klaim BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit X untuk mengetahui apakah jika ada keterkaitan antara iDRG dengan kelengkapan resume medis, maka akan ada pengaruhnya juga terhadap klaim bpjs atau tidak. Dan apa dampak iDRG ini sendiri terhadap tarif rumah sakit.

II. METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Pendekatan ini dipilih karena penelitian bertujuan untuk menggambarkan secara mendalam implementasi sistem iDRG dalam menunjang klaim BPJS Kesehatan, serta mengetahui peran, hambatan, dan proses yang terjadi pada pelaksanaan klaim di rumah sakit (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025). Penelitian dilaksanakan di RS X, yaitu



rumah sakit yang telah mengimplementasikan sistem iDRG sejak Oktober 2025 dalam proses pengelolaan klaim BPJS Kesehatan. Lokasi penelitian difokuskan pada unit *casemix* dan unit rekam medis, karena kedua unit tersebut memiliki peran yang saling berkaitan dalam proses implementasi iDRG, mulai dari penginputan data klinis, pengkodean diagnosis dan tindakan, proses grouping, hingga pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025; Pengantar iDRG - Sosialisasi RS Vertikal, 2025). Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret sampai April 2026, dengan menggunakan data klaim pending periode September 2025 sampai April 2026 sebagai data pendukung.

Sumber data yang digunakan terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui observasi dan wawancara kepada informan yang terlibat langsung dalam proses pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di RS X. Data sekunder diperoleh dari dokumen pendukung seperti standar operasional prosedur (SOP), laporan pending klaim, serta literatur dan penelitian terdahulu yang relevan dengan implementasi iDRG dan sistem klaim BPJS Kesehatan (Pengantar iDRG - Sosialisasi RS Vertikal, 2025; Aldi Pratama dkk, 2023). Selama periode penelitian (September 2025–April 2026), total berkas klaim yang diajukan oleh RS X kepada BPJS Kesehatan mencakup sampel sebanyak 87.544 klaim, yang terdiri atas 5.852 klaim Rawat Inap (6,68%) dan 81.692 klaim Rawat Jalan (93,32%).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh petugas di RS X yang terlibat dalam proses pengklaiman BPJS Kesehatan. Adapun sampel dalam penelitian ini terdiri dari 7 informan yang dipilih berdasarkan peran dan keterlibatannya.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*, yaitu pemilihan informan berdasarkan pertimbangan tertentu sesuai dengan kebutuhan penelitian (Sugiyono, 2022). Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu Petugas yang terlibat langsung di unit *casemix*, memiliki pengetahuan serta pengalaman terkait implementasi iDRG, dan telah bekerja minimal satu tahun pada unit terkait, serta bersedia memberikan informasi dan mengikuti proses wawancara selama penelitian berlangsung. Adapun kriteria eksklusi meliputi Petugas yang terlibat langsung di unit *casemix* bagian pemberkasan *billing*.

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui observasi dan wawancara menggunakan pedoman wawancara yang telah disusun berdasarkan tujuan penelitian. Observasi dilakukan untuk memahami alur implementasi iDRG dalam proses klaim BPJS Kesehatan, sedangkan wawancara dilakukan untuk memperoleh informasi secara mendalam mengenai pelaksanaan, manfaat, dan kendala yang dihadapi selama implementasi sistem tersebut (Moleong, 2017).

Teknik analisis data menggunakan model Miles dan Huberman yang meliputi pengumpulan data (*data collection*), reduksi data (*data reduction*), penyajian data (*data display*), dan penarikan kesimpulan atau verifikasi (*conclusion drawing/verification*) (Miles, Huberman, & Saldaña, 2020). Data yang diperoleh dari hasil observasi, wawancara, dan dokumentasi dianalisis secara sistematis untuk memperoleh gambaran yang komprehensif mengenai implementasi iDRG dalam menunjang klaim BPJS Kesehatan di RS X. Analisis dilakukan dengan membandingkan dan menginterpretasikan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber data sehingga dapat mengidentifikasi proses pelaksanaan, peran iDRG, manfaat yang diperoleh, serta kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan. Hasil analisis kemudian disajikan secara deskriptif sesuai dengan tujuan penelitian.

