



**JURNAL KESEHATAN INDONESIA**

*Administrasi Kesehatan USY*

JOURNAL HOME PAGE: [HTTPS://JURNAL.USY.AC.ID/INDEX.PHP/JUKI](https://jurnal.usy.ac.id/index.php/juki)



## **FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TERJADINYA PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN PASIEN RAWAT INAP DI RSUD KARDINAH KOTA TEGAL**

**Raden Roro Amanda Resti Naranadiya<sup>1\*</sup>, Dewi Sulistyoningrum<sup>2</sup>, Doni Hendri<sup>3</sup>**

<sup>123</sup>S1 Administrasi Kesehatan, STIKES Brebes

[restibrebes12@gmail.com](mailto:restibrebes12@gmail.com)<sup>1\*</sup>, [dewisulistyo17@gmail.com](mailto:dewisulistyo17@gmail.com)<sup>2</sup>, [udadonihendri@gmail.com](mailto:udadonihendri@gmail.com)<sup>3</sup>

### **ABSTRAK**

Pendahuluan : BPJS Kesehatan merupakan sistem jaminan kesehatan di Indonesia yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh masyarakat. Namun, dalam pelaksanaannya sering terjadi masalah *pending* klaim yang dapat mempengaruhi pelayanan rumah sakit dan kepuasan pasien. Tujuan Penelitian : Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara faktor ketidaklengkapan berkas rekam medis, kurang tepatnya *coding*, kurangnya pemeriksaan penunjang, dan kurangnya *evidence* terapi dengan *pending* klaim BPJS kesehatan. Metode Penelitian : Penelitian observasional dan dimasukkan ke dalam desain penelitian studi kasus yang tertanam dalam desain penelitian analitik metode kuantitatif. Sampel penelitian adalah berkas rekam medis pasien rawat inap di RSUD Kardinah Kota Tegal sebanyak 94 berkas rekam medis. Pengumpulan data menggunakan lembar *checklist*. Analisis data menggunakan *Fisher's Exact Test*. Hasil Penelitian : Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara ketidaklengkapan berkas rekam medis dengan klaim BPJS Kesehatan ( $p$ -value = 0,593), dan ada hubungan antara kurang tepatnya *coding*, kurangnya pemeriksaan penunjang, kurangnya *evidence* terapi dengan klaim BPJS Kesehatan ( $p$ -value = 0,001). Kesimpulan : Dokter harus memperhatikan kejelasan dan kelengkapan isi rekam medis, petugas D3 RMIK harus dilatih untuk pengkodean akuisisi yang akurat dan menjalani pelatihan *casemix*, pelatihan internal dan eksternal rumah sakit.

Kata kunci : *Pending* Klaim, BPJS Kesehatan, Rawat Inap, Berkas Rekam Medis, Pengkodean Diagnosis

### **ABSTRACT**

*Introduction: BPJS Kesehatan is a health insurance system in Indonesia that aims to provide health protection to the entire community. However, in its implementation, there are often problems with pending claims that can affect hospital services and patient satisfaction. Research Objectives: The purpose of this study was to analyze the relationship between factors of incomplete medical record files, inaccurate coding, lack of supporting examinations, and lack of evidence of therapy with pending BPJS Kesehatan claims. Research Methods: Observational research and included in a case study research design embedded in a quantitative method analytical research design. The research sample was the medical record files of inpatients for the period December 2023 at Kardinah Hospital, Tegal City, totaling 94 medical record files. Data collection used a checklist sheet. Data analysis used Fisher's Exact Test. Research Results: The results of statistical tests showed that there was no relationship between incomplete medical record files and BPJS Kesehatan claims ( $p$ -value = 0.593), and there was a relationship between inaccurate coding, lack of supporting examinations, lack of evidence of therapy with BPJS Kesehatan claims ( $p$ -value = 0.001). Conclusion: Doctors must pay attention to the clarity and completeness of the contents of medical records, D3 RMIK officers must be trained for accurate acquisition coding and undergo casemix training, internal and external hospital training.*

*Keywords : Pending Claims, BPJS Health, Inpatient, Medical Record Files, Diagnosis Coding*

## PENDAHULUAN

UU Nomor 17 Tahun 2023 mengemukakan terkait rumah sakit merupakan fasilitas medis yang menyediakan layanan medis menyeluruh yang dipersonalisasi melalui layanan promotif, preventif, terapeutik, rehabilitasi, dan paliatif, bagi rawat jalan, rawat inap, atau gawat darurat (Istiqomah et al., 2016).

