

Analisis Kelancaran Pengajuan Klaim BPJS Kasus Melahirkan di RS. X Kota Bengkulu

Nofri Heltiani^{1*}, Lolli Nababan²

¹Program Studi Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, STIKes Sapta Bakti
nofrihelti11@gmail.com

²Program Studi Kebidanan, STIKes Sapta Bakti
lollynbb@gmail.com

Keywords:

BPJS,
Claims,
Smoothness,
Give birth to

ABSTRACT

The smoothness of submitting BPJS claims for childbirth cases is influenced by the accuracy of the code based on ICD-10 and ICD-9CM which refers to 3 categories namely complications of delivery, method of delivery and outcome of delivery, completeness of claim file requirements and completeness of documentation. Based on observations of 10 claim files for maternity cases submitted to BPJS, it was found that 6 (60%) files were pending due to diagnoses and codes entered on medical resumes not in accordance with BPJS, 1 (10%) did not have a doctor's signature, which resulted in delays the process of paying claims to hospitals that can cause material losses. The aim of the study was to find out the smoothness of submitting BPJS claims for childbirth cases at Hospital X Bengkulu City. This type of research is observational with a quantitative descriptive design. The population of this study is 137 files with a sample of 58 files taken by simple random sampling. The data used are primary and secondary data which were analyzed univariately using the frequency distribution. The results of the research are the accuracy of the case code giving birth to 36(62.1%) files, the completeness of the claim file requirements is 55(94.8%) files and the completeness of the documentation is 56(96.6%) files, but the claim files that fail to purify must be returned to hospital for repair. It is recommended that the hospital has an internal verifier as an evaluator before the file is sent to BPJS.

Kata Kunci

BPJS,
Klaim,
Kelancaran,
Melahirkan,

ABSTRAK

Kelancaran pengajuan klaim BPJS kasus melahirkan dipengaruhi oleh ketepatan kode berdasarkan ICD-10 dan ICD-9CM yang mengacu pada 3 kategori yaitu *complication of delivery*, *method of delivery* dan *outcome of delivery*, kelengkapan persyaratan berkas klaim dan kelengkapan pendokumentasian. Berdasarkan hasil observasi dari 10 berkas klaim kasus melahirkan yang diajukan ke BPJS diketahui 6(60%) berkas mengalami pending yang disebabkan diagnosa dan kode yang diinputkan pada resume medis tidak sesuai dengan BPJS, 1(10%) tidak ada tanda tangan dokter sehingga berdampak terlambatnya proses pembayaran klaim ke rumah sakit yang dapat menyebabkan kerugian material. Tujuan penelitian untuk mengetahui kelancaran pengajuan klaim BPJS kasus melahirkan di RS X Kota Bengkulu. Jenis penelitian ini observasional dengan rancangan deskriptif kuantitatif. Populasi penelitian ini 137 berkas dengan sampel 58 berkas yang diambil secara *simple random sampling*. Data yang digunakan adalah data primer dan sekunder yang dianalisis secara univariat dengan menggunakan distribusi frekuensi. Hasil penelitian adalah ketepatan kode kasus melahirkan sebesar 36(62,1%) berkas, kelengkapan persyaratan berkas klaim 55(94,8%) berkas dan kelengkapan pendokumentasian 56(96,6%) berkas, namun berkas klaim yang gagal purif harus dikembalikan ke pihak rumah sakit untuk diperbaiki. Disarankan pada pihak rumah sakit memiliki verifikator internal sebagai evaluator sebelum berkas dikirim ke BPJS.

Korespondensi Penulis:

Nofri Heltiani,
STIKes Sapta Bakti,
Jl. Mahakam Raya No.16 Lingkar Barat Bengkulu
Telepon : +6285267395290
Email: nofrihelti11@gmail.com

Submitted : 02-05-2023; Accepted : 06-06-2023;
Published : 18-06-2023

Copyright (c) 2023 The Author (s)



This article is distributed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0)

1. PENDAHULUAN

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA CBG's), BPJS kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan berkaitan dengan pembiayaan kesehatan yang merupakan implementasi penting dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Metode pembayaran *prospective* diterapkan JKN yang merupakan pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan dimana besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Pola pembayaran prospektif dikenal dengan *casemix* yaitu pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper* yang kenal INA-CBG's [1]

Sistem pembayaran INA CBG's menggunakan klaim sebagai pengajuan biaya perawatan pasien BPJS oleh pihak rumah sakit yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan setiap bulannya [2]. Dalam proses klaim, berkas yang diajukan harus lengkap dan sesuai prosedur yang berlaku sehingga rumah sakit wajib melengkapi dokumen klaim sebelum diajukan kepada pihak BPJS untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif yang telah ditetapkan INA-CBG's [3].

