



## Analisis Kelengkapan Rekam Medis Dengan Kelayakan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap

Asykar Jayanti<sup>1\*</sup>, Dito Yogo Waskito<sup>1</sup>, Sri Sugiarsi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

*asykarjayanti@gmail.com, ditoyogowaskito@gmail.com*

<sup>2</sup>Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, STIKES Mitra Husada

*sri.sugiarsi7@gmail.com*

---

### Keywords:

BPJS,  
Claim Eligibility,  
Completeness,  
Incompleteness,  
Medical Record

---

### ABSTRACT

*Dr. Soeradji Tirtonegoro General Hospital, as a Public Service Agency in collaboration with BPJS Kesehatan, has encountered challenges in achieving patient service claim targets. In June 2024, 71.23% of submitted claims were deemed eligible, while 28.77% were pending out of 1,950 total claims, resulting in the hospital's Director Performance Index target of 93.75% for resolving pending BPJS Kesehatan claims not being met. This study aims to analyze the relationship between medical record completeness and the eligibility of inpatient BPJS Kesehatan claims. An observational analytic approach with a cross-sectional design was applied to a sample of 361 inpatient BPJS Kesehatan claim files submitted between September and November 2024. Data analysis was conducted using the Fisher Exact Test with SPSS version 23. The results revealed a significant relationship between medical record completeness and claim eligibility ( $p = 0.000$ ). It is therefore recommended that healthcare professionals and coders pay greater attention to aspects influencing the accuracy of claim documents by providing specific diagnoses and procedures, strengthening coder competencies to ensure precise diagnostic coding, and implementing concurrent analysis prior to patient discharge with the involvement of case managers, in order to minimize incomplete medical records and reduce pending claims.*

---

### Kata Kunci

BPJS,  
Kelayakan Klaim,  
Kelengkapan,  
Ketidak Lengkapan,  
Rekam Medis

---

### ABSTRAK

RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai Badan Layanan Umum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan mengalami kendala dalam pencapaian target klaim pelayanan pasien. Pada Juni 2024, berkas klaim layak sebesar 71,23%, dan berkas klaim pending sebesar 28,77% dari 1950 berkas yang diajukan. Hal ini menyebabkan target Indeks Kinerja Direktur terkait penyelesaian pending klaim BPJS sebesar 93,75% tidak terpenuhi. Studi ini bertujuan menganalisis hubungan antara kelengkapan rekam medis dan kelayakan klaim pasien rawat inap BPJS. Penelitian menggunakan pendekatan analitik observasional dengan desain cross-sectional. Sampel terdiri dari 361 berkas klaim rawat inap BPJS yang diajukan pada September–November 2024, dianalisis menggunakan uji Fisher Exact Test melalui SPSS versi 23. Hasil menunjukkan adanya hubungan signifikan antara kelengkapan rekam medis dan kelayakan klaim ( $p = 0,000$ ). Oleh karena itu disarankan kepada tenaga medis dan koder untuk lebih memperhatikan aspek yang dapat mempengaruhi kebenaran dokumen klaim, dengan penulisan diagnosis dan tindakan secara spesifik, meningkatkan kemampuan koder untuk menghasilkan kode diagnosis secara tepat, dan melaksanakan analisis concurrent sebelum pasien pulang dengan melibatkan case manager, untuk

---

mengurangi terjadinya ketidaklengkapan rekam medis dan pending klaim.

---

**Korespondensi Penulis:**

Asykar Jayanti,  
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro,  
Jalan KRT Dr. Soeradji Tirtonegoro No.1 Tegalyoso  
Klaten Selatan; Klaten 57424 ; Indonesia  
Telepon : +628999555667  
Email: asykarjayanti@gmail.com

Submitted : 09-07-2025; Accepted : 25-09-2025;  
Published : 29-09-2025

*Copyright (c) 2025 The Author (s)*

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

---

## 1. PENDAHULUAN

Pelaksanaan jaminan kesehatan bertujuan untuk memberikan manfaat pemeliharaan dan perlindungan kesehatan kepada peserta guna memenuhi kebutuhan dasar kesehatan [1]. Hal ini diperkuat oleh Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2023 Pasal 5f, yang menyatakan bahwa setiap individu wajib menjadi peserta dalam program jaminan kesehatan yang termasuk dalam sistem jaminan sosial nasional [2]. Penyelenggara pelayanan kesehatan mencakup seluruh fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, terdiri atas fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan [3].

