

Analisis Kelengkapan Resume Medis dan Akurasi Koding Terhadap Ketepatan Klaim BPJS Di RSUD Provinsi NTB Tahun 2024

Mega Sara Yulianti^{1*}, Husnuzzia Urrahmah²

^{1,2}Universitas Nahdlatul Ulama Nusa Tenggara Barat, Indonesia

Email: megasara74@gmail.com ^{1*}

Abstrak

Ketidaklengkapan resume medis menjadi salah satu penyebab tertundanya klaim BPJS yang berdampak pada keterlambatan pembayaran dan potensi kerugian finansial bagi rumah sakit. Kelengkapan dokumen serta keakuratan kode diagnosis merupakan komponen penting dalam mempercepat pengajuan dan pencairan klaim sesuai ketentuan INA-CBGs. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui persentase kelengkapan resume medis rawat inap dan keakuratan kode diagnosis terhadap ketepatan waktu klaim BPJS di RSUD Provinsi NTB. Penelitian menggunakan metode deskriptif kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional. Populasi sebanyak 7.885 resume medis pasien rawat inap Oktober–Desember 2023, dengan sampel 99 dokumen. Data dikumpulkan melalui observasi dan dianalisis menggunakan SPSS. Kelengkapan tertinggi tercatat pada aspek tidak adanya tipe-x sebesar 100%, sedangkan ketidaklengkapan tertinggi pada autentikasi nama dan gelar dokter sebesar 53,5%. Keakuratan kode diagnosis menunjukkan 84 dokumen (84,7%) dikode benar, 3 dokumen (3,1%) tidak sesuai, dan 12 dokumen (12,1%) tidak dikode. Ketepatan waktu klaim BPJS menunjukkan 84 dokumen (84,7%) tepat waktu dan 15 dokumen (15,3%) terlambat. Kelengkapan autentikasi dan akurasi kode diagnosis masih belum optimal dan menjadi faktor yang memengaruhi ketepatan waktu klaim. Disarankan untuk menyusun dan menerapkan SOP pengisian resume medis yang menekankan autentikasi dan akurasi kode diagnosis. Perlu dilakukan pelatihan rutin bagi dokter dan petugas rekam medis sesuai standar verifikasi BPJS. Audit internal berkala juga perlu dilakukan untuk memastikan kesesuaian resume medis dengan standar INA-CBGs dan PMK No. 76 Tahun 2016.

Keywords: Akurasi, Analisis, Klaim BPJS, Kelengkapan, Koding

PENDAHULUAN

Rekam medis merupakan dokumen resmi dan legal yang memuat informasi menyeluruh tentang identitas pasien, hasil pemeriksaan, diagnosis, tindakan medis, serta pelayanan kesehatan lainnya yang diberikan oleh tenaga medis (Sasikirana, 2021). Salah satu komponen penting dalam dokumen tersebut adalah resume medis, yang berfungsi sebagai ringkasan dari seluruh proses pelayanan kesehatan yang diterima pasien, mulai dari jenis pengobatan, respons terhadap terapi, kondisi saat keluar rumah sakit, hingga rencana tindak lanjut (Sasikirana, 2021).

Resume medis juga berperan penting dalam proses administrasi klaim ke BPJS Kesehatan. Agar klaim dapat diajukan dan diproses dengan lancar, informasi yang tercantum dalam resume harus lengkap dan sesuai standar. Salah satu komponen krusial adalah kode diagnosis, yang harus ditulis sesuai kaidah pengkodean internasional, yakni ICD-10 (International Classification of Diseases 10th Revision) yang dikeluarkan oleh WHO (Defa & Rita, 2017). Kode diagnosis yang tidak tepat dapat menyebabkan kesalahan dalam penghitungan klaim dalam sistem INA-CBGs, sehingga berisiko mengurangi nilai

klaim atau bahkan menyebabkan klaim ditolak (Tri, 2016).