Kelancaran pengajuan klaim BPJS dipengaruhi di antaranya ketepatan kode diagnosis dan tindakan antar lembar klaim (BPJS) dan resume medis (rumah sakit) sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9-CM, kelengkapan persyaratan berkas klaim dan kelengkapan informasi medis yang harus ditandatangani Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Dalam pendokumentasian rekam medis, kode diagnosa dan tindakan pada ICD-10 dan ICD-9-CM merupakan salah satu data penting yang digunakan sebagai acuan dalam penentuan besar biaya pelayanan kesehatan. Rekam medis harus dikode dengan hasil dapat dipercaya, benar dan lengkap serta dilakukan dengan tepat waktu sehingga dapat digunakan untuk pengambilan keputusan rekam medis [4].

Kualitas hasil pengkodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, keterbacaan tulisan dokter serta profesionalisme koder. Penetapan dan penulisan diagnosis harus sesuai dengan ICD-10 merupakan tanggung jawab dokter, sedangkan petugas *coding* harus saling berkomunikasi dengan baik agar menghasilkan kodefikasi penyakit yang tepat dan akurat. Apabila diagnosis dan penulisan diagnosis yang dicantumkan pada berkas rekam medis tidak tepat maka dapat mempengaruhi ketepatan dalam pengkodean dan dapat berdampak terhadap biaya pelayanan kesehatan. Hal ini dapat menunjukkan ketidakefektifan atau ketidaktepatan pengelolaan data pelayanan kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan. Selain itu ketidakakuratan pengkodean juga berpengaruh terhadap kelancaran proses klaim yang menyebabkan berkas klaim yang diajukan mengalami *pending* sehingga berkas yang diajukan dikembalikan lagi oleh verifikator BPJS ke rumah sakit untuk diperbaiki [5]

Berdasarkan survey pendahuluan di RS.X Kota Bengkulu diketahui jumlah kunjungan pasien berdasarkan Data Laporan Tahunan Seksi Pelayanan dan Keperawatan (2021) mengalami peningkatan setiap tahunnya, akan tetapi pada tahun 2020 Indonesia menghadapi pandemi covid-19 yang menyebabkan kunjungan pasien mengalami penurunan secara signifikan. Kasus melahirkan merupakan salah satu kasus yang ditangani dari 15 kasus terbesar. Hal ini terlihat dari data tiga tahun terakhir yaitu tahun 2019 jumlah kunjungan 272 pasien dengan berkas klaim yang mengalami gagal purif 64(24%) berkas, tahun 2020 jumlah kunjungan mengalami penurunan sebanyak 87(68%) pasien dengan berkas klaim gagal purif 27(31%) berkas, dan pada tahun 2021 masyarakat mulai beradaptasi dengan pandemi Covid-19 sehingga kunjungan pasien mengalami peningkatan sebanyak 137(64%) pasien.

Dari hasil observasi awal yang dilakukan terhadap 10 sampel berkas rekam medis kasus obstetri yang diajukan ke BPJS Kesehatan Cabang Bengkulu diketahui 4(40%) berkas yang diajukan ke BPJS lolos verifikasi dan 6(60%) berkas mengalami *pending* atau gagal purif yang disebabkan karena informasi koding (berkaitan dengan diagnosa dan kode yang diinputkan pada resume medis tidak sesuai dengan

BPJS Kesehatan) dengan rincian 3 berkas harus ditambahkan kode tindakan persalinan, 1 berkas salah kode pada karakter ke-4 dan 2 berkas salah kode karena berbeda antara kode dari BPJS dengan kode pada resume medis yang dilihat berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang, dari 6 berkas rekam medis yang mengalami gagal purif, salah satu kasusnya adalah pada pasien *sectio cesarea* terjadi pendarahan *post-partum placenta* dikode (O72.1) tetapi pada hasil laporan operasi jumlah hemoglobin < 500 cc sehingga hanya bisa dikode sebagai persalinan dengan anemia biasa. Kode dapat diakui sebagai pendarahan *post-partum* apabila jumlah hemoglobin > 500 cc. Serta 1(10%) tidak ada laporan penunjang dan 1(10%) tidak ada tandatangan dokter.

Ketepatan dalam pengkodean suatu penyakit dan tindakan sangat penting karena berkaitan dengan kelancaran pengajuan klaim BPJS dan pembiayaan pelayanan kesehatan baik pembiayaan yang ditanggung sendiri maupun BPJS. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas *casemix*, diketahui berkas yang dikembalikan oleh verifikator BPJS disebabkan karena kode yang dibuat koder di lembar resume medis pada saat verifikasi klaim oleh petugas Penjamin Manfaat Rujukan (PMR) ternyata terdapat perbedaan dengan kode dari verifikator BPJS. Koder telah membuat kode sesuai dengan diagnosis yang dituliskan oleh dokter. Namun, pada hasil verifikasi klaim BPJS pada saat analisis coding yang menggunakan aplikasi venika ditemukan beberapa kode yang tidak akurat dan tidak sesuai dengan peraturan serta berita acara BPJS sehingga berkas mengalami gagal purif dan dikembalikan ke fasilitas kesehatan untuk diperbaiki. Serta ada juga berkas klaim yang dikembalikan karena tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosis. Hal ini sejalan dengan penelitian yang mengatakan bahwa penyebab berkas klaim yang beberapa kali dikembalikan dikarenakan informasi coding yang tidak tepat. Kelengkapan berkas klaim dan ketepatan kode menjadi persyaratan utama agar lolos verifikasi [6].

