



Original Research Article

Analysis of the Accuracy of Diagnosis Codes on the Return of BPJS Claim Files at TNI-AD Bhirawa Bhakti Hospital Malang

Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Terhadap Pengembalian Berkas Klaim BPJS di RS TNI-AD Bhirawa Bhakti Malang

Fifi Bella Artamevia¹, Prima Soultioni Akbar^{1*}, Nurhadi¹

¹Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Jawa Timur

Article history: Received 4 Dec 2024; Accepted 25 Dec 2024; Published 31 Dec 2024

ABSTRACT

Coding accuracy is the accuracy and suitability of codes for both diagnoses and actions carried out by coding officers based on applicable provisions, namely ICD 10 version 2010 and ICD 9 CM. The accuracy of diagnostic data is very important in the field of clinical data management, BPJS health billing, and other issues related to health services. said to be accurate, if the files (Individual Patient Report, Coding Confirmation, Supporting Report, medical resume, and operation report) are consistent with each other. It is said to be inaccurate if one or several files do not show consistency. The aim of this research is to determine the analysis of the accuracy of diagnosis codes on the return of BPJS claim files at the TNI-AD Bhirawa Bhakti Hospital, Malang. The type of research used is quantitative, collecting data through interviews. The research subjects were 45 medical records. The research results show that the average return of claim files is 12% of the total claim files submitted each month. The return of claim files was due to the coding officer's lack of understanding of coding rules, incomplete files, the coding officer's background not meeting medical recorder competency standards and the absence of regular meetings related to coding training being held. From the results of this research, it can be concluded that there is a return of claim files due to incompleteness and carelessness of officers. Based on this conclusion, the author suggests holding regular meetings to discuss the accuracy of codification and completeness of medical records as well as additional human resources so that hospitals can minimize refunds of claim costs by parties. BPJS Health. Suggestions for future researchers, when this suggestion is implemented by hospitals, will there be a good influence on the accuracy of the codification and claims return process by BPJS Health.

Keywords : Claim Files, BPJS, Inaccuracies, Returns, Inpatient

ABSTRAK

Keakuratan kodefikasi merupakan ketepatan dan kesesuaian kode baik diagnosis maupun tindakan yang dilakukan oleh petugas koding berdasarkan ketentuan yang berlaku yaitu ICD 10 versi 2010 dan ICD 9 CM. Keakuratan data diagnosis sangat penting dalam bidang pengelolaan data klinis, penagihan BPJS kesehatan, dan masalah lain yang terkait dengan pelayanan kesehatan. dikatakan akurat, apabila pada berkas (Lap. Individual Pasien, Konfirmasi Koding, Lap. Penunjang, resume medis, serta laporan operasi) saling konsisten. Dikatakan tidak akurat, apabila salah satu atau beberapa berkas tidak menunjukkan kekonsistenan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui analisis keakuratan kode diagnosis terhadap pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit TNI-AD Bhirawa Bhakti Malang. Jenis penelitian yang digunakan adalah Kuantitatif, pengumpulan data melalui wawancara. Subjek penelitian adalah 45 rekam medis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata pengembalian berkas klaim sebanyak 12% dari total berkas klaim yang diajukan setiap bulan. Pengembalian berkas klaim

*Corresponding author.

E-mail address: primasoultioniakbar@poltekkes-malang.ac.id

Peer reviewed under responsibility of Universitas Muhammadiyah Sidoarjo.

© 2024 Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, All right reserved, This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

disebabkan karena kurangnya pemahaman petugas koding tentang kaidah pengkodean, ketidaklengkapan berkas, latar belakang petugas koding belum memenuhi standar kompetensi perekam medis serta tidak adanya rapat rutin terkait pelatihan koding yang diselenggarakan. Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa terjadi pengembalian berkas klaim karena faktor ketidaklengkapan dan ketelitian petugas, berdasarkan kesimpulan tersebut penulis mengemukakan saran untuk dilakukannya rapat rutin yang membahas tentang keakuratan kodefikasi dan kelengkapan rekam medis serta penambahan SDM sehingga rumah sakit dapat meminimalisir pengembalian biaya klaim oleh pihak BPJS Kesehatan. saran untuk peneliti selanjutnya, ketika saran ini dilaksanakan oleh rumah sakit apakah ada pengaruh yang baik terhadap keakuratan kodefikasi dan proses pengembalian klaim oleh BPJS Kesehatan.