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hasil penelitian

Tabel 1 Distribusi Informan Penelitian

No.	Peran / Jabatan Informan	Jumlah (Orang)
1	Koordinator Casemix	1
2	Kepala Rekam Medis	1
3	Coder Rawat Jalan Bagian Casemix	1
4	Dokter Spesialis Poliklinik	1
5	Kepala IT	1
6	Dokter Casemix	1
7	Staf Rekam Medis Bagian Assembling	1
Total		7

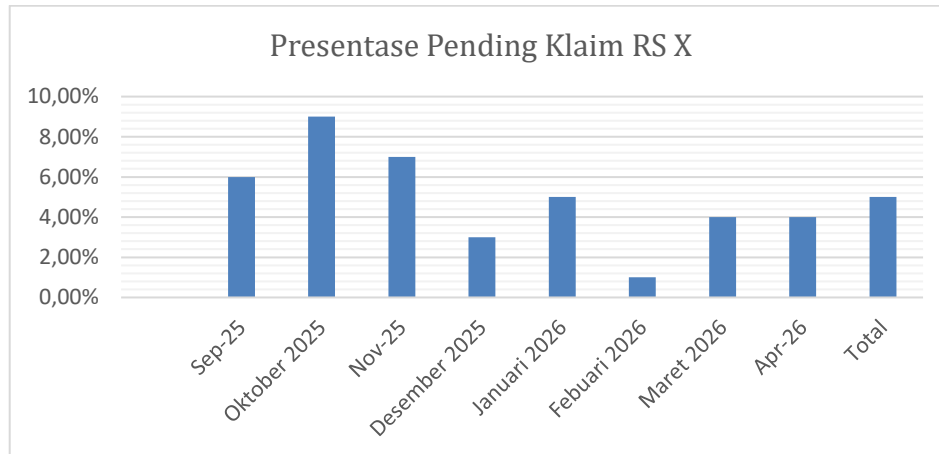
Berdasarkan Tabel 1, jumlah informan dalam penelitian ini sebanyak 7 orang yang berasal dari berbagai unit dan memiliki peran yang berkaitan dengan proses implementasi iDRG dan pengelolaan klaim BPJS Kesehatan. Informan terdiri atas Koordinator *Casemix*, Kepala Rekam Medis, *coder* rawat jalan bagian *casemix*, Dokter Spesialis Poliklinik, Kepala IT, Dokter *Casemix*, dan Staf Rekam Medis bagian *assembling*, dengan masing-masing berjumlah 1 orang.

Tabel 2 Rekapitulasi Pengajuan Klaim dan Klaim Pending
Periode September 2025 – April 2026

Bulan	Total Pengajuan Berkas Klaim		Jumlah	Total Pending RI dan RJ	Presentase
	RI	RJ			
September 2025	819	10320	11139	622	6%
Oktober 2025	824	10615	11439	1022	9%
November 2025	716	9751	10467	765	7%
Desember 2025	749	10496	11245	287	3%
Januari 2026	738	10607	11345	605	5%
Februari 2026	655	9715	10370	88	1%
Maret 2026	611	8879	9490	402	4%
April 2026	740	11309	12049	457	4%
Total	5852	81692	87544	4248	4%

Berdasarkan tabel 2 didapat data bahwa selama periode September 2025 hingga April 2026, RS X mengajukan total 87.544 berkas klaim kepada BPJS Kesehatan, terdiri atas klaim Rawat Inap (RI) sebanyak 5.852 klaim (6,68%) dan klaim Rawat Jalan (RJ) sebanyak 81.692 klaim (93,32%), dengan rata-rata

pengajuan per bulan mencapai 10.943 klaim. Volume klaim bulanan tertinggi tercatat pada April 2026 sebesar 12.049 klaim, sedangkan terendah pada Maret 2026 sebesar 9.490 klaim.



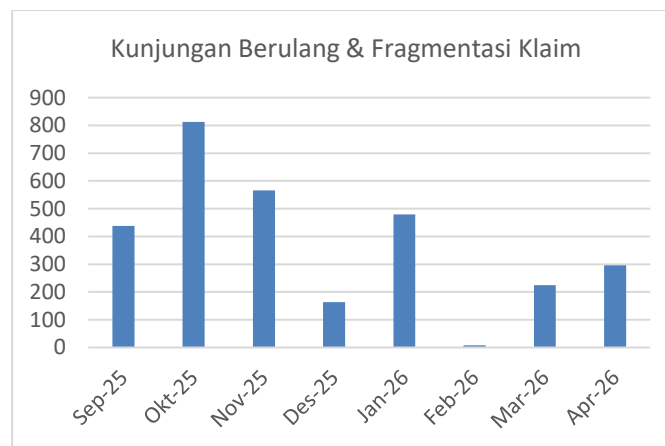
Gambar 1 Persentase Pending Klaim BPJS Kesehatan di RS X