Pengembalian berkas klaim memiliki dampak bagi rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim sehingga dapat menyebabkan kerugian material [7]. Selain itu, kerugian dari pihak rumah sakit akibat dari klaim yang diajukan gagal purif karena ketidakakuratan kode diagnosis juga akan berpengaruh terhadap mutu unit rekam medis dan beban kerja petugas akan bertambah. Oleh sebab itu, sebelum klaim diajukan ke BPJS sangat penting untuk dilakukan evaluasi ulang oleh verifikator internal rumah sakit terhadap keakuratan kode, kelengkapan persyaratan berkas klaim dan kelengkapan pendokumentasian sebelum diajukan ke BPJS sehingga klaim tidak dikembalikan dan langsung terverifikasi oleh BPJS.

Mengingat setiap kali pengajuan klaim BPJS kasus melahirkan pihak rumah sakit selalu mengalami gagal purif yang disebabkan mayoritas kode diagnosa yang tidak tepat dikarenakan diagnosa kasus melahirkan memiliki perbedaan dengan kode diagnosa penyakit lainnya dan bersifat lebih rinci sehingga sering terjadi kesalahan dalam penegakkan kode selain kelengkapan administrasi, serta rumah sakit juga belum memiliki evaluator internal untuk mengaudit sebelum berkas klaim dikirim ke BPJS, maka dari itu diperlukan suatu upaya untuk menganalisis kelancaran pengajuan klaim BPJS kasus melahirkan di RS.X Kota Bengkulu.

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini observasional dengan rancangan deskriptif kuantitatif. Populasi penelitian ini 137 berkas dengan sampel 58 berkas yang diambil secara *simple random sampling*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi yang berfungsi untuk mengobservasi kelancaran pengajuan klaim BPJS yang ditinjau dari ketepatan kode diagnosis, kelengkapan persyaratan berkas klaim dan kelengkapan pendokumentasian, serta pedoman wawancara. Data yang digunakan adalah data primer dan sekunder yang dianalisis secara univariat dengan menggunakan distribusi frekuensi.

3. HASIL DAN ANALISIS

Ketepatan Kode Diagnosa Kasus Melahirkan di RS.X Kota Bengkulu Tahun 2021

Tabel 1. Ketepatan kode diagnosa kasus melahirkan

Kode Diagnosa	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tepat	36	62,1
Tidak Tepat	22	37,9
Jumlah	58	100

Ketepatan kode diagnosa merupakan penulisan kode diagnosis penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat apabila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi dan lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan.

Petugas koding sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas ketepatan kode diagnosa yang sudah ditetapkan oleh petugas medis. Oleh karena itu, untuk hal yang kurang jelas atau tidak tepat dan tidak lengkap sebelum menetapkan kode diagnosa harus dikomunikasikan terlebih dahulu dengan dokter yang membuat diagnosis tersebut untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, petugas koding harus membuat kode sesuai dengan aturan yang ada pada ICD-10 [8].

Berdasarkan tabel 1 tentang ketepatan kode diagnosa melahirkan di RS.X Kota Bengkulu diketahui sebanyak 36(62,1%) berkas klaim tepat kode diagnosa melahirkan dan 22(37,9%) berkas klaim tidak tepat kode diagnosa melahirkan. Ketidaktepatan kode melahirkan dibagi menjadi empat katagori, yaitu salah jumlah karakter, salah *Complication Of Delivery* (O00-O99)/kode Ibu, salah *Method Of Delivery* (O80.0-O84.9)/kode tindakan dan salah *Outcome Of Delivery* (Z37.0-Z37.9)/kode Anak yang terurai pada tabel berikut:

a. Salah Kode Jumlah Karakter

Tabel 2. Kesalahan kode jumlah karakter

No.RM	Kode Pengajuan Klaim	Hasil Verikasi	Kode Persetujuan Klaim
09-20-xx	O42	Kode Diagnosis tidak lengkap pada karakter ke-4 yaitu (.9) untuk kategori <i>unspecified</i> .	O42.9
07-85-xx	O14	Diganosis preeklampsia tidak dijelaskan tetapi hanya dikode preeklampsia sehingga tidak lengkap untuk karakter ke-4.	O14.9
09-29-xx	O06	Diagnosis aborsi lengkap tanpa komplikasi tetapi hanya dikode aborsi.	O06.9

Berdasarkan tabel 2 diketahui dari 22 berkas klaim yang tidak tepat kode diagnosa melahirkan berdasarkan tabel 1 menginformasikan bahwa terdapat 3(13,6%) salah jumlah karakter.