Kata kunci: Berkas Klaim, BPJS, Ketidakakuratan, Pengembalian, Rawat Inap

HOW TO CITE: Fifi Bella Artamevia, Prima Soultani Akbar, Nurhadi (2024) Analysis of the Accuracy of Diagnosis Codes on the Return of BPJS Claim Files at TNI-AD Bhirawa Bhakti Hospital Malang, 2(2), pp. 119-132. Available at: <https://anamnetic.umsida.ac.id/index.php/ANAMNETIC>

1. Pendahuluan

Rumah sakit adalah institusi fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara menyeluruh, menyelenggarakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes RI, 2022).

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes RI No 24, 2022). Salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan mutu kesehatan masyarakat secara adil dan merata adalah dengan membentuk badan hukum yang bertujuan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional. Rumah sakit perlu meningkatkan pelayanan medisnya berdasarkan banyak faktor yang terkait, salah satunya adalah pembuatan rekam medis pada setiap pelayanan medis (Putri & Murdi, 2019).

BPJS adalah badan hukum yang didirikan untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Sebab saat ini sebagian besar pasien yang berobat ke rumah sakit ditanggung oleh asuransi kesehatan nasional, dimana rumah sakit mengajukan klaim penggantian biaya pelayanan yang diberikan kepada pasien Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS Kesehatan, 2020).

Keterampilan bagian rekam medis antara lain koding, diagnosis, dan tindakan. Pengkodean melibatkan pembuatan kode diagnosis penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit saat ini dan dimaksudkan untuk memudahkan pengelompokan penyakit dan aktivitas yang dapat dinyatakan secara numerik. Proses pengkodean memerlukan keakuratan dan ketelitian kode karena digunakan untuk pelaporan rumah sakit dan proses pengajuan klaim penggantian biaya pelayanan medis ke BPJS (Sholehah et al., 2020).

Klaim BPJS Kesehatan merupakan penyetoran biaya pengobatan pasien peserta BPJS Kesehatan kepada Rumah Sakit yang dilakukan secara bersama-sama dan ditagihkan ke BPJS Kesehatan setiap bulannya (Suliantoro, 2022). Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan meliputi tahapan verifikasi kelengkapan pencatatan, pengelolaan peserta, pengelolaan pelayanan, dan verifikasi pelayanan medis (Maryati et al., 2023).

Proses ini penting bagi rumah sakit karena membantu mengganti biaya perawatan pasien yang diasuransikan. Apabila ditemukan kode diagnosis pada berkas klaim pengembalian yang tidak lengkap atau tidak memenuhi persyaratan proses verifikasi, maka kode tersebut akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dikonfirmasi (MPOC et al., 2020)

Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan, unit rekam medis merupakan salah satu unit yang sangat penting dalam memberikan informasi guna mendukung proses klaim BPJS (Nurdiyanti et al., 2018). Pengembalian berkas klaim pasien BPJS kesehatan pada layanan rawat jalan menunjukkan bahwa berkas klaim pasien yang dikembalikan disebabkan karena kesalahan entri tarif kelas rumah sakit, diagnosis sekunder tidak terentri, kelengkapan persyaratan administrasi, kelengkapan laporan hasil pemeriksaan penunjang, indikasi kunjungan berulang dan satu episode dengan rawat inap. (Tambunan et al., 2022)

Namun permasalahan yang dihadapi sebagian besar rumah sakit adalah banyaknya catatan yang dikembalikan dari BPJS karena beberapa faktor seperti dokumentasi klaim yang tidak lengkap, pengkodean diagnosis atau tindakan yang salah, sehingga menghambat kelancaran pemrosesan permintaan. Oleh karena itu, diperlukan pengetahuan, keterampilan dan kerjasama antar pihak yang terlibat agar proses klaim dapat berjalan dengan lancar (Aminah et al., 2021).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada tanggal 13 November 2023 di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang terdapat permasalahan pada proses kelancaran pengklaiman BPJS kesehatan, diketahui pada bulan Juni sampai dengan Agustus dari 506 dokumen rekam medis, terdapat 15 rekam medis yang dikembalikan dalam setiap bulannya. Hal tersebut terjadi karena ketidakakuratannya terhadap diagnosis ataupun tindakan yang tercantum dalam resume medis pasien sehingga berkas tersebut terhambat dalam proses pengklaimannya. Pada proses klaim BPJS sendiri ketepatan dan keakuratan kode merupakan syarat utama menentukan validasi dokumen rekam medis yang diajukan.

Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Terhadap Pengembalian Berkas Klaim BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit TNI AD Bhirawa Bhakti”.

Tujuan penelitian ini secara umum Untuk mengetahui analisis keakuratan kode diagnosis terhadap pengembalian berkas klaim BPJS di Rumah Sakit TNI AD Bhirawa Bhakti. Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini yaitu mengetahui jumlah keakuratan kode diagnosis dan tindakan dokumen rekam medis yang di kode serta Mengetahui jumlah dokumen rekam medis yang dikembalikan BPJS di Rumah Sakit TNI AD Bhirawa Bhakti Malang.

2. Metode

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit TNI-AD Bhirawa Bhakti Malang pada bulan Desember 2023 menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan cara observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (point time approach).

Populasi yang digunakan pada penelitian ini yaitu rekam medis rawat inap pasien BPJS pada bulan Juni - Agustus 2023 dengan jumlah 45 rekam medis rawat inap di Rumah Sakit TNI-AD Bhirawa Bhakti Malang.

Teknik pengumpulan data menggunakan lembar checklist terkait identifikasi keakuratan kodifikasi serta berkas klaim yang dikembalikan oleh pihak BPJS kesehatan. Kemudian dilakukan juga dengan cara observasi untuk mengamati secara langsung kejadian pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap. Peneliti juga mengamati mekanisme, prosedur, dan hasil kerja petugas casemix..

Adapun instrumen pada penelitian ini yaitu Lembar Checklist untuk menentukan apakah kode sudah akurat atau belum yang ditandai dengan angka 0 = berarti “tidak akurat”, sedangkan 1 = sebagai tanda rekam medis yang “akurat”. Pedoman wawancara, alat tulis dan alat perekam suara.

3. Hasil dan Pembahasan

Identifikasi Angka Kejadian Pengembalian Berkas Klaim

Hasil perhitungan analisis pengembalian berkas klaim rawat inap yang tidak lengkap atau kurang memenuhi persyaratan klaim adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Angka Pengembalian Berkas Klaim

No.	Keterangan	Bulan			N
		Juni	Juli	Agustus	
1.	Jumlah Klaim	166	124	216	506
2.	Dikembalikan	16	15	14	45
Total (%)		35%	33%	31%	100%

Berdasarkan hasil perhitungan tabel 1. Didapatkan rata rata pengembalian berkas klaim periode bulan Juni hingga Agustus sebanyak $\pm 30\%$ Berdasarkan observasi peneliti di RS TNI AD Bhirawa Bhakti, berkas yang dikembalikan oleh BPJS disebabkan oleh ketidakakuratan kodefikasi sesuai aturan BPJS dan beberapa faktor salah satunya ketidaklengkapan berkas persyaratan klaim yang tidak dilampirkan untuk proses klaim. Berdasarkan hasil wawancara verifikasi internal yang menyatakan bahwa:

“ revisi klaim kurang lebih 30% setiap bulan ”

Proses persyaratan berkas klaim yang dilampirkan untuk proses klaim di RS TNI-AD Bhirawa Bhakti Malang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Resume Medis, Laporan penunjang diagnosa, Surat perintah rawat inap (SPRI), Berkas Tindakan, Formulir Rekap Biaya) Proses pengajuan klaim yang di dilaksanakan setiap tanggal 13. Berdasarkan hasil wawancara verifikasi internal yang menyatakan bahwa:

“Jadi untuk berkas klaim yang dikembalikan itu ada 3 aspek yaitu aspek administrasi, aspek medis, aspek koding”

Hasil pengembalian berkas klaim atau revisi klaim diterima oleh petugas klaim untuk diperbaiki dan dilengkapi. Untuk menyederhanakan data hasil revisi klaim petugas klaim menggolongkan hasil revisi klaim menjadi 3 kategori yang terdiri dari :

1) Data Administrasi

Memperbaiki data administrasi termasuk melakukan *crosscheck* ulang atau melakukan konfirmasi ulang terkait Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Surat Perintah Rawat Inap (SPRI), dan Formulir Rekam Biaya.