Berdasarkan diagram di atas, terlihat tren persentase pending klaim di RS X selama periode September 2025 hingga April 2026. Puncak tertinggi pending klaim terjadi pada bulan Oktober 2025 yang mencapai 9,00%. Setelah itu, angka pending klaim sempat berfluktuasi namun menunjukkan tren penurunan yang cukup baik hingga menyentuh titik terendah pada bulan Februari 2026, yaitu sebesar 1,00%. Pada dua bulan terakhir pengamatan (Maret dan April 2026), persentase tersebut stabil di angka 4,00%. Secara keseluruhan, total rata-rata persentase pending klaim RS X selama periode pengamatan tersebut berada di angka 5,00%

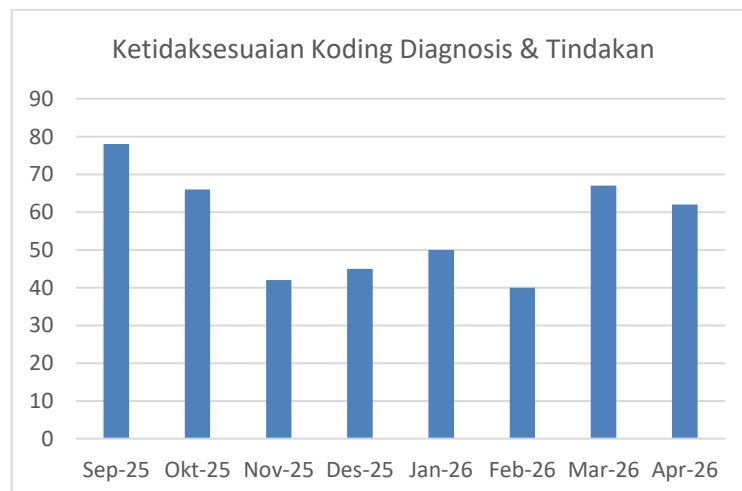
Tabel 3 Kategori Pending klaim BPJS Kesehatan di RS X
Periode September 2025 – April 2026

Kategori	Sep-25	Okt-25	Nov-25	Des-25	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	Total	%
Kunjungan Berulang & Fragmentasi Klaim	438	812	566	163	479	8	225	296	2.987	70,3%
Ketidaksesuaian Koding Diagnosis & Tindakan	78	66	42	45	50	40	67	62	450	10,6%
Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung	59	40	66	43	57	24	60	57	406	9,6%
Alih Jenis Pelayanan (Ranap ke Rajal)	21	49	78	31	15	6	18	11	229	5,4%
Ketidaksesuaian Indikasi Medis & Kebijakan Penjaminan	26	55	13	5	4	10	32	31	176	4,1%
Total	622	1.022	765	287	605	88	402	457	4.248	100%

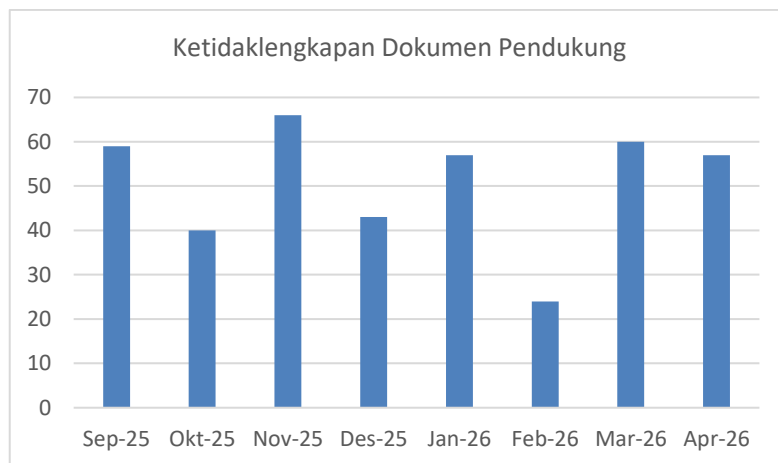
Dari tabel diatas disebutkan bahwa dari total pengajuan klaim BPJS di RS X, terdapat 4.248 kasus klaim pending (4,86%). Persentase pending tertinggi terjadi pada Oktober 2025 sebesar 9% (1.022 kasus) dan terendah pada Februari 2026 sebesar 1% (88 kasus). Secara kronologis, klaim pending berfluktuasi sebagai berikut: September 2025 sebesar 622 kasus (6%), Oktober 2025 sebesar 1.022 kasus (9%), November 2025 sebesar 765 kasus (7%), Desember 2025 sebesar 287 kasus (3%), Januari 2026 sebesar 605 kasus (5%), Februari 2026 sebesar 88 kasus (1%), Maret 2026 sebesar 402 kasus (4%), dan April 2026 sebesar 457 kasus (4%).