b. Salah *Complication Of Deliver/Kode Ibu*

Tabel 3. Kesalahan kode *complication of delivery/kode ibu*

No.RM	Kode Pengajuan Klaim	Hasil Verikasi	Kode Persetujuan Klaim
07-77-xx	O14.0	Kode dari rumah sakit yaitu kode untuk eclampsia tapi dari verifikator BPJS bukan termasuk eclampsia.	O11
07-04-xx	O72.1	Dikode sebagai postpartum haemorrhage tetapi pada hasil laporan penunjang jumlah pendarahan <500cc sehingga hanya bisa dikode sebagai anemia biasa.	O99.0 D64.9
09-11-xx	O14.0	Diagnosis di resume medis preeklampsia berat tetapi dikode preeklampsia sedang.	O14.1
05-21-xx	O64.1	Tidak tepat reseleksi diagnosis utama yaitu presbo sedangkan yang seharusnya menjadi diagnosis utama adalah kala II.	O63.1
07-71-xx	O99.5	Ibu hamil dengan sesak nafas tetapi berdasarkan hasil laporan penunjang dari verifikator BPJS tidak termasuk kategori hamil dengan sesak nafas. Sehingga kode untuk kompikasi sesak nafas harus dihapus, dank ode harus diganti menjadi kode kehamilan normal tanpa komplikasi.	O80
09-41-xx	O48	Kode dari rumah sakit yaitu kode untuk kehamilan lewat bulan tetapi dari verifikator BPJS kehamilan normal.	O80.9
09-36-xx	O14.1	Kode dari rumah sakit yaitu kode untuk preeklampsia berat tetapi pada laporan penunjang ternyata terjadi peningkatan proteinuria selama kehamilan sehingga dikode O11.	O11
08-95-xx	O99.0	Tidak ditulis kode komplikasi untuk <i>pneumonia</i>	O99.0 J12.9
08-96-xx	O32.1	Kode dari rumah sakit yaitu kode kehamilan dengan letak bayi sungsang tetapi karena kondisi ibu pada saat akan persalinan dapat diketahui sehingga dilakukan tindakan.	O64.1
08-64-xx	O14.0	Diagnosis preeklampsia sedang tetapi sudah terdiagnosa hipertensi	O11

No.RM	Kode Pengajuan Klaim	Hasil Verikasi	Kode Persetujuan Klaim
		sebelum dan semasa kehamilan.	
08-39-xx	O42.0	Ketuban Pecah Dini kurang dari 24 jam <u>tetapi</u> dikode Ketuban Pecah Dini lebi dai 24 jam.	O42.1

Berdasarkan tabel 3 diketahui dari 22 berkas klaim yang tidak tepat kode diagnosa melahirkan berdasarkan tabel 1 menginformasikan bahwa terdapat 11(50%) salah *Complication Of Delivery* (O00-O99)/kode Ibu.

c. Salah Method Of Delivery/Kode Tindakan Persalinan

Tabel 4. Kesalahan kode *complication of delivery*/kode tindakan

No.RM	Kode Pengajuan Klaim	Hasil Verifikasi	Kode Persetujuan Klaim
09-21-xx	O82.9	Berdasarkan laporan penunjang yaitu <i>sectio caesarean emergency</i> <u>tetapi</u> dikode <i>sectio caesarean unspecified</i> .	O82.1
09-15-xx	O83.1	Metode persalinan other breech delivery <u>tetapi</u> dikode pada resume medis breech delivery spontaneous.	O80.1
09-24-xx	O82.9	Persalinan <i>sectio caesarean</i> dengan <i>emergency</i> <u>tetapi</u> dikode <i>sectio caesarean</i> tidak dijelaskan.	O82.1
07-44-xx	O84	Persalinan bayi kembar, satu dilakukan <i>sectio caesarean</i> dan satu normal <u>tetapi</u> dikode <i>multiple delivery</i> tanpa penjelasan.	O84.8
09-31-xx	O82	Persalinan dengan <i>sectio caesarean</i> tidak dijelaskan <u>tetapi</u> dikode persalinan dengan <i>sectio caesarean</i> saja, tidak dikode karakter ke-4 sehingga kurang spesifik.	O82.9
09-19-xx	O82.9	Persalinan dengan keadaan darurat yaitu terdapat komplikasi pada masa kehamilan <u>tetapi</u> dikode persalinan <i>sectio caesarea unspecified</i> .	O82.1
09-20-xy	O82.9	Persalinan dengan <i>sectio caesarean</i> yang mana pada persalinan sebelumnya juga dilakukan secara <i>sc</i> sehingga kode yang digunakan adalah <i>delivery by elective caesarean section</i> .	O82.0
06-33-xx	O82.9	Berdasarkan diagnosis seharusnya persalinan dilakukan secara <i>emergency</i> karena kondisi ibu terjadi komplikasi <u>tetapi</u> dikode persalinan <i>unspecified</i> .	O82.1

Berdasarkan tabel 4 diketahui dari 22 berkas klaim yang tidak tepat kode diagnosa melahirkan berdasarkan tabel 1 menginformasikan bahwa terdapat 8(36,4%) salah *Method Of Delivery* (O00-O99)/kode tindakan.

d. Salah Outcome Of Delivery/Kode Anak

Dari 22 berkas klaim kasus melahirkan tidak terdapat (0%) kesalahan dalam mengkode *outcome of delivery*/kode anak.

