

DAMPAK KETEPATAN KODEFIKASI PENYAKIT TERHADAP KLAIM RAWAT JALAN PESERTA BPJS DI RSUD KESEHATAN KERJA PROVINSI JAWA BARAT

Levan Tesya^{1*}, Ade Irma Suryani²

Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Piksi Ganesha Bandung^{1,2}

*Corresponding Author : levanlvn27@gmail.com

ABSTRAK

Tujuan utama penelitian ini adalah untuk mengetahui, bagi Rumah Sakit Kesehatan Kerja Provinsi Jawa Barat, bagaimana tepatnya klasifikasi penyakit memengaruhi klaim rawat jalan yang diajukan oleh peserta BPJS. Peneliti menggunakan pendekatan kuantitatif berdasarkan metodologi deskriptif untuk memeriksa 333 catatan medis rawat jalan pada bulan Maret 2024 menggunakan strategi pengambilan sampel acak sederhana. Ditemukan adanya dampak dari ketepatan kodefikasi penyakit terhadap klaim rawat jalan peserta BPJS adalah sebagai berikut: (1) kesalahan penginputan kode diagnosis, tarif RS yang tidak sesuai, adanya form yang tidak terlampir seperti billing, form kronologis, form rujuk, serta adanya kode prosedur tindakan yang tidak sesuai (2) ketidaktepatan kode diagnosis dikarenakan adanya kesepakatan rumah sakit untuk tidak menggunakan kode konsul saat pasien melakukan konsultasi dengan dokter. Adapun saran yang dapat memperbaiki dampak tersebut yaitu: (1) Melakukan verifikasi menyeluruh terhadap berkas pasien sebelum mengajukan klaim BPJS (2) Jika terdapat kekurangan, petugas casemix segera menghubungi dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) atau perawat yang terlibat dan melakukan evaluasi kinerja petugas.

Kata kunci : ketepatan, klaim, kodefikasi

ABSTRACT

This study's overarching goal is to ascertain, for the West Java Province Occupational Health Hospital, how precisely illness classification affects outpatient claims made by BPJS participants. Researchers employed a quantitative approach based on a descriptive methodology to examine 333 outpatient medical records in March 2024 using a simple random sampling strategy. It was found that the impact of the accuracy of disease coding on outpatient claims of BPJS participants is as follows: (1) errors in entering diagnosis codes, inappropriate hospital rates, forms that are not attached such as billing, chronological forms, referral forms, as well as inappropriate procedure codes (2) Inaccuracies in diagnosis codes are due to the hospital's agreement not to use consul codes when the patient consults a doctor. The suggestions that can improve this impact are: (1) Carry out a thorough verification of patient files before submitting a BPJS claim (2) If there are deficiencies, the casemix officer immediately contacts the doctor in charge of service (DPJP) or the nurse involved and evaluates the officer's performance.

Keywords : accuracy, claims, codification

PENDAHULUAN

Seiring dengan berkembangnya zaman yang semakin modern, termasuk bidang kesehatan yang telah didukung dengan adanya ilmu pengetahuan dan teknologi yang canggih. Kesehatan memiliki peran yang sangat amat penting bagi masyarakat. Mengapa? Karena, selain makanan, pakaian, dan tempat tinggal yang aman, kesehatan merupakan kebutuhan mendasar bagi semua manusia. Pelayanan kesehatan yang bermutu dan didukung oleh sarana dan prasarana pendukung yang memadai sangat penting untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal. Salah satu fasilitas tersebut adalah pelayanan rumah sakit. Rumah sakit merupakan salah satu jenis fasilitas kesehatan yang menyediakan berbagai layanan kepada setiap individu, meliputi rawat inap, gawat darurat, dan rawat jalan. (Amanda & Sonia, 2023).