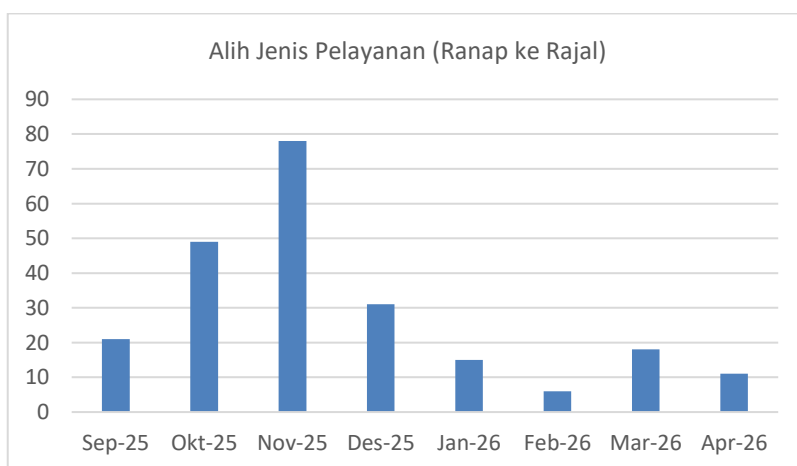
Gambar 2 Grafik Tren Pending Klaim Kategori Kunjungan Berulang & Fragmentasi Klaim di RS X Periode September 2025 – April 2026



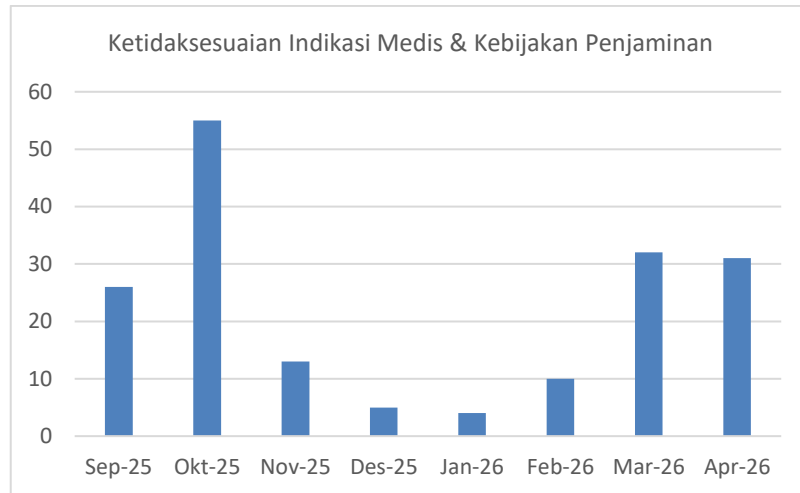
Gambar 3 Grafik Tren Pending Klaim Kategori Ketidaksesuaian Koding Diagnosis & Tindakan di RS X Periode September 2025 – April 2026



Gambar 4 Grafik Tren Pending Klaim Kategori Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung di RS X Periode September 2025 – April 2026



Gambar 4 Grafik Tren Pending Klaim Kategori Alih Jenis Pelayanan (Ranap ke Rajal) di RS X Periode September 2025 – April 2026



Gambar 5 Grafik Tren Pending Klaim Kategori Ketidaksesuaian Indikasi Medis & Kebijakan Penjaminan di RS X Periode September 2025 – April 2026

2. Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi iDRG di RS X dapat berjalan tanpa menyebabkan gangguan yang signifikan terhadap proses klaim BPJS Kesehatan. Meskipun terjadi perubahan sistem dari INA-CBGs menuju iDRG, proses klaim tetap berjalan karena rumah sakit tidak perlu melakukan grouping ulang terhadap klaim yang telah diproses sebelumnya. Berdasarkan hasil wawancara dengan Koordinator *casemix*, kendala utama pada awal implementasi adalah adanya gangguan teknis berupa bug pada aplikasi yang menyebabkan sebagian data hilang dari sistem. RS X mengatasinya dengan melakukan pencadangan data secara rutin sebelum proses pembaruan sistem, yang mencerminkan kolaborasi yang baik antara unit *Casemix* dan unit Teknologi Informasi.