2) Laporan Individual Pasien

Perbaiki laporan individual pasien termasuk lampiran formulir asesmen awal pasien masuk, catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT).

3) Koding

Perbaiki koding dengan melakukan *crosscheck* atau konfirmasi ulang kode diagnosis dan tindakan di formulir resume medis pasien.

4) Laporan Penunjang

Perbaiki laporan penunjang termasuk melakukan *crosscheck* atau konfirmasi ulang terkait hasil laboratorium dan berkas tindakan.

Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS

Adapun jumlah persentase pengembalian berkas klaim berdasarkan kategori yang ditentukan adalah berikut :

Tabel 2. Kategori Pengembalian Berkas

Keterangan	Jumlah Pengambilan	
	N	%
Lab. Individual Pasien	12	27%
Konfirmasi Koding	17	38%
Lab. Penunjang	16	35%
Total	45	100%

Berdasarkan Tabel 2 diatas, diketahui berkas yang mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis adalah hasil konfirmasi koding sebanyak 17 rekam medis dengan presentase 38%. Hal tersebut, menyebabkan kesalahan penentuan kode yang kurang tepat oleh koder dikarenakan petugas kurang teliti dalam menentukan kode karakter ke-4 seperti kode tindakan 69.01 yang seharusnya 69.02 sesuai dengan ICD-9.

Laporan individual pasien sebanyak 12 rekam medis dengan presentase (27%) dengan alasan Tidak dilampirkannya hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung, kode diagnosis tersebut ditegaskan, kurangnya assesmen yang kuat oleh DPJP. Hal tersebut diperkuat dengan wawancara petugas bahwa :

“Revisi berkas klaim disebabkan oleh pemeriksaan pendukung diagnose seperti hasil lab, CT Scan, Resume medis belum dilampirkan”.

Dari jumlah pengembalian berkas klaim sebesar $\pm 30\%$ setiap bulan. Oleh Kedua pihak internal maupun eksternal tersebut saling terkait dalam proses keberhasilan pengajuan klaim. Pada jumlah lembar penunjang sebanyak 16 rekam medis dengan presentase (35%). Hal tersebut tidak dilampirkannya berkas penunjang klaim seperti lampiran hasil laboratorium, laporan operasi, lampiran farmasi selama perawatan, lampiran penunjang tindakan misalnya CT Scan, foto thorax, ECG, dll. Apabila berkas lampiran tersebut tidak dilampirkan maka BPJS

akan mengembalikan berkas klaim ke Rumah Sakit. Diagnosis akhir semakin kuat jika berkas pendukung pemeriksaan riwayat perjalanan penyakit pasien lengkap dan terlampir saat proses pengajuan klaim.

Jumlah Keakuratan Kodefikasi Diagnosis Dokumen Rekam Medis

Tabel 3. Keakuratan Kodefikasi

No.	Keakuratan Kodefikasi	n	%
1.	Tidak Akurat	17	38%
2.	Akurat	28	62%
Total		45	100%

Berdasarkan Tabel 3 diatas, dapat dilihat bahwa kode yang tidak akurat sebanyak 17 rekam medis dengan presentase 38%. dari hasil penelitian, ketidakakuratan kodefikasi tersebut adalah ketika petugas salah menentukan reseleksi diagnosis utama dan sekunder, seperti kode N17.9 yang seharusnya N18 sesuai dengan ICD-10. Dengan alasan dikembalikan pada kondisi berulang, maka diagnosisnya menjadi gagal ginjal kronik atau pada kondisi tertentu dapat dikatakan kembali menjadi diagnosis gagal ginjal akut, apabila ada upaya tambahan yang dilakukan dan menyatakan kelainan ginjal pada episode pertama sudah ada perbaikan terlebih dahulu. Hal tersebut dikarenakan petugas kurang tepat dalam menentukan kode sisa dari gejala (*sequale*), ada kodifikasi penyakit yang tidak perlu di kode karena tindakan terkait tidak dilakukan, petugas kurang tepat dalam menentukan kode gabungan.