Untuk meningkatkan mutu pelayanan, rumah sakit perlu memperhatikan berbagai aspek, khususnya administrasi, seperti: pendaftaran pasien, pengelolaan rekam medis, pengelolaan biaya pengobatan, dan pengadaan obat-obatan [4]. Salah satu aspek penting dalam pengelolaan rekam medis adalah pengisian kode klasifikasi penyakit dalam aplikasi pembiayaan berdasarkan diagnosis dan tindakan yang ditulis oleh tenaga kesehatan sesuai dengan rekam medis, guna pengajuan klaim biaya pelayanan [5]. Pembayaran pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) menggunakan sistem *Indonesian Case Base Groups (INA-CBG)* [6]. Untuk memperoleh hasil *group* yang akurat dan klaim yang sah, diperlukan kolaborasi yang efektif antara dokter, petugas kodefikasi (*coder*), dan verifikator BPJS Kesehatan [7]. Kelengkapan rekam medis yang ditulis oleh dokter sangat membantu *coder* dalam menetapkan kode diagnosis dan tindakan yang akurat, serta memudahkan verifikator BPJS Kesehatan dalam melakukan verifikasi klaim [8].

Pengkodean INA-CBG terutama bersumber dari resume medis yang memuat diagnosis dan tindakan. Apabila diperlukan, data tambahan dapat diperoleh dengan menelaah seluruh berkas rekam medis. Ketepatan kode diagnosis dan tindakan sangat mempengaruhi hasil *group* pada aplikasi INA-CBG. Resume medis yang tidak lengkap sering kali menyebabkan klaim tertunda (pending), yang berdampak pada kerugian finansial bagi rumah sakit. Penetapan dan pendokumentasian diagnosis utama, diagnosis sekunder, serta tindakan medis yang dilakukan, beserta penyusunan resume medis yang lengkap, jelas, dan spesifik selama masa perawatan pasien menjadi tanggung jawab dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) [9]. Sengketa dan klaim yang tertunda menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan kepada rumah sakit.

Salah satu penyebab klaim tertunda adalah penetapan diagnosis utama yang tidak tepat dan dokumentasi diagnosis yang tidak lengkap, yang mengakibatkan pengkodean diagnosis tidak akurat [10]. Berkas klaim sering tertunda karena rekam medis yang tidak lengkap, seperti entri diagnosis yang tidak jelas dan kesalahan dalam pemberian kode diagnosis maupun tindakan. Ketidaklengkapan resume medis rawat inap sering kali disebabkan oleh tidak terpenuhinya indikator standar kelengkapan, meliputi identifikasi pasien, telaah laporan kritis, telaah dokumentasi, dan telaah autentikasi [11]. Entri diagnosis yang tidak terbaca menghambat proses pengkodean penyakit dan dapat menyebabkan kesalahan tarif klaim. Selain itu, tidak tercantumnya nama lengkap dan tanda tangan dokter atau perawat dapat mempengaruhi persyaratan administratif dalam pengajuan klaim. Perbedaan interpretasi antara dokter, *coder* rumah sakit, dan verifikator BPJS Kesehatan juga berkontribusi terhadap kesalahan dalam penentuan diagnosis dan penetapan kode diagnosis serta tindakan [12]. Permasalahan ini dapat berdampak pada keakuratan tarif klaim INA-CBG dan menimbulkan ketidaksesuaian dalam pembayaran klaim. Kesalahan dalam pengkodean diagnosis sering kali dipicu oleh kesalahan penafsiran atau pembacaan isi rekam medis oleh *coder* [12].

Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro (RSST) merupakan rumah sakit pendidikan dengan status Badan Layanan Umum (BLU) yang telah bekerja sama dengan Badan Penyelenggara

Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sejak Januari 2014, paska perubahan dari PT Askes (Persero). Dalam sistem pembayaran, BPJS Kesehatan hanya memproses klaim pelayanan setelah dokumen administratif dari unit pelayanan rumah sakit lengkap. Pengajuan biaya pelayanan rawat inap pasien BPJS dilakukan setiap bulan oleh rumah sakit kepada BPJS. Proses klaim dilakukan secara manual melalui perangkat lunak INA-CBG dan ditangani oleh Instalasi Rekam Medis dan Penjaminan Pasien (IRMPP). Namun, RSST belum mencapai target Indeks Kinerja Direktur untuk penyelesaian klaim pending BPJS sebesar 93,75%. Pada bulan Juni, klaim pending mencapai 28,77%, yaitu 561 dari 1.950 berkas yang diajukan dinyatakan pending.