Berdasarkan observasi dan wawancara dengan penanggung jawab *casemix* rawat inap diketahui pada saat menentukan kode, petugas koding menemukan kesulitan membaca tulisan dokter berupa ketidakjelasan penulisan diagnosa yang ditegaskan oleh dokter sehingga harus melakukan klarifikasi dengan DPJP, akan tetapi dalam melakukan klarifikasi seringkali membutuhkan waktu yang cukup lama dikarenakan jadwal DPJP yang tidak selalu ada di rumah sakit. Petugas koding menghubungi DPJP ketika DPJP tersebut ada jadwal di rumah sakit sehingga untuk melakukan pengkodean petugas koding harus melihat riwayat perawatan, pengobatan, gejala pada lembar anamnesa dan pemeriksaan fisik. Sejalan dengan penelitian Susanti (2018) yang mengatakan bahwa pada saat menentukan untuk klaim BPJS petugas koding menemukan kesulitan terkait diagnosa yang ditegaskan oleh dokter dan singkatan yang sulit dipahami, sehingga petugas koding harus melakukan klarifikasi dengan dokter, dan ketika proses klarifikasi tidak berhasil, petugas koding menggunakan *Rule MB1-MB5* untuk memilih kembali atau reseleksi kode diagnosa utama [9].

Selain itu dalam proses menentukan kode diagnosa petugas koding hanya mengkode dengan melihat diagnosa nya saja tanpa membaca hasil laporan penunjang dan resume medis yang mendukung penegakan diagnosis tersebut. Ningtyas, dkk (2019) dalam penelitiannya mengatakan bahwa informasi yang diperlukan untuk menunjang ketepatan kode diagnosis kasus persalinan di antaranya lembar resume (*discharge summary*) yang berfungsi untuk mengetahui diagnosa yang ditegakkan dokter, lembar hasil pemeriksaan laboratorium berfungsi untuk mengetahui kondisi tertentu pada pasien, lembar Hasil Pemeriksaan Radiografi (USG) berfungsi untuk mengetahui kondisi janin, *informed consent* dan laporan operasi [10].

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Alik (2016) yang menyatakan bahwa ketidaktepatan pengkodean diagnosa obstetri disebabkan antara lain terdapat penulisan diagnosa kurang jelas dan kurang spesifik, tulisan dokter sulit dibaca dan menggunakan singkatan sehingga menyulitkan petugas koding dalam menetapkan kode dan petugas koding sering tidak membaca rekam medis seutuhnya seperti (tidak membaca laporan penunjang, hasil patologi anatomi, lembar operasi) tetapi hanya melihat diagnosanya pada ringkasan keluar (resume medis) [11].

Menurut Meilany (2018) faktor ketepatan pemberian kode diagnosa adalah hasil pemeriksaan penunjang medis. Kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang medis mempengaruhi ketepatan pemberian kode diagnosis karena dapat dijadikan sebagai informasi pendukung apabila diagnosis yang ditetapkan oleh tenaga medis kurang jelas atau tidak lengkap [12]. Kode dapat dinyatakan tepat apabila sudah sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9-CM berdasarkan dari diagnosa yang didukung dengan adanya informasi penunjang seperti hasil laboratorium dan hasil patologi anatomi [13].

Selain itu, faktor yang yang berpengaruh terhadap ketepatan pemberian kode diagnosa adalah kelengkapan pengisian informasi medis. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Group's* (INA-CBG's) Bab IV bagian H dijelaskan bahwa kelengkapan isi rekam medis yang ditulis oleh dokter akan sangat membantu petugas koding dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan atau prosedur yang tepat. Hal ini sejalan dengan penelitian Wariyanti (2014) yang menyatakan bahwa kelengkapan informasi medis dan keakuratan dokumen rekam medis sangatlah penting, jika informasi medis dalam suatu dokumen rekam medis tidak lengkap maka kode diagnosis yang dihasilkan menjadi tidak tepat [7].

Pelaksanaan kodefikasi diagnosis harus lengkap dan tepat sesuai dengan arahan ICD-10. Ketepatan kode diagnosis dan tindakan sangat mempengaruhi kualitas data statistik dan pembayaran biaya kesehatan dengan sistem *casemix*. Pada kasus melahirkan di RS.X Kota Bengkulu terlihat pada tabel 1 ketidaktepatan kode melahirkan sebanyak 22 berkas sehingga menyebabkan gagal purif yang berakibat pada terlambatnya pembayaran klaim BPJS ke pihak rumah sakit.