Secara generik fungsi Rumah Sakit (menurut WHO tahun 1957), menyediakan perawatan medis yang komprehensif bagi masyarakat, termasuk tindakan pencegahan dan terapi, dengan tujuan meningkatkan kesehatan individu, keluarga, dan lingkungan. Selain menyediakan perawatan, rumah sakit merupakan pusat penelitian biososial dan pendidikan profesional kesehatan. (Kemenkes RI, 2013).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022, seluruh rumah sakit wajib menyimpan rekam medis dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan. Informasi pribadi, hasil pemeriksaan, diagnosis, perawatan, dan hasil pemeriksaan, prosedur, serta layanan medis lainnya merupakan bagian dari rekam medis pasien. (Inap & Rumah, 2024). Dokumentasi tertulis dari semua aktivitas dan layanan perawatan pasien, serta saluran pertukaran informasi di antara penyedia layanan kesehatan, merupakan dua tujuan utama dari rekam medis. Ketidakpatuhan terhadap persyaratan yang diamanatkan pemerintah (Permenkes No.269/Menkes/PER/III/2008) akan menyebabkan penurunan kualitas layanan dari bagian rekam medis.

Ada beberapa tahapan yang dilalui dalam pengelolaan rekam medis diantaranya adalah coding. Menurut Oktamianiza & Reza (2022) Pelayanan Kesehatan yang diawasi oleh Kementerian Kesehatan dan kini dikelola oleh BPJS disebutkan dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Namun, jaminan sosial merupakan salah satu cara untuk menjamin setiap orang memiliki cukup uang untuk hidup layak. Untuk proses penagihan klaim jaminan kesehatan nasional, penagihan tidak langsung ke pemerintah tetapi diserahkan terlebih dahulu kepada pihak BPJS. Dibutuhkan persyaratan klaim untuk pengajuan pembiayaan kepada pihak verifikasi. Ada juga kendala dalam proses verifikasi klaim BPJS salah satunya adalah penolakan berkas oleh verifikasi, penyebabnya bisa karena pengkodean yang kurang tepat sehingga bisa mengakibatkan tertundanya klaim BPJS (Pujilestari et al, 2020).

Proses pemberian kode pada komponen data menggunakan huruf, angka, atau campuran keduanya dikenal sebagai pengkodean. Diagnosis penyakit dan intervensi medis adalah dua contoh jenis tugas yang dilakukan oleh pengkode. Kementerian Kesehatan Indonesia (No. 844/MENKES/SK/X/2006) mengamanatkan bahwa acuan yang digunakan secara nasional di Indonesia untuk mengkode diagnosis penyakit adalah Klasifikasi Statistik Internasional Penyakit dan Masalah Kesehatan Terkait Revisi Kesepuluh (ICD-10). Indeks pencatatan penyakit yang akurat, pelaporan morbiditas dan mortalitas nasional dan internasional, analisis keuangan perawatan kesehatan, serta penelitian epidemiologi dan klinis semuanya bergantung pada kode yang sejalan dengan ICD-10. (Hastuti & Ali, 2019). Bertujuan untuk menstandarisasi nama dan klasifikasi kecelakaan, penyakit, gejala, dan variabel yang memengaruhi kesehatan, Organisasi Kesehatan Dunia telah mengembangkan sistem kategorisasi penyakit. (Handynata et al, 2022). Ketidaktepatan kodefikasi penyakit akan mempengaruhi pada tarif *Case Base Groups* (INA-CBG's). Apabila petugas (coder) tidak tepat dalam memberikan kode diagnosa penyakit, Oleh karena itu, kualitas pembayaran klaim akan terpengaruh. Pendapatan rumah sakit akan terdampak negatif oleh rendahnya tarif layanan kesehatan, sementara BPJS dan pasien akan menderita akibat tingginya biaya rumah sakit.