Faktor pendukung utama implementasi adalah integrasi antara SIMRS dan sistem E-Klaim BPJS yang mengeliminasi kebutuhan penginputan data berulang, serta fitur validasi koding pada SIMRS yang membantu meningkatkan akurasi pengkodean diagnosis dan tindakan. Seperti yang disampaikan oleh kepala IT RS X pada wawancaranya disampaikan bahwa implementasi iDRG di rumah sakit didukung penuh oleh Unit IT melalui integrasi otomatis berbasis *bridging API* antara Rekam Medis Elektronik (RME) dan aplikasi E-Klaim untuk mencegah *double-entry* data.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Koordinator *casemix*, tarif yang dihasilkan sistem iDRG cenderung lebih besar dibandingkan tarif INA-CBGs karena sistem ini dirancang untuk menggambarkan kompleksitas kasus secara lebih rinci. Namun potensi peningkatan tarif ini belum dapat dievaluasi secara nyata karena implementasi masih dalam tahap uji coba nasional, dan keakuratannya pada akhirnya akan sangat bergantung pada kualitas dokumentasi klinis yang dihasilkan. Hal ini sejalan dengan kajian Early Ardelian yang menyatakan bahwa iDRG memiliki keunggulan dibandingkan INA-CBGs karena mempertimbangkan diagnosis, tindakan, tingkat keparahan, serta kompleksitas klinis pasien secara lebih komprehensif, sehingga berpotensi menghasilkan pembiayaan yang lebih adil dan transparan. Namun sebagaimana temuan di RS X, potensi tersebut baru dapat terealisasi apabila kualitas dokumentasi klinis dan ketepatan koding memenuhi standar yang disyaratkan sistem iDRG (Early Ardelian, 2025).

Kunjungan Berulang dan Fragmentasi Klaim menjadi kategori paling dominan sepanjang periode dengan total 2.987 kasus (70,3%). Kategori ini mencatat angka tertinggi pada Oktober 2025 sebesar 812 kasus dan Januari 2026 sebesar 479 kasus, namun turun drastis pada Februari 2026 menjadi hanya 8 kasus.

Dominasi ini tidak lepas dari tiga faktor yang saling berkaitan. Pertama, volume pengajuan klaim RJ sangat tinggi mencapai 8.879 hingga 11.309 klaim per bulan dibandingkan RI yang hanya berkisar 611 hingga 824 klaim per bulan, dan fragmentasi hampir selalu terjadi di segmen rawat jalan. Kedua, belum optimalnya pengelolaan Program Rujuk Balik (PRB) dan iterasi obat kronis, di mana pasien yang seharusnya sudah masuk skema PRB masih diklaim sebagai kunjungan rawat jalan biasa. Ketiga, SIMRS RS X belum memiliki fitur deteksi otomatis potensi fragmentasi sebelum klaim diajukan sehingga pencegahan masih bergantung sepenuhnya pada ketelitian petugas. Selama akar masalah pada pengelolaan PRB dan ketiadaan sistem pencegahan otomatis belum ditangani secara sistematis, kategori ini akan tetap mendominasi angka pending.

Kategori Ketidaksesuaian Koding Diagnosis dan Tindakan mencatat total 450 kasus (10,6% dari keseluruhan pending) dengan pola bulanan yang paling dinamis sepanjang periode observasi. Sebagaimana ditunjukkan pada Gambar 2, tren bulanan pada kategori ini menunjukkan pola yang fluktuatif, bukan tren menurun yang konsisten. Jumlah kasus berada pada titik tertinggi di awal periode observasi pada September 2025 dengan 78 kasus, kemudian menurun bertahap hingga November 2025 (42 kasus), sempat naik kembali pada Desember 2025 dan Januari 2026, sebelum turun ke titik terendah pada Februari 2026 dengan 40 kasus.

Meskipun secara absolut angka pada Februari 2026 berada di titik terendah, proporsinya melonjak menjadi yang tertinggi yaitu sebesar 45,5% dari total pending bulan tersebut dan menjadikannya penyebab utama pending untuk pertama kalinya. Perlu dicatat bahwa tingginya proporsi ini lebih mencerminkan turunnya total pending klaim secara keseluruhan pada bulan itu, bukan memburuknya akurasi koding. Selanjutnya, pada Maret–April 2026, jumlah kasus meningkat kembali dan relatif stabil di kisaran 62–67 kasus dengan proporsi 13,6–16,7%.

Pola dinamis ini mengindikasikan bahwa tuntutan spesifisitas koding yang lebih tinggi dalam sistem iDRG masih berada dalam tahap adaptasi bagi tenaga koder. Sistem iDRG sendiri mensyaratkan kesesuaian yang lebih ketat antara kode diagnosis utama, diagnosis sekunder, dan kode tindakan, sehingga ketidaktepatan pada salah satu komponen dapat langsung berdampak pada status pending klaim (Pratami, N. R., & Muharrom, I. R. (2024)). Hal ini dikonfirmasi oleh informan koder dalam wawancara, yang menyatakan bahwa sistem iDRG tidak terlalu membebani, namun tetap membutuhkan waktu penyesuaian terhadap tuntutan spesifisitas kode yang lebih ketat dibandingkan sistem sebelumnya.