Sejalan dengan penelitian Gifari&Ariyanti (2019) penentuan kode diagnosa yang tidak tepat dapat menjadi masalah sehingga klaim BPJS tidak dapat dibayarkan karena melanggar ketentuan yang telah ditetapkan oleh BPJS. Jika hal ini terus-menerus terjadi dampak lebih lanjut yang akan terlihat adalah penurunan pendapatan rumah sakit menjadi berkurang dan akan berdampak pada operasional rumah sakit yang terhambat [14].

Dampak yang akan terjadi dari ketidaktepatan kode obstetri ini akan mempengaruhi terhadap biaya perawatan dan obat-obatan yang digunakan/dikonsumsi serta mempengaruhi proses pengajuan klaim ke BPJS. Sejalan dengan penelitian Ayu (2012), dampak dari ketidaksesuaian dalam pengkodean suatu diagnosis akan berpengaruh terhadap klaim biaya perawatan, administrasi rumah sakit serta kualitas pelayanan yang ada di rumah sakit tersebut [15]. Menurut Alik (2016) dalam penelitiannya mengatakan bahwa ketepatan penegakan kode diagnosis berpengaruh pada biaya pelayanan kesehatan yang akan diberikan, hal ini dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit karena pembayaran klaim yang berbasis INA-CBG's ditentukan dari hasil pengkodean yang ditetapkan petugas koding [11].

Kelengkapan Persyaratan Berkas Klaim Kasus Melahirkan di RS.X Kota Bengkulu Tahun 2021

Tabel 5. Kelengkapan persyaratan berkas klaim kasus melahirkan

Persyaratan Berkas Klaim BPJS	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	55	94,8
Tidak Lengkap	3	6,2
Jumlah	58	100

Berdasarkan tabel 5 diketahui sebanyak 55(94,8%) berkas klaim lengkap persyaratan dan 3(6,2%) tidak lengkap persyaratan seperti yang terurai pada tabel 6.

Tabel 6. Ketidaklengkapan persyaratan berkas klaim kasus melahirkan

Katagori	Jumlah (n)	Persentase (%)
SEP	0	0
Laporan Individual Pasien	0	0
Laporan Penunjang pasien	2	66,7
Resume Medis	1	33,3
Formulir verifikasi JKN (INA-CBG's)	0	0
Surat keterangan (surat perintah rawat inap, surat emergency surat rujukan)	0	0
Identitas pasien (KTP dan kartu BPJS)	0	0
Jumlah	3	100

Berdasarkan tabel 6 diketahui dari 3 berkas klaim yang tidak lengkap persyaratan berkas klaim berdasarkan tabel 5 menginformasikan bahwa 2(66,7%) berkas klaim tidak ada laporan penunjang dan 1(33,3%) berkas klaim tidak ada resume medis.

Hasil penelitian ini didapatkan dari observasi dan wawancara dengan penanggung jawab *casemix* rawat inap diketahui bahwa berkas yang diperlukan untuk pengajuan klaim BPJS meliputi SEP (Surat Eligibilitas Peserta), laporan individual pasien, laporan penunjang pasien, resume medis, formulir verifikasi JKN (INA-CBG's), surat keterangan (surat perintah rawat inap, surat *emergency*, surat rujukan) dan identitas pasien (KTP dan kartu BPJS).

Dari hasil observasi diketahui berkas pengajuan klaim yang tidak lengkap disebabkan oleh beberapa hal seperti tidak lengkapnya laporan pemeriksaan penunjang. Berdasarkan hasil wawancara dengan penanggung jawab *casemix* rawat inap, ketidaklengkapan laporan penunjang dan resume medis disebabkan karena tidak dilakukannya pengecekan kelengkapan berkas klaim oleh petugas bagian *assembling* dan kurangnya pengecekan kembali oleh petugas koding dan penginput data INA-CBG's di bagian *casemix*.

Sejalan dengan Moranda, dkk (2015) dalam penelitiannya mengatakan bahwa ketidaklengkapan dokumen klaim terutama pada berkas pendukung atau berkas penunjang pasien yang merupakan bagi dari kelengkapan dokumen dan prosedur klaim dikarenakan kurangnya perhatian dan pemahaman petugas terhadap kelengkapan dokumen rekam medis [16], sehingga hal ini menjadi salah satu penyebab pengembalian berkas klaim karena berdasarkan Petunjuk Teknik Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan Tahun 2004 dijelaskan bahwa verifikator BPJS berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak adanya bukti-bukti, maka klaim dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki [17].

Kekurangan lembar penunjang dan resume medis akan berdampak pada ketepatan kode yang akan ditegaskan, keabsahan penagihan dan perhitungan biaya perawatan pasien karena lembar penunjang merupakan bukti pasien telah melakukan pelayanan tambahan serta akan menyebabkan berkas tersebut tidak terklaim dan harus dikembalikan untuk dilengkapi.

Menurut Purwanti (2016) kelengkapan berkas klaim menjadi pertimbangan untuk kelancaran proses klaim BPJS seperti tidak dilampirkannya lembar laporan penunjang pada berkas syarat pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap, sementara kasus diagnosis pada tindakan atau prosedur yang dilakukan tersebut memerlukan laporan penunjang sehingga pihak verifikator BPJS meminta kelengkapan dengan pengembalian klaim BPJS [5].