Peneliti di Rumah Sakit Umum Daerah Kesehatan Kerja Provinsi Jawa Barat melakukan observasi terhadap koder dan melaporkan hasil temuannya kepada kepala unit rekam medis. Hasil temuan menunjukkan bahwa koder masih melakukan kesalahan dalam memberikan kode penyakit. Akibatnya, proses klaim dapat berjalan lambat dan pihak rumah sakit dapat mengambil kembali koder dari BPJS untuk diperbaiki. Hasil wawancara dengan petugas, koder menyebutkan bahwa untuk berkas yang salah pengkodean akan diberikan label tanda warna kuning di spreadsheet. Dari hasil analisis yang dilakukan peneliti pada bulan Maret 2024 didapatkan jumlah populasi sebanyak 1970 sehingga didapatkan sebanyak 333 sampel yang digunakan dalam penelitian yang mengalami permasalahan ketidaktepatan pengkodean

diagnosa penyakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dampak ketepatan kodefikasi penyakit terhadap klaim rawat jalan peserta BPJS Di RSUD Kesehatan Kerja Provinsi Jawa Barat.

METODE

Menurut Cecep D Sucipto (2020) menyatakan bahwa tujuan metode ini adalah untuk membangun teori, ide, aturan, dan regulasi melalui akumulasi fakta-fakta baru untuk memperluas pengetahuan saat ini. Hasil penelitian, yang menguji ketepatan kode penyakit pada klaim rawat jalan yang diajukan oleh peserta BPJS, disajikan di sini dengan menggunakan pendekatan kuantitatif, yang dibangun di atas teori-teori ilmiah sebelumnya. Tujuh ratus lima puluh catatan medis rawat jalan dari Maret 2024 merupakan populasi. Sampel penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus Slovin yang diterapkan pada 333 sampel catatan medis rawat jalan. Penelitian ini menggunakan simple random sampling untuk pengambilan sampelnya. Data dikumpulkan melalui penggunaan metode observasi dan wawancara. Untuk mengetahui seberapa besar pengaruh kode penyakit yang akurat terhadap klaim rawat jalan yang dibuat oleh peserta BPJS di Rumah Sakit Kesehatan Kerja Provinsi Jawa Barat, penelitian ini menggunakan uji statistik chi-square.

HASIL

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan peneliti di RSUD Kesehatan Kerja tentang ketepatan kodefikasi penyakit pada pasien rawat jalan diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 1. Presentase Ketepatan Kodefikasi pada Rekam Medis Rawat Jalan

Keterangan	Jumlah	Presentase
Tepat	282	84,7%
Tidak Tepat	51	15,3%
Jumlah	333	100%

Setelah meninjau 333 rekam medis pasien rawat inap peserta BPJS di Rumah Sakit Kesehatan Kerja Provinsi Jawa Barat pada Maret 2024, peneliti menemukan bahwa 282 (atau 84,7% dari rekam medis) mencantumkan kode diagnosis secara akurat, sedangkan 51 (15,3%) tidak mencantumkan kode diagnosis. Ada dua faktor yang menyebabkan ketidakakuratan kode diagnosis di Rumah Sakit Kesehatan Kerja tersebut: pertama, kunjungan perawatan pasien tidak mencantumkan kode konsultasi, dan kedua, BPJS mengembalikan berkas klaim pasien rawat jalan ke rumah sakit karena terdapat kesalahan pengkodean. Arus keuangan rumah sakit pun terdampak karena prosedur klaim BPJS tertunda. Menurut wawancara yang telah dilakukan oleh peneliti bahwa ketidaktepatan kode diagnosis terjadi dikarenakan adanya kesepakatan rumah sakit untuk tidak menggunakan kode konsul saat pasien melakukan konsultasi dengan dokter seperti pasien konsul *pre-op*, hal ini menyebabkan adanya beberapa rekam medis yang tidak terklaim.