Konsistensi munculnya kasus setiap bulan pada kisaran 40–78 kasus, yang tidak pernah menyentuh angka nol sepanjang periode observasi, sejalan dengan gambaran proses adaptasi tersebut: bukan menunjukkan kegagalan kompetensi individual koder, melainkan proses penyesuaian yang berlangsung bertahap dan belum sepenuhnya tuntas hingga akhir periode pengamatan. Konsistensi angka tersebut juga mengindikasikan bahwa kendala koding masih bersifat sistemik dan memerlukan penanganan terstruktur, bukan sekadar pendekatan kasuistik.

Temuan ini konsisten dengan penelitian Sisilia Dwi Maharani dkk. (2024) di RS X Cirebon, yang menemukan bahwa lebih dari separuh pending klaim disebabkan oleh aspek koding, dengan penyebab dominan berupa perbedaan persepsi antara koder rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan dalam menentukan kode diagnosis primer maupun sekunder. Kesejajaran ini memperkuat argumen bahwa persoalan ketidaksesuaian koding pada penelitian ini bukan mencerminkan kekurangan kompetensi individual koder semata, melainkan proses adaptasi terhadap sistem baru yang berinteraksi dengan kesenjangan sistemik dalam standarisasi interpretasi pedoman koding antara pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan.

Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung mencatat total 406 kasus (9,6%) dan konsisten berada di posisi ketiga sepanjang periode. Angka tertinggi terjadi pada November 2025 sebesar 66 kasus, tepat pada bulan pertama implementasi iDRG resmi, yang mencerminkan bahwa transisi sistem membawa konsekuensi langsung terhadap standar kelengkapan berkas klaim. Jika ditinjau dari alur pengelolaan rekam medis,

menurut petugas rekam medis bagian *assembling* peningkatan ketidaksesuaian ini secara tidak langsung menuntut fungsi penapisan (*screening*) yang lebih ketat pada tahap *assembling* di RS X. Pada fase transisi iDRG, bagian *assembling* menghadapi tantangan operasional yang signifikan karena harus memastikan seluruh keabsahan dan kelengkapan dokumen penunjang sebelum berkas diteruskan ke tahap pengodean (*coding*). Ketatnya kriteria baru ini memang sempat memperlambat produktivitas kerja di bagian hulu akibat banyaknya berkas yang harus dikembalikan ke unit pelayanan untuk dilengkapi. Kendati demikian, pengetatan di tahap *assembling* ini merupakan langkah krusial yang berdampak positif dalam jangka panjang. Standardisasi rigid yang dibawa oleh sistem iDRG secara tidak langsung mengedukasi seluruh lini, mulai dari ruang perawatan hingga administrasi, untuk membangun budaya dokumentasi yang lebih tertib, transparan, dan akuntabel demi meminimalkan risiko penolakan klaim. Permasalahan yang ditemukan mencakup CPPT yang tidak dilampirkan, hasil pemeriksaan penunjang yang tidak tersedia, laporan operasi yang tidak terbaca, informed consent yang tidak ada, serta lembar monitoring yang tidak dilampirkan.

Temuan dari sisi klaim ini perlu dibaca bersama dengan kondisi internal unit Rekam Medis RS X. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Unit Rekam Medis, saat ini unit rekam medis belum memiliki instrumen yang memadai untuk menilai kualitas data rekam medis secara kualitatif, sehingga penilaian yang dapat dilakukan baru sebatas aspek kuantitas kelengkapan berkas. Dari sisi kuantitas pun justru terjadi penurunan, yang bertepatan dengan masa transisi dari rekam medis konvensional menuju Rekam Medis Elektronik (RME) di mana SIMRS masih dalam tahap pengembangan, kemudian disusul dengan berjalannya proses implementasi iDRG secara bersamaan. Kondisi berlapis ini (transisi ke RME yang belum tuntas, SIMRS yang masih berkembang, dan iDRG yang mulai berjalan) menciptakan beban adaptasi yang berat bagi tenaga medis dan petugas rekam medis dalam waktu bersamaan.