Sejalan dengan Rahmatika, dkk (2020) yang menyatakan bahwa berkas rekam medis pasien merupakan faktor yang sangat penting dalam pengklaiman BPJS. Kelengkapan berkas pasien ini menunjukkan kepada akurasi pemberian jaminan oleh BPJS. Petugas klaim BPJS harus melakukan pemeriksaan kelengkapan rekam medis untuk memastikan bahwa BPJS memberikan pembiayaan dengan tepat dan sesuai dengan spesifikasi jenis-jenis perawatan [18].

Kelengkapan Pendokumentasian Berkas Klaim Kasus Melahirkan di RS.X Kota Bengkulu

Tabel 7. Kelengkapan pendokumentasian berkas klaim kasus melahirkan

Pendokumentasian Berkas Klaim BPJS	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	56	96,6
Tidak Lengkap	2	4,4
Jumlah	58	100

Berdasarkan tabel 7 diketahui sebanyak 56(96,6%) berkas klaim lengkap pendokumentasian dan 2(4,4%) tidak lengkap pendokumentasian seperti yang terurai pada tabel 8

Tabel 8. Ketidaklengkapan pendokumentasian

Kategori	Jumlah (n)	Persentase (%)
Identifikasi Pasien	0	0
Pelaporan	0	0
Autentikasi	2	100
Teknik Pencatatan yang Baik	0	0
Jumlah	2	100

Berdasarkan tabel 8 diketahui dari 3 berkas klaim yang tidak lengkap pendokumentasian berdasarkan tabel 7 menginformasikan bahwa 2(100%) berkas tidak lengkap pendokumentasian pada item autentikasi. Dari hasil observasi diketahui bahwa berkas pengajuan klaim yang tidak lengkap pendokumentasian tersebut disebabkan tidak adanya tanda tangan DPJP pada lembar resume medis dengan alasan keterbatasan waktu DPJP mengingat banyaknya pasien yang harus ditangani.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Pasal 4 ayat (2). tanda tangan DPJP mempunyai peranan penting dalam pembayaran klaim, karena tanda tangan DPJP adalah tanda keaslian dokumen dan syarat mutlak pengajuan klaim yang diatur dalam perjanjian kontrak kerjasama antar rumah sakit dengan BPJS. Secara hukum tanda tangan pada resume medis adalah keabsahan dari resume medis [19].

Menurut Novita (2016) dalam penelitiannya mengatakan bahwa kelengkapan pendokumentasian berkas pasien menunjukkan pada akurasi pemberian jaminan oleh BPJS. Akan tetapi pada pengajuan klaim BPJS Kesehatan masih ditemukan ketidaklengkapan pendokumentasian seperti berkas rekam medis pasien yang belum terisi lengkap beserta dengan diagnosa dan tanda tangan DPJP [20]. Penandatanganan lembar resume medis sangat penting sebagai tanda keabsahan dan persetujuan dokter yang merawat atas isi resume medis tersebut [7].

Tidak adanya tanda tangan pada resume medis membuat klaim BPJS Kesehatan tidak bisa di *grouping* sehingga dapat terjadi penundaan (*pending*) klaim BPJS Kesehatan dan pengembalian berkas klaim ke rumah sakit. Penundaan dan pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan menyebabkan pembayaran klaim menjadi menurun dan *cash flow* rumah sakit menjadi menurun sehingga akan mempengaruhi dana operasional rumah sakit dikarenakan hampir 90% pasien rumah sakit adalah pasien BPJS.

Kelengkapan pendokumentasian dalam pengajuan klaim penting untuk diperhatikan, selain lengkap pengajuan klaim juga harus tepat waktu agar proses klaim berjalan dengan lancar. Apabila terdapat ketidaklengkapan persyaratan klaim maka dapat menyebabkan penolakan oleh verifikator BPJS sehingga berkas klaim harus dikembalikan kepada Rumah Sakit agar segera dilengkapi [21].

4. KESIMPULAN

Kelancaran pengajuan klaim BPJS kasus melahirkan di RS.X Kota Bengkulu dipengaruhi oleh ketepatan kode berdasarkan ICD-10 dan ICD-9CM, kelengkapan persyaratan berkas klaim dan kelengkapan pendokumentasian, namun masih terdapat berkas klaim yang gagal purif dikarenakan kode diagnosis kasus melahirkan tidak tepat 3 kategori yaitu *complication of delivery*, *method of delivery* dan *outcome of delivery* sebesar 22(37,9%), ketidaklengkapan persyaratan berkas klaim pada item laporan penunjang dan resume medis sebesar 3(6,2%) dan ketidaklengkapan pendokumentasian pada item tandatangan DPJP 2(4,4%) sehingga harus dikembalikan ke pihak rumah sakit untuk diperbaiki.

Disarankan pada pihak rumah sakit memiliki verifikator internal sebagai evaluator sebelum berkas dikirim ke BPJS.