Kode yang akurat sebanyak 28 rekam medis dengan presentasi 62%. dikatakan akurat, apabila pada berkas (Lap. Individual Pasien, Konfirmasi Koding, Lap. Penunjang, *resume* medis, serta laporan operasi) saling konsisten. Dikatakan tidak akurat, apabila salah satu atau beberapa berkas tidak menunjukkan kekonsistenan. Hal tersebut diperkuat dengan wawancara dengan petugas verifikasi BPJS :

“biasanya yang sering terjadi pada hasil revisi klaim bulan Juni-Agustus menuliskan keterangan laporan penunjang, hasil Lab, dan resume medis belum dilampirkan”.

Sehingga ketidakakuratan kode diagnosis tersebut disebabkan karena faktor dari ketidaktelitian petugas dalam melakukan kodefikasi dan tindakan, dan beberapa faktor penyebab lainnya yaitu, tidak adanya lembar resume, lembar penunjang yang tidak dilampirkan hal tersebut menjadi salah satu faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis dan tindakan.

Pembahasan

Pengaruh Ketidakakuratan Kodefikasi Diagnosis Maupun Tindakan

Keakuratan kodefikasi merupakan ketepatan dan kesesuaian kode baik diagnosis maupun tindakan yang dilakukan oleh petugas koding berdasarkan ketentuan yang berlaku yaitu ICD 10 versi 2010 dan ICD 9 CM. Keakuratan kodefikasi sangat dibutuhkan dalam pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit. Oleh karena itu, kunci utama sebuah pelayanan rumah sakit ada pada rekam medis.

Berikut penyebab dari beberapa faktor yang masih ditemukannya ketidakakuratan kodefikasi diagnosis maupun tindakan, antara lain :

1. Dokter

Bertanggung jawab dalam menegakkan dan menuliskan diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan/prosedur yang telah dilaksanakan serta membuat resume medis pasien secara lengkap, jelas dan spesifik selama pasien dirawat di rumah sakit.

2. Koder

Bertanggung jawab dalam melakukan kodefikasi diagnosis dan tindakan atau prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9 CM.

Pengetahuan petugas koding meliputi leadterm, terminologi medis, cara pengkodean sesuai ICD 10 dan ICD 9 CM, penentuan diagnosis utama dan sekunder, perbedaan akut dan kronik, pengetahuan mengenai reseleksi kode diagnosis maupun tindakan. Jika petugas koder tidak menguasai pengetahuan tersebut maka dapat mempengaruhi ketidakakuratan kodefikasi.

Untuk petugas koding RS TNI AD Bhirawa Bhakti Malang telah bekerja sebagai petugas koding pasien rawat inap selama 6 tahun, tersebut belum ada pengadaan pelatihan rutin mengenai perkodingan. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara petugas sebagai berikut : “Untuk sementara ini, petugas koder di RS TNI AD Bhirawa Bhakti belum ada rapat secara rutin tentang pengkodean”.

3. Verifikator BPJS Kesehatan

Kelengkapan berkas klaim dan koding diagnosis sangat penting dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke FKRTL. Sumber data dalam melakukan pengkodean diagnosa dan tindakan atau prosedur berasal dari

resume medis sedangkan sumber data pendukung diagnose dilihat dari berkas rekam medis.

Dari hasil penelitian di RS TNI AD Bhirawa Bhakti yang telah dilakukan peneliti proses pengajuan klaim sudah sesuai dengan pedoman klaim yang tertera dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan.

Dalam mempersiapkan berkas klaim petugas JKN memulai dengan melihat resume medis pasien untuk menentukan kode diagnosa dan tindakan atau prosedur. Setelah mengetahui diagnosa dan tindakan di resume medis pasien petugas melihat riwayat pasien pada rekam medis untuk melampirkan berkas pendukung diagnosa dan tindakan. Riwayat tersebut meliputi formulir assesmen awal masuk, catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT), formulir farmasi, hasil laboratorium, surat pernyataan persetujuan tindakan, dll. Berkas klaim sudah disiapkan kemudian di scan dan di input kedalam aplikasi INA CBGs.