PERMENKES Nomor 24 Tahun 2022 menyatakan mengenai rekam medis yaitu suatu data yang memuat keterangan terkait identitas diri pasien, tindakan, perawatan, prosedur, serta layanan tambahan yang diberikan kepada pasien. Rekam medis elektronik diartikan sebagai rekam medis yang dibuat melalui suatu sistem dan memiliki data elektronik yang diberikan kepada pengelola rekam medis (Permenkes RI No 24, 2022). Untuk persyaratan pengajuan klaim, maka catatan mengenai ringkasan hasil layanan yang diberikan kepada pasien nantinya akan dipergunakan kembali.

Menurut PERMENKES Nomor 6 Tahun 2022 mengenai Penggunaan Uang Muka Jaminan Kesehatan Nasional pada Instansi Kesehatan Milik Negara untuk menunjang pemanfaatan pelayanan kesehatan (BPJS) dan biaya operasional pelayanan kesehatan. JKN yaitu jenis jaminan kesehatan yang memberikan manfaat serta perlindungan medis kepada anggotanya. Kebutuhan dasar medis akan terpenuhi dan tersedia bagi seluruh masyarakat yang telah membayar atau menerima pembayaran dari pemerintah. BPJS Kesehatan bertanggung jawab atas sistem JKN. Badan tersebut bertanggung jawab mengelola skema asuransi kesehatan untuk melindungi seluruh wilayah dengan biaya rendah dan memberikan cakupan yang komprehensif di seluruh wilayah (Kemenkes, 2022). BPJS Kesehatan bermitra dengan fasilitas layanan medis, antara lain puskesmas, klinik, dan rumah sakit. Sebagai layanan kesehatan, BPJS kesehatan menanggung semua biaya pemeriksaan medis serta memberikan layanan yang memudahkan masyarakat menerima pemeriksaan kesehatan. Rumah sakit menerima penggantian dari BPJS kesehatan setelah klaim diajukan. Setelah klaim diajukan, pihak rumah sakit akan menerima penggantian biaya dari BPJS Kesehatan. Rumah Sakit yang bermitra dengan BPJS Kesehatan untuk melayani pasien dapat menagihkan biaya pelayanan melalui aplikasi e-klaim INA-CBGs.

Dengan demikian, PERMENKES Nomor 26 Tahun 2021 terkait Petunjuk Kelompok Kasus Indonesia dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (INA-CBGs) menyebutkan bahwa sistem pembayaran nantinya akan digunakan untuk pengobatan rawat inap dan rawat jalan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (Permenkes, 2021). Metode *prospektif* menjelaskan bahwa metode pembiayaan yang didasarkan pada seberapa besar pelayanan kesehatan yang diketahui sebelum pelayanan diberikan. Metode pembiayaan yang akan datang di Indonesia dikenal dengan *case based group* atau *casemix* dan telah diperkenalkan dengan metode pembiayaan program JKN. Metode pembiayaan tersebut mengharuskan rumah sakit mengajukan permohonan untuk menerima pembayaran atas layanan yang diberikan kepada pasien (Suhartoyo, 2018).

Pada era JKN, sebagian besar penjaminan menggunakan sistem prospek sehingga keuntungan rumah sakit sangat dipengaruhi oleh kelancaran sistem *casemix* yang mengharuskan rumah sakit mengajukan klaim kepada perusahaan asuransi. Saat mengajukan klaim, pastikan untuk meminta dokumentasi pendukung

yang lengkap berupa rekam medis, informasi pribadi, kartu asuransi, dan barang-barang lain yang diperlukan. Dokumentasi yang tidak lengkap dan pengkodean diagnostik yang salah menyebabkan rekam medis menjadi ambigu, menimbulkan biaya yang berlebihan, dan menurunkan kualitas rekam medis.