REFERENSI

- [1] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, “Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs),” 2014.
- [2] T. Ardhyta and A. P. K., “Faktor-Faktor Yang Melatar Belakangi Penolakan Klaim BPJS Oleh Verifikator BPJS Di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015,” *J. Univ. dian nuswantoro*, vol. 2, no. 2, pp. 1–10, 2015.
- [3] Evi Alifia Harnanti, “Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim Bpjs Di Rumah Sakit Uns,” *Fak. Ilmu Kesehatan, Univ. Muhammadiyah Surakarta*, 2018.
- [4] N. Oktavia, “Gambaran Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Ketepatan Kode Diagnosa Pasien Jiwa dengan Skizofrenia Pada DRM Rawat Inap Ruang Murai B di RSKJ Soeprpto Bengkulu,” *J. Manaj. Inf. Kesehat. (Health Inf. Manag.)*, vol. 2, no. 2, pp. 10–14, 2017, doi: 10.51851/jmis.v2i2.34.
- [5] E. Purwanti, “Ketepatan Kode Berdasarkan Kelengkapan Diagnosis Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta,” *Porniki*, pp. 1–5, 2016.
- [6] L. Indawati, “Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016,” *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 7, no. 2, p. 113, 2019, doi: 10.33560/jmiki.v7i2.230.
- [7] N. (2020). A. K. B. R. M. P. R. I. K. T. dalam K. B. dengan M. H. J. M. I. <https://www.jmiki.apfirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/5>. Khotimah, S., & Nuraini *et al.*, “Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertnda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret 2016. 2016. Vol. 4,,” *J. ARSI*, vol. 4, no. 2, pp. 122–134, 2018.
- [8] Hamid, “Hubungan ketepatan penulisan diagnosis dengan keakuratan kode diagnosis kasus,” *Skripsi*, vol. 6, no. ketepatan penulisan koding, pp. 1–7, 2013.
- [9] M. E. Susanti, “Tinjauan Peran Koder Untuk Klaim BPJS Kesehatan Dalam Pelaksanaan JKN Di RSU Darmayu Ponorogo,” *Glob. Heal. Sci.*, vol. 3, no. 3, pp. 245–251, 2018.
- [10] N. K. Ningtyas, S. Sugiarsi, and A. S. Wariyanti, “Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten,” *J. Kesehat. Vokasional*, vol. 4, no. 1, p. 1, 2019, doi: 10.22146/jkesvo.38794.
- [11] A. T. Nurrul and I. Alik, “Hubungan Ketepatan Kode Diagnosa Obstetric Terhadap Kelancaran Klaim Bpjs Di Rsud Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan,” *J. INOHIM*, vol. 4, no. 1, p. 1, 2016.
- [12] L. Meilany, A. Sukawan, and Nurfaddilah, “Hubungan Pengetahuan dan Kesesuaian Pemeriksaan Klinis dengan Ketepatan Kode Diagnosa Demam Berdarah Dengue di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah,” *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 8, no. 2, pp. 1–5, 2020.
- [13] A. S. Wariyanti, “Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2013,” *Kesehat. Masy.*, p. 13, 2014.
- [14] F. Ariyanti and M. T. Gifari, “Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap,” *J. Ilmu Kesehat. Masy.*, vol. 8, no. 04, pp. 156–166, 2019, doi: 10.33221/jikm.v8i04.415.
- [15] R. D. V. & E. D. Ayu, “Tinjauan Penulisan Diagnosis Utama dan Ketepatan Kode ICD-10 pada Pasien Umum di RSUD Kota Semarang Triwulan I,” *UDiNus Repos.*, p. 14, 2012.
- [16] T. D. Malonda, A. J. M. Rattu, and T. Soleman, “Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr . Sam Ratulangi Tondano,” *Jikmu*, vol. 5, no. 5, pp. 436–447, 2015.
- [17] S. Pitaloka and N. Ningsih, “Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit Tk 02.07.02 Lahat,” *Cerdika J. Ilm. Indones.*, vol. 1, no. 12, pp. 1733–1741, 2021, doi: 10.36418/cerdika.v1i12.275.
- [18] C. Rahmatiqqa, I. N. Sulrieni, and A. Novita Sary, “Kelengkapan Berkas Rekam Medis Dan Klaim Bpjs Di Rsud M.Zein Painan,” *J. Kesehat. Med. Saintika*, vol. 11, no. 1, p. 11, 2020, doi: 10.30633/jkms.v11i1.514.

-
- [19] PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, “permenkes ri 269/MENKES/PER/III/2008,” *Permenkes Ri No 269/Menkes/Per/Iii/2008*, vol. 2008. p. 7, 2008.
- [20] N. Mutia, “Analisis Pencairan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014,” vol. 29, pp. 2014–2015, 2015.
- [21] K. Djatiwibowo, P. Januari, and A. A. Ep, “Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016,” *J. Adm. Rumah Sakit Indones.*, vol. 4, no. 2, pp. 122–134, 2018, doi: 10.7454/arsi.v4i2.2564.