Survei pendahuluan yang dilakukan pada Juni 2024 menunjukkan bahwa beberapa berkas klaim dikembalikan atau dinyatakan pending oleh BPJS. Dari 10 berkas klaim yang dipilih secara acak, 7 berkas (70%) dinyatakan layak klaim, sedangkan 3 berkas (30%) berstatus pending. Dua dari berkas yang pending disebabkan oleh dokumentasi indikasi rawat inap yang tidak lengkap. Sebagai contoh, seorang pasien yang dipulangkan dengan diagnosis Infeksi Saluran Kemih (ISK) tidak disertai pencatatan gejala klinis seperti disuria, nyeri perut bawah, nyeri suprapubik, frekuensi, nyeri pinggang, atau nyeri ketok CVA, dengan atau tanpa demam. Selain itu, hasil urinalisis—khususnya sedimen leukosit—tidak tercantum dalam pemeriksaan penunjang, yang bertentangan dengan Berita Acara Kesepakatan INA-CBG Tahun 2019.

Berkas ketiga dinyatakan pending karena tidak terdokumentasikannya prosedur medis secara memadai. Pasien masuk dengan keluhan sesak napas dan batuk selama satu minggu, lalu dipulangkan dengan diagnosis Empiema TB dan Pneumonia SNH. Pasien menjalani prosedur WSD dan CT-scan kepala serta mendapatkan penanganan dari dokter spesialis saraf dan spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) menunjukkan bahwa pasien menjalani tes fungsional dan terapi hemiplegi; namun, diagnosis dan tindakan tersebut tidak tercantum dalam resume medis. Akibatnya apabila di resume medis tidak tertulis dan *coder* mengkode diagnosis *hemiplegi* dan terapinya maka akan terjadi klaim pending. Penyebab terjadinya pending klaim salah satunya disebabkan oleh masalah penetapan diagnosis utama dan kelengkapan penulisan diagnosis sehingga berdampak pada penetapan kode diagnosis secara tepat [13]. Berdasarkan permasalahan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kelengkapan rekam medis dan kelayakan klaim serta menganalisis hubungan kelengkapan rekam medis dengan kelayakan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan.

## 2. METODE PENELITIAN

### 2.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan observasional analitik dengan pendekatan *Cross-sectional* untuk mengetahui hubungan kelengkapan rekam medis dengan kelayakan klaim BPJS pasien rawat inap di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Studi analitik *Cross-sectional* mempelajari hubungan antara faktor risiko dengan penyakit (efek), observasi atau pengukuran terhadap variabel bebas (faktor risiko) dan variabel tergantung (efek) dilakukan sekali dan dalam waktu yang bersamaan [14].

### 2.2 Hipotesis Penelitian

Penelitian ini akan menguji hipotesis penelitian yaitu terdapat hubungan kelengkapan berkas rekam medis pasien rawat inap terhadap kelayakan klaim.

### 2.3 Metode Pengumpulan Data

Populasi terdiri dari 6055 berkas klaim rawat inap BPJS yang diajukan antara bulan September hingga November 2024. Sebanyak 361 rekam medis dipilih sebagai sampel menggunakan rumus populasi terbatas (*finite population formula*). Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan cara observasi pada dokumen rekam medis menggunakan *checklist*. Kegiatan observasi meliputi telaah terhadap dokumen rekam medis berdasarkan berita acara kesepakatan bersama antara BPJS dengan pihak rumah sakit diantaranya kelengkapan resume medis, kelengkapan berkas klaim serta ketepatan kode diagnosis dan tindakan.

### 2.4 Analisis Data

Penelitian ini menggunakan analisis univariat untuk menggambarkan kelengkapan berkas rekam medis dan kelayakan klaim BPJS, serta analisis bivariat untuk menguji hubungan keduanya pada pasien rawat inap. Pengujian hubungan antar variabel kategorikal dilakukan dengan uji *Chi-Square*

menggunakan SPSS versi 23 dengan syarat frekuensi harapan minimal 5 pada setiap sel tabel kontingensi. Jika syarat tersebut tidak terpenuhi, terutama pada tabel 2x2 dengan frekuensi harapan kurang dari 5, maka uji *Fisher Exact Test* digunakan sebagai alternatif yang lebih valid untuk sampel kecil. Pengambilan kesimpulan didasarkan pada nilai signifikansi dengan batas  $p < 0,05$ . Apabila nilai  $p$  kurang dari 0,05, peneliti menyimpulkan terdapat hubungan signifikan antara variabel independen (kelengkapan berkas rekam medis) dan variabel dependen (kelayakan klaim BPJS). Sedangkan nilai  $p \geq 0,05$  menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan.