Klaim ini sudah termasuk pengajuan biaya medis pasien BPJS Kesehatan yang dibayarkan dari rumah sakit ke BPJS Kesehatan. Hal ini dilaksanakan dengan cara massal dan ditagih oleh BPJS Kesehatan setiap bulan (Manaida et al., 2019). Metode penagihan klaim ini sangat berpengaruh untuk rumah sakit karena menjamin pengganti biaya perawatan pasien. Fasilitas yang terafiliasi dengan BPJS Kesehatan harus mengikuti prosedur verifikasi BPJS Kesehatan, melengkapi dokumentasi yang diperlukan, dan mengajukan klaim setiap bulan paling lambat tanggal sepuluh bulan berikutnya.

Verifikasi klaim medis BPJS yang diusulkan oleh institusi pelayanan kesehatan untuk memastikan bahwa rumah sakit memberikan layanan medis yang tepat kepada pasien atau pengguna BPJS Kesehatan untuk memastikan kualitas layanan serta efektivitas biaya layanan medis bagi pasien BPJS Kesehatan. Untuk permintaan yang dibuat selama tahap peninjauan dan tidak memenuhi syarat tersebut dapat mengakibatkan klaim tertunda. Faktor - faktor ini mengakibatkan klaim tertunda dalam kasus - kasus yang tidak tepat, seperti Verifikasi Manajemen Keanggotaan, Verifikasi Manajemen Layanan, dan Verifikasi Layanan Kesehatan.

Klaim yang tertunda adalah klaim yang tidak ada kesepakatan mengenai kode atau aturan medis diantara BPJS Kesehatan serta Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (sengketa penagihan). Oleh karena itu, harus diselesaikan sesuai dengan peraturan perundang – undangan (Nurul'Aida, 2022).

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah faktor – faktor yang berhubungan dengan terjadinya *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap periode Desember 2023 di RSUD Kardinah Kota Tegal.

Adapun tujuan khusus penelitian ini untuk menganalisis hubungan antara faktor ketidaklengkapan berkas rekam medis, faktor kurang tepatnya *coding*, faktor kurangnya pemeriksaan penunjang, dan faktor kurangnya *evidence* terapi dengan *pending* klaim BPJS Kesehatan. Manfaat penelitian ini sebagai pertimbangan untuk pengambilan keputusan dalam mengantisipasi kerugian *financial* dan meningkatkan mutu di RSUD Kardinah Kota Tegal.

## METODE PENELITIAN

Penelitian observasional dan dimasukkan ke dalam desain penelitian studi kasus yang tertanam dalam desain penelitian analitik metode kuantitatif. Sampel penelitian adalah berkas rekam medis pasien rawat inap periode Desember 2023 di RSUD Kardinah Kota Tegal sebanyak 94 berkas rekam medis. Pengumpulan data menggunakan lembar *checklist*. Analisis data menggunakan *chi-square*.

## HASIL

1. Analisis Univariat
  - a. Distribusi Frekuensi Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis

Berikut adalah distribusi frekuensi ketidaklengkapan berkas rekam medis berdasarkan 94 berkas rekam medis pasien rawat inap BPJS Kesehatan Periode Desember 2023 di RSUD Kardinah Kota Tegal.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Di RSUD Kardinah Kota Tegal Periode Desember 2023

Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis	Distribusi Frekuensi				Total	
	Tidak Lengkap		Lengkap			
	n	%	n	%	n	%
SEP	53	56,4	41	43,6	94	100,0
Konfirmasi	47	50,0	47	50,0	94	100,0
Tanggal SEP	50	53,2	44	46,8	94	100,0
Tanggal Pulang	66	70,2	28	29,8	94	100,0
Rawat Inap/Rawat Jalan	46	48,9	48	51,1	94	100,0
Nomor Kartu	66	70,2	28	29,8	94	100,0
MR	70	74,5	24	25,5	94	100,0
Nama Peserta	30	31,9	64	68,1	94	100,0
Kode INA-CBGs	69	73,4	25	26,6	94	100,0
Nomor Surat BA	50	53,2	44	46,8	94	100,0
Biaya Pengajuan	74	78,7	20	21,3	94	100,0
Hasil Konfirmasi	54	57,4	40	42,6	94	100,0

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang ketidaklengkapan berkas rekam medis menunjukkan pada ketidaklengkapan berkas SEP sebagian besar yang tidak diisi lengkap yaitu berjumlah 53 berkas rekam medis dengan hasil persentase 56,4%, sedangkan yang diisi lengkap yaitu berjumlah 41 berkas rekam medis dengan hasil persentase 43,6%.

Bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang ketidaklengkapan berkas rekam medis menunjukkan pada ketidaklengkapan berkas Konfirmasi sebagian besar yang tidak diisi lengkap yaitu berjumlah 47 berkas rekam medis dengan hasil persentase 50%, sedangkan yang diisi lengkap yaitu berjumlah 47 berkas rekam medis dengan hasil persentase 50%.

Bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang ketidaklengkapan berkas rekam medis menunjukkan pada ketidaklengkapan berkas Tanggal SEP sebagian besar yang tidak diisi lengkap yaitu berjumlah 50 berkas rekam medis dengan hasil persentase

53,2%, sedangkan yang diisi lengkap yaitu berjumlah 44 berkas rekam medis dengan hasil persentase 46,8%.

Bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang ketidaklengkapan berkas rekam medis menunjukkan pada ketidaklengkapan berkas Tanggal Pulang sebagian besar yang tidak diisi lengkap yaitu berjumlah 66 berkas rekam medis dengan hasil persentase 70,2%, sedangkan yang diisi lengkap yaitu berjumlah 28 berkas rekam medis dengan hasil persentase 29,8%.

Bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang ketidaklengkapan berkas rekam medis menunjukkan pada ketidaklengkapan berkas Rawat Inap atau Rawat Jalan sebagian besar yang tidak diisi lengkap yaitu berjumlah 46 berkas rekam medis dengan hasil persentase 48,9%, sedangkan yang diisi lengkap yaitu berjumlah 48 berkas rekam medis dengan hasil persentase 51,1%.

Bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang ketidaklengkapan berkas rekam medis menunjukkan pada ketidaklengkapan berkas Nomor Kartu sebagian besar yang tidak diisi lengkap yaitu berjumlah 66 berkas rekam medis dengan hasil persentase 70,2%, sedangkan yang diisi lengkap yaitu berjumlah 28 berkas rekam medis dengan hasil persentase 29,8%.

Bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang ketidaklengkapan berkas rekam medis menunjukkan pada ketidaklengkapan berkas MR sebagian besar yang tidak diisi lengkap yaitu berjumlah 70 berkas rekam medis dengan hasil persentase 74,5%, sedangkan yang diisi lengkap yaitu berjumlah 24 berkas rekam medis dengan hasil persentase 25,5%.

Bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang ketidaklengkapan berkas rekam medis menunjukkan pada ketidaklengkapan berkas Nama Peserta sebagian besar yang tidak diisi lengkap yaitu berjumlah 30 berkas rekam medis dengan hasil persentase 31,9%, sedangkan yang diisi lengkap yaitu berjumlah 64 berkas rekam medis dengan hasil persentase 68,1%.

Bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang ketidaklengkapan berkas rekam medis menunjukkan pada ketidaklengkapan berkas Kode INA-CBGs sebagian besar yang tidak diisi lengkap yaitu berjumlah 69 berkas rekam medis dengan hasil persentase 73,4%, sedangkan yang diisi lengkap yaitu berjumlah 25 berkas rekam medis dengan hasil persentase 26,6%.

Bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang ketidaklengkapan berkas rekam medis menunjukkan pada ketidaklengkapan berkas Nomor Surat BA sebagian besar yang tidak diisi lengkap yaitu berjumlah 50 berkas rekam medis dengan hasil persentase 53,2%, sedangkan yang diisi lengkap yaitu berjumlah 44 berkas rekam medis dengan hasil persentase 46,8%.

Bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang ketidaklengkapan berkas rekam medis menunjukkan pada

ketidaklengkapan berkas Biaya Pengajuan sebagian besar yang tidak diisi lengkap yaitu berjumlah 74 berkas rekam medis dengan hasil persentase 78,7%, sedangkan yang diisi lengkap yaitu berjumlah 20 berkas rekam medis dengan hasil persentase 21,3%.

Bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang ketidaklengkapan berkas rekam medis menunjukkan pada ketidaklengkapan berkas Hasil Konfirmasi sebagian besar yang tidak diisi lengkap yaitu berjumlah 54 berkas rekam medis dengan hasil persentase 57,4%, sedangkan yang diisi lengkap yaitu berjumlah 40 berkas rekam medis dengan hasil persentase 42,6%.

b. Distribusi Frekuensi Kurang Tepatnya *Coding*

Berikut adalah distribusi frekuensi kurang tepatnya *coding* berdasarkan 94 berkas rekam medis pasien rawat inap BPJS Kesehatan Periode Desember 2023 di RSUD Kardinah Kota Tegal.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Kurang Tepatnya *Coding* Di RSUD Kardinah Kota Tegal Periode Desember 2023

Kurang Tepatnya <i>Coding</i>	Distribusi Frekuensi	
	n	%
Tidak Ada	71	75,5
Ada	23	24,5
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Berdasarkan Tabel 2 dapat dilihat bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang kurang tepatnya *coding* menunjukkan sebagian besar yang tidak ada yaitu berjumlah 71 berkas rekam medis dengan hasil persentase 75,5%, sedangkan yang ada yaitu berjumlah 23 berkas rekam medis dengan hasil persentase 24,5%.

c. Distribusi Frekuensi Kurangnya Pemeriksaan Penunjang

Berikut adalah distribusi frekuensi kurangnya pemeriksaan penunjang berdasarkan 94 berkas rekam medis pasien rawat inap BPJS Kesehatan Periode Desember 2023 di RSUD Kardinah Kota Tegal.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kurangnya Pemeriksaan Penunjang di RSUD Kardinah Kota Tegal Periode Desember 2023

Kurangnya Pemeriksaan Penunjang	Distribusi Frekuensi	
	n	%
Tidak Ada	55	58,5
Ada	39	41,5
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Berdasarkan Tabel 3 dapat dilihat bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang kurangnya pemeriksaan penunjang menunjukkan sebagian besar yang tidak ada yaitu berjumlah 55 berkas rekam medis

dengan hasil persentase 58,5%, sedangkan yang ada yaitu berjumlah 39 berkas rekam medis dengan hasil persentase 41,5%.

d. Distribusi Frekuensi Kurangnya *Evidence* Terapi

Berikut adalah distribusi frekuensi kurangnya *evidence* terapi berdasarkan 94 berkas rekam medis pasien rawat inap BPJS Kesehatan Periode Desember 2023 di RSUD Kardinah Kota Tegal.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Kurangnya *Evidence* Terapi Di RSUD Kardinah Kota Tegal Periode Desember 2023

Kurangnya <i>Evidence</i> Terapi	Distribusi Frekuensi	
	n	%
Tidak Ada	50	53,2
Ada	44	46,8
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Berdasarkan Tabel 4 dapat dilihat bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang kurangnya *evidence* terapi menunjukkan sebagian besar yang tidak ada yaitu berjumlah 50 berkas rekam medis dengan hasil persentase 53,2%, sedangkan yang ada yaitu berjumlah 44 berkas rekam medis dengan hasil persentase 46,8%.

e. Distribusi Frekuensi Klaim BPJS Kesehatan

Berikut adalah distribusi frekuensi kelancaran klaim BPJS Kesehatan berdasarkan 94 berkas rekam medis pasien rawat inap BPJS Kesehatan Periode Desember 2023 di RSUD Kardinah Kota Tegal.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Klaim BPJS Kesehatan Di RSUD Kardinah Kota Tegal Periode Desember 2023

Klaim BPJS Kesehatan	Distribusi Frekuensi	
	n	%
<i>Pending</i>	71	75,5
Tidak <i>Pending</i>	23	24,5
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Berdasarkan Tabel 5 dapat dilihat bahwa persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan tentang klaim BPJS Kesehatan menunjukkan sebagian besar yang *pending* yaitu berjumlah 71 berkas rekam medis dengan hasil persentase 75,5%, sedangkan yang tidak *pending* yaitu berjumlah 23 berkas rekam medis dengan hasil persentase 24,5%.