Tabel 2. Persetujuan Klaim BPJS pada Rekam Medis Rawat Jalan

Persetujuan Klaim BPJS	Jumlah	Presentase
Terklaim	215	64,6%
Pending	118	35,4%
Total	333	100%

Berdasarkan hasil dari penelitian yang telah dilakukan oleh penulis dapat diketahui dari 333 rekam medis pasien rawat jalan peserta BPJS di Rumah Sakit Kesehatan Kerja Provinsi Jawa

Barat bulan Maret 2024 didapatkan berkas rekam medis yang terklaim sebanyak 215 (64,6%) sedangkan berkas rekam medis yang pending sebanyak 118 (35,4%). Hasil uraian yang tidak diklaimkan BPJS / terjadinya pending adalah adanya kesalahan penginputan kode diagnosis sebanyak 51 berkas, adanya ketidaksesuaian tarif rumah sakit sebanyak 13 berkas, tidak terlampirkannya bukti transaksi (*billing*) sebanyak 3 berkas, adanya file yang tidak terlampir dan tidak sesuai, form indikasi rujuk tidak terlampir sebanyak 6 berkas, form kronologis kejadian tidak terlampir sebanyak 4, dan adanya ketidaksesuaian kode prosedur sebanyak 3 berkas.

Tabel 3. Uji Statistik Chi Square

	Value	df	Asymptotic Significance (1-sided)	(2Exact sided)	Sig. (2Exact sided)	Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	109.729 ^a	1	.000			
Continuity Correction ^b	106.422	1	.000			
Likelihood Ratio	123.735	1	.000			
Fisher's Exact Test				.000	.000	
Linear-by-Linear Association	109.400	1	.000			
N of Valid Cases	333					

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.07.

b. Computed only for a 2x2 table

Kode Diagnosis	Klaim BPJS		Pending n	%	Total	OR	P-Value
	Terklaim n	%					
Tepat	215	64,6%	67	20,1%	282		
Tidak Tepat	0	0%	51	15,3%	51		
Total	215	64,6%	118	35,4%	333		

Nilai chi kuadrat hasil komputasi sebesar 109,729 sebagaimana terlihat pada tabel 3 hasil uji Chi-Square. Pada sebaran nilai tabel chi kuadrat, nilai chi kuadrat untuk $df = 1$ pada taraf signifikansi (a) 5% atau 0,05 adalah 3,841. Penelitian ini menyimpulkan bahwa terdapat korelasi antara ketepatan pengkodean dengan pengaruhnya terhadap klaim rawat jalan karena nilai chi kuadrat hasil komputasi sebesar $109,729 > 3,841$. Berdasarkan data yang terkumpul dari 333 rekam medis pasien BPJS rawat jalan di Rumah Sakit Kesehatan Kerja Provinsi Jawa Barat pada bulan Maret 2024, kode diagnostik yang dilaporkan sebanyak 215 (64,6%) akurat, sedangkan 0 (0%) tidak akurat. Di sisi lain, sebanyak 67 klaim yang tertunda memiliki kode diagnostik yang akurat (20,1%), sedangkan sebanyak 51 klaim yang tertunda memiliki kode yang tidak akurat (15,3%).

PEMBAHASAN

Dikutip dari penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Awalia & Ulfah (2023), menyebutkan bahwa keakuratan dalam pengkodean penyakit pasien berdampak pada pendanaan klaim BPJS Kesehatan. Selain itu, apabila terjadinya ketidaksesuaian data dalam proses klaim hal tersebut dapat berakibat terhadap pending klaim sehingga berkas klaim yang sebelumnya sudah divalidasi akan dikembalikan dan harus direvisi oleh petugas casemix. Hal tersebut juga erat kaitannya dengan tarif pelayanan RS, yakni apabila tarif RS lebih rendah daripada hasil verifikasi klaim maka Rumah Sakit akan mendapatkan keuntungan. Namun sebaliknya, apabila tarif RS lebih besar dari hasil verifikasi klaim maka Rumah Sakit akan mengalami kerugian atau deficit. Selain itu menurut penelitian lain yakni Indawati (2019) juga menyebutkan bahwa beberapa kendala yang mengakibatkan ketidaksesuaian akurasi kodifikasi