### 2.5 Ethical Clearance

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang dengan nomor referensi 1127/EA/F.XXIII.38/2024.

## 3. HASIL DAN ANALISIS

Penelitian ini menganalisis 361 sampel pengajuan klaim pelayanan rawat inap pasien BPJS Kesehatan yang diajukan pada periode September hingga November 2024. Analisis terhadap kelengkapan elemen-elemen resume medis sebagai salah satu komponen krusial dalam dokumen pendukung klaim disajikan pada Tabel 1. Tabel 2 memuat hasil evaluasi kelengkapan berkas klaim yang menyertai pengajuan klaim. Selanjutnya, Tabel 3 menyajikan analisis akurasi pemberian kode diagnosis dan prosedur medis yang terdokumentasi. Rangkuman distribusi tingkat kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap tersaji dalam Tabel 4. Sedangkan Tabel 5 menyajikan hasil evaluasi terhadap kelayakan klaim berdasarkan kelengkapan dan kesesuaian dokumen pendukung.

Tabel 1. Analisis Kelengkapan Resume Medis Rawat Inap untuk Pasien BPJS Kesehatan September – November 2024

No	Kriteria Analisis	Kelengkapan						Total
		Lengkap	%	Tidak Dapat Diterapkan	%	Tidak Lengkap	%	
1	Identitas Pasien	361	100	0	0	0	0	361
2	Tanggal Masuk dan Keluar	361	100	0	0	0	0	361
3	Tanda Tangan Dokter Penanggung Jawab	361	100	0	0	0	0	361
4	Indikasi Pasien Masuk	335	92,8	0	0	26	7,2	361
5	Seluruh Diagnosis / Tindakan Dicatat	342	94,7	0	0	19	5,3	361
6	Konsistensi antara Diagnosis dengan Pemeriksaan Penunjang / Terapi	358	99,2	0	0	3	0,8	361
7	Konsistensi Diagnosis dan Tindakan dengan Laporan Operasi / Tindakan	360	99,7	0	0	1	0,3	361
8	Alasan Pembatalan Tindakan / Operasi	0	0	360	99,7	1	0,3	361
9	Tanggal dan Waktu Pemasangan serta Pelepasan ETT / Ventilator	24	6,6	336	93,1	1	0,3	361

Berdasarkan Tabel 1, kelengkapan elemen-elemen utama dalam rekam medis secara umum tergolong tinggi. Identitas pasien, tanggal masuk dan keluar, serta tanda tangan dokter penanggung jawab tercatat lengkap 100% pada seluruh 361 kasus. Dokumentasi klinis menunjukkan tingkat kelengkapan yang bervariasi: indikasi rawat inap dicatat pada 92,8% kasus, dan seluruh diagnosis/tindakan tercatat pada 94,7% kasus. Konsistensi antara diagnosis dan terapi atau pemeriksaan penunjang mencapai 99,2%, sementara kesesuaian antara diagnosis dengan laporan operasi/tindakan mencapai 99,7%.

Dua indikator spesifik menunjukkan tingkat relevansi yang rendah terhadap sebagian besar kasus: alasan pembatalan tindakan/operasi 99,7% tidak dapat diterapkan dan dokumentasi pemasangan/pencabutan ETT/ventilator 93,1% tidak dapat diterapkan. Kedua item ini hanya relevan pada skenario klinis tertentu. Meskipun tingkat relevansinya terbatas, tetap ditemukan 1 kasus tidak lengkap pada masing-masing indikator tersebut, yang menunjukkan adanya kekurangan minor dalam dokumentasi, bahkan dalam prosedur khusus.

Secara keseluruhan, analisis ini menunjukkan praktik dokumentasi yang kuat dalam aspek-aspek esensial, dengan kekurangan kecil pada rasionalisasi klinis dan prosedur khusus yang mungkin berdampak terhadap evaluasi klaim dalam kasus-kasus tertentu. Adanya korelasi antara kelengkapan formulir resume medis dengan status persetujuan klaim rawat inap BPJS di Rumah Sakit X, dimana

didapatkan angka kelengkapan formulir resume medis yang tidak lengkap berjumlah 30 berkas (9,3%) dan formulir resume medis yang lengkap berjumlah 293 berkas (90,7%) [15]. Ketidaklengkapan penulisan resume medis rawat inap dan ketidakterbacaan penulisan diagnosa medis berpengaruh terhadap proses kodifikasi penyakit dan tarif klaim yang akan diajukan [11].