2. Analisis Bivariat

a. Hubungan Antara Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Dengan Klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa frekuensi berkas rekam medis tidak lengkap yang mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (76,4%) lebih besar dibandingkan dengan berkas rekam medis yang tidak mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (23,6%). Sedangkan

frekuensi berkas rekam medis lengkap yang mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (60,0%) lebih besar dibandingkan dengan berkas rekam medis yang tidak mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (40,0%).

Hasil uji statistik dengan *Fisher's Exact Test* antara variabel ketidaklengkapan berkas rekam medis dengan klaim BPJS Kesehatan diperoleh  $P = 0,593$  ( $P > 0,05$ ) yang mempunyai arti tidak ada hubungan antara ketidaklengkapan berkas rekam medis dengan klaim BPJS Kesehatan.

Tabel 6. Hubungan Antara Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis Dengan Klaim BPJS Kesehatan

Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis	Klaim BPJS Kesehatan				Total	P Value	
	Pending		Tidak Pending				
	n	%	n	%	n	%	
	Tidak Lengkap	68	76,4	21	23,6	89	100,0
Lengkap	3	60,0	2	40,0	5	100,0	

- b. Hubungan Antara Kurang Tepatnya *Coding* Dengan Klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa frekuensi tidak adanya *coding* yang mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (100,0%) lebih besar dibandingkan yang tidak mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (0,0%). Sedangkan frekuensi adanya *coding* yang tidak mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (100,0%) lebih besar dibandingkan yang mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (0,0%).

Hasil uji statistik dengan *Fisher's Exact Test* antara variabel kurang tepatnya *coding* dengan klaim BPJS Kesehatan diperoleh  $P = 0,001$  ( $P < 0,05$ ) yang mempunyai arti ada hubungan antara kurang tepatnya *coding* dengan klaim BPJS Kesehatan.

Tabel 7. Hubungan Antara Kurang Tepatnya *Coding* Dengan Klaim BPJS Kesehatan

Kurang Tepatnya Coding	Klaim BPJS Kesehatan				Total	P Value	
	Pending		Tidak Pending				
	n	%	n	%	n	%	
Tidak Ada	71	100,0	0	0,0	71	100,0	<b>0,001</b>
Ada	0	0,0	23	100,0	23	100,0	

- c. Hubungan Antara Kurangnya Pemeriksaan Penunjang Dengan Klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa frekuensi tidak adanya pemeriksaan penunjang yang mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (100,0%) lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mengalami *pending* (0,0%). Sedangkan frekuensi adanya pemeriksaan penunjang yang tidak mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (59,0%) lebih besar dibandingkan dengan yang mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (41,0%).

Hasil uji statistik dengan *Fisher's Exact Test* antara variabel kurangnya pemeriksaan penunjang dengan klaim BPJS Kesehatan diperoleh  $P = 0,001$  ( $P < 0,05$ ) yang mempunyai arti ada hubungan antara kurangnya pemeriksaan penunjang dengan klaim BPJS Kesehatan.

Tabel 8. Hubungan Antara Kurangnya Pemeriksaan Penunjang Dengan Klaim BPJS Kesehatan

Kurangnya Pemeriksaan Penunjang	Klaim BPJS Kesehatan				Total	P Value	
	<i>Pending</i>		Tidak <i>Pending</i>				
	n	%	n	%			
Tidak Ada	55	100,0	0	0,0	55	100,0	<b>0,001</b>
Ada	16	41,0	23	59,0	39	100,0	

d. Hubungan Antara Kurangnya *Evidence* Terapi Dengan Klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa frekuensi tidak adanya *evidence* terapi yang mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (100,0%) lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (0,0%). Sedangkan frekuensi adanya *evidence* terapi yang tidak mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (52,3%) lebih besar dibandingkan dengan yang mengalami *pending* klaim BPJS Kesehatan (47,7%).