Implikasinya ada dua yaitu yang pertama, 406 kasus pending akibat ketidaklengkapan dokumen yang teridentifikasi dalam penelitian ini hanya mencerminkan masalah yang terdeteksi dari sisi verifikasi klaim (bukan gambaran menyeluruh kualitas rekam medis RS X) yang kemungkinan lebih luas dari yang terukur. Kedua, sejauh mana iDRG telah memengaruhi kualitas data rekam medis secara komprehensif belum dapat disimpulkan pada tahap ini. Evaluasi yang lebih definitif baru dapat dilakukan setelah SIMRS selesai dikembangkan, transisi RME berjalan stabil, dan unit rekam medis telah memiliki instrumen penilaian kualitas yang memadai.

Alih Jenis Pelayanan dari Rawat Inap ke Rawat Jalan mencatat total 229 kasus (5,4%) dengan lonjakan signifikan pada November 2025 sebesar 78 kasus (10,2% dari total pending bulan tersebut) tertinggi sepanjang periode. Lonjakan ini terjadi tepat pada bulan pertama implementasi iDRG resmi, mengindikasikan bahwa verifikasi BPJS mulai lebih selektif dalam menilai kelayakan rawat inap seiring penerapan sistem baru. Angka ini kemudian menurun secara konsisten hingga April 2026 menjadi 11 kasus (2,4%), yang menunjukkan bahwa tim *casemix* dan dokter semakin cermat dalam menentukan jenis pelayanan yang tepat sebelum pengajuan klaim. Fakta ini diperkuat oleh pernyataan salah satu koder di unit *casemix* RS X yang menyatakan bahwa pengimplementasian iDRG ini agak sedikit menghambat pekerjaan karena petugas harus bekerja dua kali yaitu melakukan grouping di sistem INACBGS dan di sistem iDRG juga harus melakukan kodifikasi diagnosa dengan lebih mendetail. Para petugas *casemix* terutama koder juga harus mempelajari kode kode *Indonesian modification* yang merupakan salah satu bagian dari iDRG. Namun *struggle* tersebut tidak menimbulkan masalah serius dalam pengimplementasian iDRG ini karena koder di RS X cukup mudah beradaptasi sebagaimana disampaikan oleh koordinator *casemix* RS X.

Ketidaksesuaian Indikasi Medis dan Kebijakan Penjaminan mencatat total 176 kasus (4,1%) dengan tren meningkat pada bulan-bulan akhir periode. Setelah berada di angka sangat rendah pada Januari 2026 sebesar 4 kasus, kategori ini meningkat pada Februari menjadi 10 kasus, kemudian Maret 32 kasus dan April 31 kasus. Peningkatan pada dua bulan terakhir ini perlu dicermati apakah mencerminkan perketatnya



verifikasi BPJS seiring berjalannya implementasi iDRG, atau memang terdapat peningkatan kasus yang tidak memenuhi indikasi medis. Kedua kemungkinan ini memiliki implikasi penanganan yang berbeda dan perlu ditelaah lebih lanjut oleh tim *casemix*. Berdasarkan hasil wawancara dengan Koordinator *casemix* Rumah Sakit X, peningkatan tren tersebut merupakan bagian dari dinamika penyesuaian para dokter (DPJP) terhadap regulasi baru. Pada fase awal transisi, para klinisi memang memerlukan waktu lebih untuk beradaptasi dengan ketatnya proses verifikasi iDRG yang mensyaratkan kelengkapan dokumen penunjang secara lebih spesifik. Walaupun memerlukan ketelitian ekstra di awal, Koordinator *casemix* menegaskan bahwa penerapan iDRG ini pada akhirnya dinilai jauh lebih ideal bagi rumah sakit. Melalui pembagian tingkat keparahan (*severity level*) yang lebih spesifik, sistem ini mampu mengakomodasi kompleksitas pelayanan pasien secara lebih adil dan proporsional, sehingga menghasilkan sistem klaim yang lebih transparan dibandingkan skema INA-CBGs sebelumnya.

Secara keseluruhan, analisis menunjukkan bahwa permasalahan pending klaim di RS X lebih banyak dipengaruhi oleh aspek administratif dan tata kelola klaim dibandingkan aspek klinis. Dominasi Kunjungan Berulang dan Fragmentasi yang mencapai 70,3% dari total pending mengindikasikan bahwa pemahaman terhadap regulasi BPJS terkait episode pelayanan dan mekanisme penagihan masih menjadi tantangan utama. Penurunan kategori Alih Jenis Pelayanan dan mulai stabilnya angka pending pada bulan-bulan akhir memberikan sinyal positif bahwa adaptasi sedang berlangsung. Namun persistensi Ketidaksesuaian Koding, meningkatnya Ketidaksesuaian Indikasi Medis pada akhir periode, dan keterbatasan kapasitas penilaian kualitas rekam medis mengindikasikan bahwa masih diperlukan penguatan sistematis pada beberapa lini sekaligus: manajemen PRB, kompetensi koding berbasis iDRG, pengembangan instrumen audit kualitas rekam medis, penyelesaian transisi RME, serta pengembangan fitur pencegahan fragmentasi pada SIMRS RS X. Temuan ini sejalan dengan penelitian Nenny Oktarina dan Novratilova pada 2025 yang menyimpulkan bahwa efektivitas pengelolaan klaim BPJS tidak hanya ditentukan oleh keberadaan sistem *casemix* itu sendiri, tetapi juga oleh kesiapan infrastruktur digital, integrasi sistem informasi, kelengkapan administrasi medis, dan peran aktif sumber daya manusia yang terlibat (Oktarina & Novratilova, 2025).