Setelah proses pengajuan klaim dan berkas terverifikasi oleh BPJS tidak sedikit berkas klaim yang di revisi atau dikembalikan ke rumah sakit. Dilihat dari angka kejadian pengembalian berkas klaim rata-rata nilai pengembalian berkas klaim sebanyak 12% dari total berkas klaim yang diajukan setiap bulan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan peneliti di RS TNI AD Bhirawa kejadian pengembalian berkas klaim disebabkan oleh 6 faktor dimana faktor terbanyak penyebab pengembalian berkas klaim yaitu ketidaklengkapan berkas. Kejadian pengembalian berkas klaim berpengaruh besar terhadap keuangan rumah sakit apabila pembayaran klaim tertunda akan menyebabkan penurunan cash flow rumah sakit.

Beberapa penyebab pengembalian berkas klaim hasil verifikasi BPJS yang menjadi hambatan terbesar adalah kelengkapan berkas dimana kurang lengkapnya pengisian pemeriksaan fisik dan lampiran hasil pemeriksaan penunjang pada dokumen rekam medis serta ketidaksesuaian penulisan diagnosis dengan ICD-10 menyebabkan koding yang sudah ditetapkan dipertanyakan kembali karena penegakan diagnosis belum disertai dengan pemeriksaan pendukung informasi yang kurang jelas dan kurang lengkap menyebabkan koder salah dalam penentuan kode penyakit maupun tindakan. Sesuai dengan pernyataan dari informan yang mengatakan :

“Revisi berkas klaim disebabkan oleh pemeriksaan pendukung diagnose seperti hasil lab, CT Scan, Resume medis belum dilampirkan”.

Apabila hasil pemeriksaan penunjang tidak ditemukan dalam lampiran dokumen rekam medis pasien namun di dalam rekapitulasi biaya pelayanan tagihan pembayaran ke BPJS Kesehatan tindakan tersebut dilakukan biasanya petugas JKN melakukan konfirmasi langsung terhadap unit yang bersangkutan untuk menerima hasil pemeriksaan penunjang.

Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim

Dilihat dari angka kejadian pengembalian berkas klaim sebesar $\pm 12\%$ setiap bulan. Berdasarkan hal tersebut sejalan dengan penelitian (Nabila et al., 2020) disebabkan oleh banyak faktor dimana faktor-faktor penyebab pengembalian berkas klaim dari pihak internal maupun eksternal. Kedua pihak tersebut saling terkait dalam proses keberhasilan pengajuan klaim. Adapun faktor-faktor penyebab pengembalian berkas klaim adalah sebagai berikut :

1. Ketidaklengkapan Berkas

Ketidaklengkapan berkas klaim seperti laporan operasi, dan pemeriksaan penunjang, (hasil laboratorium, hasil EKG, hasil radiologi dll). Apabila berkas lampiran tersebut tidak dilampirkan BPJS akan mengembalikan berkas klaim ke Rumah Sakit. Diagnosa akhir semakin kuat jika berkas pendukung pemeriksaan riwayat perjalanan penyakit pasien lengkap dan terlampir saat proses pengajuan klaim. Pengembalian berkas klaim yang disebabkan ketidaklengkapan berkas sering terjadi.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Anggraini, 2019) didapatkan 3 syarat proses pengklaiman BPJS Kesehatan yaitu item laporan individual pasien, laporan penunjang, dan fotocopy kartu BPJS. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan informan yang menyatakan bahwa : “biasanya yang sering terjadi pada hasil revisi klaim bulan Juni-Agustus menuliskan keterangan laporan penunjang, hasil Lab, dan resume medis belum dilampirkan”.

2. Ketelitian

Tidak sedikit kejadian pengembalian berkas klaim yang disebabkan ketelitian petugas klaim salah satu contoh kasus yang terjadi yaitu petugas kurang teliti dalam melampirkan hasil lab yang memiliki nilai jauh dibawah atau diatas nilai standar yang telah ditentukan.

3. Pengetahuan

Pengetahuan menjadi salah satu faktor dalam penyebab pengembalian berkas klaim terutama dalam pengkodean penyakit. Seiring berjalannya waktu prosedur pengkodean

disempurnakan menyesuaikan perkembangan kasus diagnosis penyakit maupun tindakan yang terbaru. Kemampuan antar koder tentu berbeda oleh karena itu untuk meminimalisir kejadian revisi koding, koder diwajibkan untuk melakukan update pengetahuan misalnya melalui acara seminar, pelatihan dll.

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan informan yang mengatakan :

“kejadian ini karena belum terlaksana secara rutin terkait adanya pelatihan kode”.