Tabel 2. Hasil Analisis Kelengkapan Dokumen Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan dari September hingga November 2024

No	Kriteria Analisis	Kelengkapan						
		Lengkap %		Tidak Dapat Diterapkan		Tidak Lengkap %		Total
1	SEP	361	100	0	0	0	0	
2	Lembar Klaim	361	100	0	0	0	0	361
3	Surat Perintah Inap / Surat Emergency	361	100	0	0	0	0	361
4	Hasil Pemeriksaan Penunjang	334	92,5	0	0	27	7,5	361
5	Kuitansi Detail Transaksi	360	99,7	0	0	1	0,3	361
6	Kuitansi Detail Obat	360	99,7	0	0	1	0,3	361
7	Laporan Operasi	162	44,9	198	54,8	1	0,3	361
8	Surat penyebab kematian / Surat keterangan meninggal	22	100	0	0	0	0	22
9	Kelengkapan Penunjang Klaim	82	22,7	274	75,9	5	1,4	87

Berdasarkan Tabel 2, ketidaklengkapan tertinggi ditemukan pada item hasil pemeriksaan penunjang dengan 27 berkas tidak lengkap (7,5%). Rinciannya meliputi 15 laporan radiologi (RO), 5 laporan patologi anatomi (PA), 3 laporan laboratorium, 2 laporan elektrokardiografi (EKG), dan 2 laporan mikrobiologi. Ketidaklengkapan tertinggi kedua terdapat pada item dokumen penunjang kelengkapan klaim yang terdiri atas 3 dokumen *barcode* implan, serta masing-masing satu dokumen untuk *checklist* transfusi dan kronologi tindakan. Menurut wawancara dengan petugas *coder* (*medical coder*), dokumen penunjang umumnya dilengkapi oleh *coder*, termasuk laporan radiologi, laboratorium, mikrobiologi, dan PA. Namun pada beberapa kasus terutama untuk pasien yang menjalani tindakan operasi hasil radiologi tidak selalu dilampirkan.

Hal ini terjadi karena *coder* cenderung lebih fokus pada laporan tindakan operasi, dengan asumsi bahwa prosedur tersebut sudah terdokumentasi dengan cukup lengkap dan layak untuk diajukan klaim, sehingga hasil radiologi dianggap tidak esensial untuk disertakan. Dokumen penunjang merupakan laporan dari suatu rangkaian pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh keterangan yang lebih lengkap. Kekurangan lembar penunjang akan berpengaruh pada keabsahan penagihan dan perhitungan biaya perawatan pasien karena lembar penunjang merupakan bukti pasien telah melakukan pelayanan tambahan [16].

Tabel 3. Hasil Analisis Ketepatan Pengkodean Diagnosa dan Tindakan pada Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan September – November 2024

No	Kriteria Analisis	Kelengkapan				Total
		Akurat	%	Tidak Lengkap	%	
1	Kode Diagnosis	329	91,1	32	8,9	361
2	Kode Prosedur	345	95,5	16	4,5	361

Berdasarkan Tabel 3, ketepatan pengkodean diagnosa tercatat pada 329 kasus (91,1%) dan pengkodean tindakan pada 345 kasus (95,5%) dari total 361 berkas klaim. Masih terdapat 32 kasus (8,9%) dengan kode diagnosa yang tidak tepat dan 16 kasus (4,5%) dengan kode tindakan yang salah. Ketepatan coding menjadi salah satu faktor yang menyebabkan pending klaim peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang terjadi di rumah sakit [17]. Ketidakakuratan dalam pengkodean ini tidak hanya berimplikasi pada kualitas data kesehatan yang dihasilkan, namun juga berpotensi memicu kesalahan dalam pengambilan keputusan klinis, perencanaan pengobatan, dan klaim pembayaran [18].