Hasil uji statistik dengan *Fisher's Exact Test* antara variabel kurangnya *evidence* terapi dengan klaim BPJS Kesehatan diperoleh  $P = 0,001$  ( $P < 0,05$ ) yang mempunyai arti ada hubungan antara kurangnya *evidence* terapi dengan klaim BPJS Kesehatan.

Tabel 9. Hubungan Antara Kurangnya *Evidence* Terapi Dengan Klaim BPJS Kesehatan

Kurangnya <i>Evidence</i> Terapi	Klaim BPJS Kesehatan				Total	P Value	
	<i>Pending</i>		Tidak <i>Pending</i>				
	n	%	n	%			
Tidak Ada	50	100,0	0	0,0	50	100,0	<b>0,001</b>
Ada	21	47,7	23	52,3	44	100,0	

## PEMBAHASAN

### 1. Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis

Berkas rekam medis ialah salah satu unsur yang sangat penting dalam persyaratan klaim BPJS Kesehatan. Integritas pasien mengacu pada keakuratan cakupan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan. Pengelola klaim BPJS Kesehatan harus mengkaji informasi lengkap tentang pasien untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan adalah tujuan yang benar, yaitu peserta dan pendanaan BPJS Kesehatan sesuai dengan spesifikasi atau jenis pengobatan BPJS Kesehatan. Sebab itu, rumah sakit harus memperhatikan persyaratan kesehatan BPJS, yang meliputi SEP, resume medis, hasil penunjang, bukti laporan operasi, rincian biaya layanan pengobatan, surat anjuran rawat inap, fotokopi kartu BPJS Kesehatan, fotokopi KTP, dan fotokopi KK. Apabila salah satu berkas rekam medis hilang dan tidak disertai diagnosa serta tanda tangan dokter, maka dari itu berkas rekam medis tersebut tidak dapat diperoleh kembali dan harus diserahkan kembali untuk dilengkapi. Penyimpanan rekam medis harus ditinjau dan diselesaikan berdasarkan pemeriksaan, tindakan, dan metode pengobatan yang dilakukan terhadap pasien. Sebab, hasil pendukung tersebut bisa berdampak pada peningkatan angka klaim BPJS Kesehatan.

### 2. Kurang Tepatnya *Coding*

Permasalahan yang timbul akibat ketidaklengkapan tersebut adalah dokter jarang mengisi resume medis pasien sedangkan data tersebut sangat dibutuhkan untuk proses pengkodean. Selain dari pada kelengkapan diagnosis dan tindakan pada resume medis sebagai faktor dari ketepatan coding, adapula faktor lain seperti kualifikasi petugas coding, beban kerja petugas, dimana beban kerja yang melebihi kapasitas petugas. Adapula penulisan diagnosis yang tidak jelas atau menggunakan singkatan yang tidak diketahui petugas.

### 3. Kurangnya Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan pemeriksaan yang dilakukan untuk mengoptimalkan intervensi keperawatan dan proses penyembuhan pasien, serta untuk memastikan diagnosis. Tes tersebut dilakukan oleh dokter untuk mendapatkan hasil berikutnya. Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan dahak, feses, urine, endoskopi, bronkoskopi, USG, rontgen, CT scan, pap smear. Alat yang digunakan untuk pemeriksaan tambahan adalah MRI, EEG, EMG, defibrillator, dan ECG.

Hasil pemeriksaan penunjang yang tidak lengkap adalah alasan lain tertundanya klaim di rumah sakit. Apabila data yang diperlukan untuk proses verifikasi tidak ada pada resume medis, maka BPJS Kesehatan akan meminta konfirmasi secara langsung. Proses verifikasi memerlukan data riwayat kesehatan lengkap yang mendukung diagnosis, termasuk diagnosis primer dan sekunder, yakni riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik serta tanda vital, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi dan interpretasinya, beberapa tindakan atau cara pengobatan tertentu. Semua harus sesuai diagnosis di rekam medis. Jika diagnosis tidak disertai pemeriksaan yang sesuai atau hasil pemeriksaan tidak tersedia, maka kasus akan ditunda dan dikembalikan

ke rumah sakit untuk konfirmasi. BPJS Kesehatan juga dapat memastikan diagnosis jika ditemukan kejanggalan.