4. Kendala Waktu

Pengajuan berkas klaim dilakukan setiap bulan pada tanggal 13 Banyak atau sedikit berkas klaim yang akan diajukan dikirimkan ke BPJS selambat-lambatnya tanggal 13 Berkas klaim diajukan tepat waktu untuk mempercepat proses pencairan dana.

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan informan yang mengatakan :

“Masih sering terjadi keterlambatan dalam pengiriman berkas rekam medis”.

5. Lingkungan Kerja

Kondisi ruangan petugas koding di RS TNI AD Bhirawa Bhakti sangatlah sempit. Dengan keterbatasan ruang tersebut dapat mempengaruhi kinerja petugas koding dalam menentukan kode diagnosis atau tindakan yang akurat dan tepat.

6. Tidak Adanya Rapat Rutin

RS TNI AD Bhirawa Bhakti tidak pernah menjadwalkan rapat rutin yang membahas tentang ketidakakuratan kodifikasi, hal ini dapat menyebabkan pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan.

Hal ini diperkuat dengan informan yang mengatakan :

“Kalau di RS TNI AD Bhirawa Bhakti belum ada rapat rutin yang membahas masalah perkodingan”. (Verifikator Internal, 2024)

Adanya rapat rutin atau koordinasi sangatlah penting untuk menunjang tercapainya tujuan rumah sakit dalam proses pengkodean yang akurat sehingga proses pengklaiman dapat berjalan dengan lancar.

Menganalisis Keakuratan Kode Diagnosis dan Tindakan Terhadap Pengembalian Klaim BPJS

Kodifikasi diagnosis yang akurat adalah kodifikasi diagnosis yang telah sesuai dengan aturan ICD-10. Pada penelitian dari 45 sampel kodifikasi diagnosis terdapat 28 (62%)

kodefikasi diagnosis yang termasuk akurat dan terdapat 17 (38%) kodefikasi yang tidak akurat. Hal ini sejalan dengan penelitian (Nur Fadhilah & Herfiyanti, 2021) yang mengatakan bahwa kategori ke-3 karakter merupakan kekhususan dari blok kategori terjadi kesalahan apabila tidak memahami penentuan lead term dan kondisi penyakit. Kesalahan pada kategori tersebut dapat disebabkan karena petugas koding kurang memperhatikan informasi tambahan, hasil pemeriksaan penunjang dan riwayat terdahulu serta komplikasi yang diderita pasien yang terdapat pada dokumen rekam medis. Hal tersebut sejalan dengan penelitian (Puspaningtyas et al., 2022) yang mengatakan ketidakakuratan kode disebabkan karena petugas kurang teliti dalam membaca informasi yang ada dalam dokumen rekam medis pasien dan petugas pengkodean harus melihat dan memperhatikan mengenai catatan klinis pasien yang ada dalam dokumen rekam medis agar memperoleh kode yang tepat.

Menurut Hatta (2013), Petugas koding harus memperhatikan pernyataan terkait gejala, pengobatan dan jenis tindakan yang harus dilakukan kepada pasien yang mengarah ke pernyataan diagnosis untuk menghasilkan informasi tambahan yang ditulis dokter. Kesalahan tersebut menunjukkan bahwa Rumah Sakit perlu menetapkan kebijakan bahwa kodefikasi diagnosis merupakan kewajiban dari petugas koding.

Keakuratan pemberian kodefikasi diagnosis merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh petugas koding. Menurut Hatta (2008), kualitas data terkode merupakan hal terpenting bagi kalangan tenaga personal manajemen informasi kesehatan, fasilitas asuhan kesehatan, dan para profesional manajemen informasi kesehatan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembalian biaya, serta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan pelayanan kesehatan.

4. Kesimpulan

Menurut hasil penelitian serta pembahasan maka bisa diambil kesimpulan yaitu: (1) Terdapat 17 (38%) rekam medis yang dikodifikasi tidak akurat dan (62%) rekam medis yang dikodifikasi akurat. (2) Rata rata kejadian pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap di RS TNI-AD Bhirawa Bhakti berdasarkan sampel hasil revisi yang diambil periode bulan Juni hingga Agustus 2024 sebesar 30% dari total klaim yang diajukan setiap bulan. (3) Hasil pengkodean diagnosis terhadap keakuratan kode terdapat 17 rekam medis yang tidak sesuai dengan ICD-10 CM maupun ICD-9 CM disebabkan faktor terbanyak penyebab pengembalian

berkas klaim BPJS pasien rawat inap di RS TNI-AD Bhirawa Bhakti Malang adalah kelengkapan berkas, ketelitian petugas, tidak adanya petugas koding dengan kualifikasi lulusan D3 Rekam Medis.