IV. KESIMPULAN

Implementasi sistem iDRG di RS X sejak Oktober 2025 secara umum dapat berlangsung tanpa mengganggu keberlangsungan proses klaim BPJS Kesehatan. Transisi dari INA-CBGs ke iDRG didukung oleh integrasi SIMRS dengan sistem E-Klaim BPJS Kesehatan serta kesiapan adaptasi petugas *casemix*. Selama periode September 2025–April 2026, terdapat 4.248 kasus pending claim dari 87.544 berkas klaim yang diajukan, dengan persentase pending sebesar 4,86%. Sebagian besar permasalahan pending claim berasal dari aspek administratif dan tata kelola klaim, terutama terkait kunjungan berulang dan fragmentasi klaim, diikuti ketidaksesuaian koding diagnosis dan tindakan serta ketidaklengkapan dokumen pendukung. Secara umum, implementasi iDRG di RS X menunjukkan proses adaptasi yang relatif baik, tetapi masih terdapat tantangan dalam pengelolaan fragmentasi klaim, ketepatan koding, dan kelengkapan dokumentasi klinis. Evaluasi dampak implementasi iDRG terhadap kualitas dokumentasi klinis belum dapat dilakukan secara komprehensif karena berlangsung bersamaan dengan proses transisi menuju Rekam Medis Elektronik (RME) dan pengembangan SIMRS. Oleh karena itu, diperlukan penguatan kompetensi koder, peningkatan kualitas dan kelengkapan rekam medis, penguatan tata kelola klaim, serta optimalisasi sistem informasi untuk mendukung pengendalian pending claim secara berkelanjutan.



DAFTAR PUSTAKA

- Ardelian, E. (2025). Keterbatasan sistem pembayaran INA-CBGs dan arah pengembangan iDRG dalam Jaminan Kesehatan Nasional: Tinjauan literatur. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1–12.
- Dwi Maharani, S., Aryani, B., Dewi Rahmawati, F., & Haryanto, Y. (2025). Tinjauan pending klaim BPJS rawat inap di RS X Cirebon tahun 2024. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (Health Information Management)*, 10(2), 209–218. <https://doi.org/10.51851/jmis.v10i2.706>
- Hidayat, A. D. (2021). Eksplorasi peran strategis koder dalam implementasi sistem Indonesian Diagnosis Related Groups (iDRG) di rumah sakit. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia*, 8(2), 89–98.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Pengantar iDRG: Sosialisasi rumah sakit vertikal*. Kementerian Kesehatan RI.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Moleong, L. J. (2017). *Metodologi penelitian kualitatif*. Remaja Rosdakarya.
- Oktarina, N., & Novratilova, S. (2025). Evaluasi sistem *casemix* dalam proses klaim BPJS: Studi kualitatif di RS Paru Ario Wirawan Salatiga. *Jurnal Ners*, 9(2), 3150–3154. <https://doi.org/10.31004/jn.v9i2.44631>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. (2014). Kementerian Kesehatan RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. (2016). Kementerian Kesehatan RI.
- Pratama, A., Fauzi, H., Indira, Z. N., & Adi, P. P. (2023). Analisis faktor penyebab pending klaim rawat inap akibat koding rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 8(1), 124–134.
- Pratami, N. R., & Muharrom, I. R. (2024, November). Influence of accuracy of maintenance diagnosis codes pathways against pending BPJS claims at Edelweiss Hospital. In *Proceedings* (Vol. 4, No. 1, pp. 165–174).
- Sugiyono. (2022). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Susanty, D., & Hardisman. (2025). Integrasi KRIS, rujukan kompetensi dan iDRG dalam JKN: Pendekatan Walt & Gilson. *Jurnal Kesehatan Saintika Meditory*, 8(2), 293–302.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. (2011). Sekretariat Negara RI.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. (2004). Sekretariat Negara RI.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. (2009). Sekretariat Negara RI.