4. Kurangnya *Evidence* Terapi

*Evidence-based practice* (EBP) merupakan suatu proses yang membantu staf medis untuk selalu *up-to-date* atau cara memperoleh informasi terkini yang dapat digunakan sebagai dokumentasi untuk mengambil keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan informasi terbaik perawatan pasien. Komponen EBP mencakup bukti eksternal, yaitu temuan penelitian, teori dari penelitian, pendapat ahli, hasil meja bundar ahli. Bukti internal, ialah penilaian klinis, hasil proyek peningkatan kualitas yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas layanan klinis, hasil penilaian dan evaluasi pasien, dasar pemikiran klinis, penilaian dan Penggunaan sumber daya staf medis yang diperlukan untuk mencapai pengobatan yang dipilih dan mencapai tujuan yang diinginkan. Kepentingan dan keinginan pasien adalah memberikan manfaat terbaik pada kondisinya saat ini dan meminimalkan biaya.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari analisis dan pembahasan sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa Tidak Ada Hubungan Antara Faktor Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis dengan Klaim BPJS Kesehatan dengan  $p\text{-value} = 0,593$ . Ada Hubungan Antara Kurang Tepatnya *Coding* dengan Klaim BPJS Kesehatan dengan  $p\text{-value} = 0,001$ . Ada Hubungan Antara Kurangnya Pemeriksaan Penunjang dengan Klaim BPJS Kesehatan dengan  $p\text{-value} = 0,001$ . Ada Hubungan Antara Kurangnya *Evidence* Terapi dengan Klaim BPJS Kesehatan dengan  $p\text{-value} = 0,001$ .

### Saran

Dokter yang mengisi rekam medis pasien harus memperhatikan kejelasan dan kelengkapan isi rekam medis sesuai dengan pelayanan sebenarnya dan peraturan hukum yang berlaku sebelum mengembalikannya ke fasilitas rekam medis. Idealnya, petugas D3 RMIK harus dilatih untuk pengkodean akuisisi yang akurat dan menjalani pelatihan *casemix*, pelatihan internal dan eksternal rumah sakit, serta petugas lebih memahami pengkodean. Berkolaborasi dengan kelengkapan file dan unit pendukung medis. Rumah sakit mengadakan pertemuan atau konferensi antara petugas koding BPJS Kesehatan, dokter, dan auditor untuk menyepakati pendapat mengenai diagnosis dan aturan tindakan. Bagi peneliti berikutnya, hasil penelitian dapat dipergunakan sebagai bahan perbandingan serta acuan untuk dikembangkan dengan menambahkan topik penelitian serta metode dan variabel yang jumlahnya berbeda.

## DAFTAR PUSTAKA

- Istiqomah, D., Cahyo, K., & Indraswari, R. (2016). Gaya hidup komunitas rokok elektrik Semarang vaper corner. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 4(2), 203–212. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm>
- Kemenkes. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan No 6 Tahun 2022, Tentang Penggunaan Jasa Pelayanan Kesehatan (BPJS) dan Dukungan Biaya Operasional Pelayanan Kesehatan Dalam Pemanfaatan Dana Kapitasi*

*Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Milik Pemerintah.* 315.

- Manaida, R. J., Rumayar, A., & Kandou, G. D. (2019). Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado. *E-Journal Health*, 1–11.
- Nurul'Aida, E. D. (2022). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Bpjs Rawat Inap Pada Diagnosis Pneumoni Kasus Covid-19 Di Rumah Sakit Umum Daerah Caruban Pada Tahun 2021. *Repository.Stikes-Bhm.Ac.Id*.
- Permenkes. (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. *Handbook*, 1–56.
- Permenkes RI No 24. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022*, 151(2), 10–17.
- Suhartoyo, S. (2018). Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan Dengan Rawat Inap Dengan Sistem INA– CBGs. *Administrative Law and Governance Journal*, 1(2), 182–195. <https://doi.org/10.14710/alj.v1i2.182-195>