Referensi

- Aminah, S., Khodijah Parinduri, S., & Dwimawati, E. (2021). Analisis Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Pada Layanan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) di Rumah Sakit Paru DR. M. Goenawan Partowidigdo Tahun 2019. *Promotor*, 4(5), 447–457. <https://doi.org/10.32832/pro.v4i5.5657>
- Anggraini, A. R. (2019). Bab III Gambaran Umum Bpjs Kesehatan Kota Palembang. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- BPJS Kesehatan. (2020). Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 Tentang Petunjuk Teknis Penjaminan Pelayanan Dalam Program Jaminan Kesehatan. In Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 Tentang Petunjuk Teknis Penjaminan Pelayanan Dalam Program Jaminan Kesehatan (p. Hal 3-6).
- Kemendes RI. (2022). Standar Akreditasi Rumah Sakit Berdasarkan KMK 1128. *Keputusan Menteri Kesehatan*, 19(8), 1–342.
- Maryati, W., Rahayuningrum, I. O., & Hestiana, H. (2023). Ketepatan Kode Diagnosis Chronic Kidney Disease Dalam Mendukung Kelancaran Klaim BPJS Di Rumah Sakit. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 11(1), 43–49. <https://doi.org/10.47007/inohim.v11i1.497>
- MPOC, Jayanti, lia dwi, & Brier, J. (2020). Analisis Faktor Penyebab Ketidakakuratan Kode Klaim BPJS Rawat Inap Pada Triwulan IV Tahun 2019 Di Rumah Sakit Bhayangkara Lumajang. *Malaysian Palm Oil Council (MPOC)*, 21(1), 1–9.
- Nabila, S. F., Santi, M. W., Tabrani, Y., & Deharja, A. (2020). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 519–528. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2157>

- Nur Fadhilah, G., & Herfiyanti, L. (2021). Analisis Ketepatan Kode External Cause di Rumah Sakit Angkatan Udara dr.M.Salamun. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(8), 960–970. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v1i8.146>
- Nurdiyanti, P., Majid, R., & Rezal, F. (2018). Studi Proses Pengklaiman Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun. *Ojs.Uho.Ac.Id*, 2(7), 1–14.
- Permenkes RI No 24, 151 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 10 (2022).
- Puspaningtyas, C. A., Sangkot, H. S., Akbar, P. S., Dewi, E. S., & Wijaya, A. (2022). Analisis Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis dengan Keakuratan Kode Diagnosis pada Kasus Obstetri dan Ginekologi di Rumah Sakit Tk. IV DKT Kediri. *Jurnal Rekam Medik & Manajemen Informasi Kesehatan*, 1(2), 104–110. <https://doi.org/10.47134/rmik.v1i2.22>
- Putri, P. M., & Murdi, P. B. (2019). Pelayanan Kesehatan Di Era Jaminan Kesehatan Nasional Sebagai Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. *Jurnal Wacana Hukum*, 25(1), 80. <https://doi.org/10.33061/1.jwh.2019.25.1.3046>
- Sholehah, B. M., Sudjana, & Suryaman, A. (2020). Hukum, Mahasiswa Fakultas Padjadjaran, Universitas Kesehatan, Fasilitas Jaminan, Badan Penyelenggara. *Jurnal Ilmu Hukum*, 4(1), 50–56.
- Suliantoro, S. (2022). Analisis Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Bangsal Sadewa RSUD Saptosari, Gunungkidul, Yogyakarta. *Jurnal Ekonomi, Manajemen Pariwisata Dan Perhotelan*, 1(2), 254–260.
- Tambunan, S., Putra, D. H., Indawati, L., & Fannya, P. (2022). Tinjauan Faktor Penyebab Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Tertunda di RSUD Tarakan. *COMSERVA Indonesian Journal of Community Services and Development*, 1(10), 816–823. <https://doi.org/10.59141/comserva.v1i10.134>