Tabel 4. Distribusi Kelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan September hingga November 2024

No	Kriteria Analisis	Kelengkapan	
		Jumlah	%
1	Lengkap	273	75,6
2	Tidak Lengkap	88	24,4

Berdasarkan Tabel 4, dari total 361 sampel, sebanyak 273 rekam medis (75,6%) dikategorikan lengkap, sedangkan 88 rekam medis (24,4%) dianggap tidak lengkap. Rumah sakit seharusnya memberikan perhatian yang lebih terhadap persyaratan berkas pengajuan klaim BPJS yang berisikan lembar ringkasan keluar (*resume*), lembar penempalan hasil penunjang, SEP, surat perintah rawat, dan ringkasan pasien pulang karena apabila semua berkas tidak dilengkapi mengakibatkan pengajuan klaim tidak bisa dipenuhi [19].

Tabel 5. Distribusi Kelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan dari September hingga November 2024

No	Kriteria Analisis	Kelengkapan	
		Jumlah	%
1	Layak	281	77,8
2	Pending	75	20,8
3	Tidak Layak	5	1,4

Berdasarkan data dari 361 berkas klaim rawat inap BPJS, ditemukan bahwa 281 berkas (77,8%) dinyatakan layak klaim, 75 berkas (20,8%) berstatus pending, dan 5 berkas (1,4%) dinyatakan tidak layak. Diantara 75 berkas pending, mayoritas disebabkan oleh resume medis yang tidak lengkap, yaitu sebanyak 46 berkas (61,3%). Selain itu, berkas pending juga disebabkan oleh kesalahan pengkodean oleh petugas *coder* (9 berkas atau 12%), dokumen klaim yang tidak lengkap (9 berkas atau 12%), kombinasi antara resume tidak lengkap dan kesalahan pengkodean (9 berkas atau 12%), serta kombinasi antara kesalahan pengkodean dan dokumen tidak lengkap (2 berkas atau 2,7%). Sementara itu, pada 5 berkas klaim yang tidak layak, alasan utamanya adalah tindakan medis yang tidak sesuai dengan kriteria penjaminan BPJS Kesehatan, yang terdiri dari 2 kasus kemoterapi, 2 kasus Epidurolysis, dan 1 kasus transfusi darah pada pasien kanker (CA). Kelengkapan resume medis serta ketepatan pengkodean diagnosa dan tindakan merupakan faktor kunci dalam menentukan kelayakan klaim karena kelengkapan berkas pasien menunjukkan akurasi pemberian jaminan oleh BPJS [20].

Tabel 6. Hubungan antara Kelengkapan Rekam Medis dengan Kelayakan Klaim BPJS untuk Pelayanan Rawat Inap

No	Kriteria Analisis	Kelengkapan					
		Lengkap		Pending		Tidak Layak	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1	Lengkap	261	72,3	9	2,5	3	0,8
2	Tidak Lengkap	20	5,5	66	18,3	2	0,6

Berdasarkan Tabel 6, dari total 361 klaim, terdapat 259 klaim (72,3%) yang dinyatakan layak pada kasus dengan rekam medis lengkap. Sebaliknya, hanya 20 klaim (5,5%) yang dinyatakan layak pada kasus dengan rekam medis tidak lengkap. Klaim berstatus pending lebih banyak ditemukan pada kasus dengan rekam medis tidak lengkap, yaitu sebanyak 66 klaim (18,3%), dibandingkan hanya 9 klaim (2,5%) pada kasus dengan rekam medis lengkap. Selain itu, klaim tidak layak sedikit lebih sering terjadi pada kasus dengan rekam medis lengkap (3 klaim atau 0,8%) dibandingkan pada rekam medis tidak lengkap (2 klaim atau 0,6%).

Data ini menunjukkan bahwa kelengkapan rekam medis memiliki hubungan yang kuat dengan kelayakan klaim BPJS. Rekam medis yang lengkap cenderung meningkatkan kemungkinan klaim disetujui, sedangkan rekam medis yang tidak lengkap berkorelasi dengan lebih banyaknya klaim berstatus pending atau tidak layak. Kelengkapan rekam medis menunjukkan kelengkapan dan akurasi data yang disampaikan oleh pihak Rumah Sakit terhadap berkas-berkas informasi yang disyaratkan oleh BPJS [21].

Ketidaklengkapan dan keterlambatan dalam pengisian rekam medis berdampak langsung terhadap pengusulan dan pengajuan klaim fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan [22].

Tabel 7. *Chi-Square Tests*

	<i>Value</i>	<i>Df</i>	<i>Asymptotic Significance (2-sided)</i>	<i>Exact Sig(2-sided)</i>
<i>Perason Chi Square</i>	209.175 <sup>a</sup>	2	.000	.000
<i>Likelihood Ratio</i>	195.680	2	.000	.0000
<i>Fisher's Exact Test</i>	194.410			.000
<i>N of Valid Cases</i>	361			

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.26.