terhadap klaim BPJS Kesehatan adalah Pemeriksaan penunjang yang tidak dapat memberikan bukti diagnosis; khususnya, koder memberikan kode berdasarkan diagnosis dokter. Namun demikian, ditemukan ketidaksesuaian antara kode yang diberikan dengan hasil pemeriksaan lanjutan setelah pengajuan klaim ke BPJS dan verifikasi oleh verifikator. Oleh karena itu, dengan mempertimbangkan hasil pemeriksaan penunjang di bagian rekam medis, berkas klaim dikembalikan untuk pemeriksaan kedua.

Selain itu, ada variabel lain yang menyebabkan ketidakakuratan kode penyakit klaim BPJS Kesehatan. Salah satu aspeknya adalah kesalahan koder dalam memilih kode diagnosis; padahal, terdapat sebanyak 16 kejadian (atau 25%) yang menyebabkan hal ini. Penggunaan akronim dalam pencatatan diagnosis mengakibatkan empat kejadian tersebut. Misalnya, ketika dokter seharusnya menggolongkan "MR" sebagai "Regurgitasi Mitral," yang terjadi adalah "Rematik Mitral." Selain itu, dua kejadian terungkap akibat catatan dokter yang ambigu. Terdapat tiga kejadian ketika diagnosis utama keliru diklasifikasikan sebagai diagnosis sekunder, yang menyebabkan kesalahan. Lebih jauh, kesalahan dalam mengidentifikasi kode penyakit atau tindakan mengakibatkan 7 kejadian.

Penelitian lain yang juga mendukung penelitian ini salah satunya berdasarkan penelitian Oktamianiza dan Reza (2022) menyebutkan bahwa berkas klaim yang tertunda disebabkan oleh kendala dalam perbaikan kode, yang terkait dengan kelengkapan pengkodean, kekurangan data penunjang, dan penempatan yang tidak tepat antara diagnosis utama dan sekunder. Penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Supriadi dan Rosania (2019) dalam studi mereka mengenai "Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Di Rumah Sakit Hermina Ciputat," yang mengungkapkan bahwa terdapat 68 berkas yang tertunda akibat tidak lolos verifikasi pelayanan kesehatan. Sebagian besar kasus tersebut disebabkan oleh ketidaksesuaian kode diagnosis, seperti penggabungan dua kode diagnosis menjadi satu, tidak adanya kode diagnosis, dan penghapusan kode diagnosis. Dikutip dari hasil artikel penelitian Awalia & Ulfah (2023) Ketepatan kodifikasi penyakit pasien memengaruhi pembiayaan klaim BPJS Kesehatan, adanya beberapa masalah yang memengaruhi akurasi kodifikasi penyakit terhadap klaim BPJS Kesehatan yaitu terjadinya input kodifikasi berulang, tindakan yang tidak perlu dikoding, berkas pendukung lain tidak memenuhi kriteria koding klaim, rekoding Tindakan 88.78, ketidaktepatan dalam pemilihan MC (*Main Condition*).