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa nilai *expected count* adalah 33,3% yang menunjukkan bahwa uji *Chi-Square* tidak dapat digunakan dalam penelitian ini. Hal ini disebabkan oleh tidak terpenuhinya salah satu syarat uji *Chi-Square*, yaitu jumlah sel dengan *expected count* kurang dari 5 tidak boleh melebihi 20% dari total sel. Oleh karena itu, alternatif uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Fisher's Exact Test*. Pada Tabel 7, nilai *p* (*p-value*) yang diperoleh dari *Fisher's Exact Test* adalah 0,000. Karena nilai  $p < 0,05$ , maka hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima, yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan rekam medis dengan kelayakan klaim rawat inap BPJS di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Berdasarkan Penelitian sebelumnya didapatkan hasil penelitian terdapat hubungan signifikan antara kelengkapan berkas rekam medis dengan persetujuan klaim pasien BPJS di RSUD M. Zein Painan ( $p = 0,019$ ) [19]. Terdapat empat faktor penyebab terjadinya pending, yaitu berkas tidak lengkap, koding tidak tepat, kurangnya pemeriksaan penunjang dan kurangnya pemahaman terhadap Berita Acara Kesepakatan terkait koding [13].

#### 4. KESIMPULAN

Rekam medis yang tidak lengkap mencapai 24,4% (88 berkas) dengan ketidaklengkapan tertinggi pada bagian resume medis ditemukan pada kolom indikasi masuk. Tingkat ketidaklengkapan tertinggi pada dokumentasi berkas klaim terdapat pada hasil pemeriksaan penunjang, mencapai 75% (27 berkas). Tingkat ketidaktepatan pengkodean tertinggi terjadi pada pengkodean diagnosa, yaitu 8,9% (32 berkas). Terdapat 75 berkas pending (20,8%) dan 5 berkas tidak layak (1,4%). Berdasarkan analisis menggunakan *Fisher's Exact Test*, nilai signifikansi yang diperoleh adalah  $p=0,000$ , yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kelengkapan dokumen dengan kelayakan dokumen.

Hal ini menunjukkan bahwa dokumen yang lengkap lebih mungkin dinyatakan layak, sementara dokumen yang tidak lengkap lebih sering berstatus pending atau tidak layak. Oleh karena itu disarankan kepada pihak rumah sakit agar tenaga medis dan *coder* supaya lebih memperhatikan aspek yang dapat mempengaruhi kebenaran dokumen klaim, agar tidak terjadi pending klaim dengan melaksanakan aturan-aturan dalam penetapan kode diagnosis utama, penulisan diagnosis secara spesifik dan meningkatkan kemampuan koder untuk menghasilkan kode diagnosis secara tepat. Penelitian selanjutnya disarankan untuk mengeksplorasi hubungan antara masing-masing indikator kelengkapan dalam berkas klaim yang menjadi penyebab ketidaklengkapan.

#### UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih yang tulus penulis sampaikan kepada seluruh pihak yang telah membantu dalam proses penelitian ini. Secara khusus, penulis berterima kasih kepada RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang telah menyediakan fasilitas penelitian sekaligus memberikan dukungan finansial serta kesempatan untuk mempublikasikan artikel ini.

#### REFERENSI

- [1] Pemerintah Indonesia, *Undang-undang (UU) Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Pemerintah Indonesia, 2004.
- [2] Pemerintah Indonesia, *Undang-undang (UU) Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Jakarta: Pemerintah Indonesia, 2023.
- [3] A. F. C. Arifa, "Pengaruh Informasi Pelayanan Prolanis dan Kesesuaian Waktu terhadap Pemanfaatan Prolanis di Pusat Layanan Kesehatan Unair," *J. Adm. Kesehat. Indones.*, vol. 6, no. 2, pp. 95–102, Dec. 2018, doi: 10.20473/jaki.v6i2.2018.95-102.
- [4] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82*

- Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013.
- [5] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022.
- [6] Pemerintah Indonesia, *Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Pemerintah Indonesia, 2018.
- [7] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan No 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021.
- [8] D. Sulastris and S. Sugiarsi, "Analysis Of The Accuracy Of The Diagnosis Code And Methods Before And After Verification On The Medical Records Of BPJS Patients In RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso," *Indones. J. Heal. Inf. Manag.*, vol. 4, no. 1, pp. 1–6, 2024, doi: <https://doi.org/10.54877/ijhim.v4i1.150>.
- [9] M. Rabiulyati, A. Nurwahyuni, and P. Pujiyanto, "Analisis Klaim Rawat Inap RSUD Kebayoran Baru November 2022 – April 2023: Pendekatan Sistem," *J. Ekon. Kesehat. Indones.*, vol. 9, no. 1, pp. 26–39, Jun. 2024, doi: 10.7454/eki.v9i1.1115.
- [10] O. Oktamianiza, R. Rahmadhani, Y. Yulia, V. Ilahi, K. A. Putri, and F. S. Juwita, "Penyebab Pending Klaim Berdasarkan Aspek Diagnosis dan Ketepatan Kode Diagnosis," *J-REMI J. Rekam Med. dan Inf. Kesehat.*, vol. 5, no. 4, pp. 282–287, Jul. 2024, doi: 10.25047/j-remi.v5i4.4884.
- [11] A. Sakinah and Y. Yunengsih, "Analisis Kelengkapan Resume Medis Rawat Inap BPJS Terhadap Kelancaran Klaim BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Melania Bogor'," *J. Kesehat. Tambusai*, vol. 2, no. 4, pp. 70–77, Dec. 2021, doi: 10.31004/jkt.v2i4.2665.
- [12] C. J. Muroli, T. B. W. Rahardjo, and A. G. Kodyat, "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap Oleh BPJS Di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat Tahun 2019," *J. Manaj. dan Adm. Rumah Sakit Indones.*, vol. 4, no. 2, pp. 191–197, Oct. 2020, doi: 10.52643/marsi.v4i2.1040.
- [13] B. Pranayuda, I. Haryanti, Y. Utomo, and H. Madiistriyatno, "Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Kesehatan dalam Pengajuan Klaim di Rumah Sakit Umum Persahabatan," *Blantika Multidiscip. J.*, vol. 1, no. 4, pp. 305–313, 2023.
- [14] Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Alfabeta, 2019.
- [15] M. P. Aulia, F. Rakhmawati, and T. E. Gusti, "Hubungan Kelengkapan Formulir Resume Medis dengan Status Persetujuan Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit X," *J. Surya Med.*, vol. 11, no. 2, pp. 253–259, Apr. 2025, doi: 10.33084/jsm.v11i2.9757.
- [16] L. Megawati and R. D. Pratiwi, "Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta," *J. Kesehat. Vokasional*, vol. 1, no. 1, pp. 36–43, Oct. 2016, doi: 10.22146/jkesvo.27476.
- [17] A. Meiningtyas and F. C. Maulina, "Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Pusat Pertamina," *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 13, no. 1, pp. 1–5, 2025, doi: <https://doi.org/10.33560/jmiki.v13i1.660>.
- [18] R. Tuzzahra, A. O. Hakim, D. Romodon, and G. Gunawan, "Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD Majenang," *J-REMI J. Rekam Med. dan Inf. Kesehat.*, vol. 6, no. 1, pp. 29–39, Dec. 2024, doi: 10.25047/j-remi.v6i1.5469.
- [19] C. Rahmatika, I. N. Sulrieni, and A. N. Sary, "Kelengkapan Berkas Rekam Medis dan Klaim BPJS di RSUD M. Zein Painan," *J. Kesehat. Med. Sainitika*, vol. 11, no. 1, pp. 11–15, Jun. 2020, doi: 10.30633/jkms.v11i1.514.
- [20] R. Famel and H. Hardisman, "Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keterlambatan Klaim BPJS Di RSUD Sijunjung," *J. Mirai Manag.*, vol. 8, no. 2, pp. 254–261, 2023, doi: <https://doi.org/10.37531/mirai.v8i2.5301>.
- [21] I. Asis, L. Lisnawaty, and W. O. S. N. Z. Andisiri, "Studi Proses Pengajuan Klaim Pasien BPJS Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017," *JIMKES J. Ilm. Mhs. Kesehat. Masy.*, vol. 2, no. 6, pp. 1–17, 2017, doi: 10.37887/jimkesmas.v2i6.3410.
- [22] A. O. Hasbullah, H. A. Maidin, and N. U. Machmud, "Implementasi Pending Klaim BPJS Kesehatan Berdasarkan Permenkes No 26 Tahun 2021 di RS Ibnu Sina," *J. Afyah Heal. Res.*, vol. 5, no. 2, pp. 199–209, 2024, doi: <https://doi.org/10.52103/jahr.v5i2.1699>.