KESIMPULAN

Hal yang dapat disimpulkan terkait Dampak Ketepatan Kodefikasi Penyakit Terhadap Klaim Rawat Jalan Peserta BPJS Di RSUD Kesehatan Kerja Provinsi Jawa Barat yaitu sebagai berikut: (1) Ketepatan kodefikasi penyakit sangat berpengaruh terhadap pengajuan klaim dan juga pending berkas klaim. (2) Faktor yang menjadi penyebab pending klaim diantaranya adalah kesalahan penginputan kode diagnosis, tarif RS yang tidak sesuai, adanya form yang tidak terlampir seperti biling, form kronologis, form rujuk, serta adanya kode prosedur tindakan yang tidak sesuai. (3) Selain itu juga, ketidaktepatan kode diagnosis dikarenakan adanya kesepakatan rumah sakit untuk tidak menggunakan kode konsul saat pasien melakukan konsultasi dengan dokter, hal ini menyebabkan adanya beberapa rekam medis yang tidak terklaim.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada orang tua atas dukungannya. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada dosen pembimbing atas bimbingan dan arahan yang sangat berharga. Tidak lupa, terima kasih kepada teman-teman seperjuangan yang selalu memberikan semangat dan dukungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amanda, R., & Sonia, D. (2023). Hubungan Ketepatan Kode Diagnosis Terhadap Status Klaim Jkn Rawat Inap Di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta. *Jurnal Ilmiah Perkam Dan Informasi Kesehatan Imelda (Jipiki)*, 8(2), 175–182. <https://doi.org/10.52943/jipiki.V8i2.1436>
- Awalia R, K & Ulfah A, 2023. *Pengaruh Akurasi Kodifikasi Penyakit Pasien Rawat Inap Terhadap Klaim Bpjs Kesehatan Di Rs Hermina Arcamanik*
- Cecep Dsucipto, 2020. *Metode Penelitian Kesehatan*. Gosyen Publishing: Sleman
- Handynata, K., Indawati, L., Putra, D. H., & Fannya, P. (2022). *Tinjauan Ketepatan Kodifikasi Penyakit Diabetes Medika*. 3, 235–244.
- Hartantri A F & Suryani A I. 2024 Pengaruh Akurasi Kode Diagnosis Terhadap Pembayaran Klaim Jkn Rawat Inap Di Rumah Sakit X: Media Bina Ilmiah
- Hastuti, E. S. D., & Ali, M. (2019). Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Pada Akurasi Kode Diagnosis Di Puskesmas Rawat Jalan Kota Malang. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 30(3), 228–234. <https://doi.org/10.21776/Ub.Jkb.2019.030.03.12>
- Inap, R., & Rumah, D. I. (2024). 1, 2 1,2. 18(1978), 2957–2966.
- Indawati Laela, 2016. Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim Bpjs Rawat Inap Di Rsup Fatmawati Tahun 2016
- Kemendes Ri. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan Ri Nomor 82 Tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. *Peraturan Menteri Kesehatan*, 87, 1–36.
- Kurnia, E. K., & Mahdalena. (2022). Faktor Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X Periode Triwulan 1 Tahun 2022. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (Sikesnas)*, 1(1), 173–177.
- Oktamianiza, & Reza, I. A. (2022). Tinjauan Ketepatan Kode Dengan Pending Klaim Pasien Rawat Inap Bpjs Kesehatan Di Rsup Dr. Adnaan Wd Payakumbuh Tahun 2021. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 5(1), 37–46.
- Pujilestari, I., Medis, R., Kesehatan, I., Diagnosa, K., & Klaim, P. (2020). *Analisis Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa Dan Tindakan Terhadap Pembayaran Klaim Jkn Rawat Inap Di Rsup Dr . Hasan*. 14(2).
- Permenkes. (2006) Peraturan Menteri Kesehatan Ri Nomor 884 Tahun 2006.
- Permenkes. (2008) Peraturan Menteri Kesehatan Ri Nomor 268 Tahun 2008 Tentang Penyelenggaraan Rekam Medis.
- Permenkes. (2013) Peraturan Menteri Kesehatan Ri Tentang Rumah Sakit.
- Permenkes. (2022) Peraturan Menteri Kesehatan Ri Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis.
- Qadri Lutfiyah & Ai Suryani. 2023 Analisis Kelengkapan Resume Medis Rawat Inap Guna Menunjang Mutu Rekam Medis Di Rsu Hermina Arcamanik : Kosala
- Simorangkir Lasmaria, Dkk. (2021). Tinjauan Ketepatan Pengkodean Penyakit Pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap Peserta Bpjs Di Rumah Sakit Angkatan Udara Dr. M. Hassan Toto Bogor Tahun 2021. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan (Jmiak)*, 05(01), 1–9.