Di lapangan, permasalahan terkait kelengkapan dan keakuratan resume medis masih sering terjadi. Masalah umum yang ditemui adalah tidak lengkapnya identitas pasien, ketidaksesuaian laporan penting, serta kurangnya autentikasi dokter yang menandatangani resume. Selain itu, kesalahan dalam pengkodean diagnosis juga masih ditemukan, yang berakibat pada keterlambatan atau penolakan klaim BPJS. Menurut Awalia (2021), pengisian resume oleh dokter masih sering tidak sesuai standar, yang dapat berdampak langsung terhadap kelancaran proses klaim.

Penelitian oleh Sucipto dan Neneng Sri Purwaningsih (2022) di RS Bhineka Bakti Husada menunjukkan bahwa kelengkapan identitas dalam resume medis hanya sebesar 78,48%, laporan penting 84,68%, dan autentikasi dokter 82,92%. Temuan ini menunjukkan bahwa masalah kelengkapan dan autentikasi belum sepenuhnya ditangani. Hal serupa juga ditemukan dalam studi pendahuluan di RSUD Provinsi NTB, bahwa dari 20 dokumen resume medis, sebanyak 3 dokumen (15%) dinyatakan tidak lengkap, dari 20 berkas klaim BPJS yang diajukan, terdapat 2 berkas (10%) yang mengalami pending karena tidak lengkapnya resume medis serta ketidaktepatan dalam pengkodean diagnosis.

Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara standar yang ditetapkan dengan praktik pengisian resume medis di

lapangan. Permasalahan ini berpotensi menimbulkan kerugian finansial bagi rumah sakit akibat keterlambatan pembayaran klaim, serta menurunkan efisiensi administrasi pelayanan kesehatan.

Berdasarkan uraian diatas penelitian melakukan analisis kelengkapan pengisian resume medis di RSUP NTB. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui persentase kelengkapan resume medis dan keakuratan kode diagnosis terhadap ketepatan waktu klaim BPJS di RSUD Provinsi NTB.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif dengan desain *cross-sectional*. Variabel yang dikumpulkan meliputi kelengkapan resume medis rawat inap, keakuratan kode diagnosis, dan ketepatan waktu klaim BPJS. Penelitian dilaksanakan di Ruang Rekam Medis dan Ruang Klaim BPJS Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat pada tanggal 27 Juli hingga 3 Agustus 2024. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh resume medis pasien rawat inap di RSUD Provinsi NTB pada bulan Oktober hingga Desember tahun 2023 sebanyak 7.885 dokumen. Sampel yang digunakan sebanyak 99 resume medis. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi menggunakan lembar observasi yang telah divalidasi. Kelengkapan resume medis diukur berdasarkan persentase pengisian elemen penting dalam resume sesuai format standar rumah sakit. Keakuratan kode diagnosis dinilai berdasarkan kesesuaian

dengan rujukan ICD-10. Ketepatan waktu klaim BPJS ditentukan berdasarkan pengajuan sebelum atau sesudah tanggal 10 bulan berikutnya sesuai ketentuan BPJS Kesehatan. Analisis data dilakukan melalui proses *editing*, *coding*, *entry*, dan *cleaning* menggunakan aplikasi SPSS, dan hasil disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Kelengkapan Resume Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2024

Tabel 1. Kelengkapan Resume Medis Rawat Inap di RSUD Provinsi NTB

	Lengkap		Tidak Lengkap		Total	
	F	%	F	%	F	%
1. Identifikasi						
Nama	93	93,9	6	6,1	99	100
Umur	91	91,9	8	8,1	99	100
Jenis Kelamin	93	93,9	6	6,1	99	100
No Rm	92	92,9	7	7,1	99	100
Ruang Kelas	87	87,9	12	12,1	99	100
Tanggal Masuk	92	92,9	7	7,1	99	100
Tanggal Keluar	91	91,9	8	8,1	99	100
2. Laporan Penting						
Diagnosa Masuk	89	89,9	10	10,1	99	100
Diagnosa Keluar (Utama)	86	86,9	13	13,1	99	100
Diagnosa Keluar (Sekunder)	87	87,0	12	12,1	99	100
Riwayat Penyakit	87	87,0	12	12,1	99	100
Pemeriksaan Fisik	86	86,9	13	13,1	99	100
Laboratorium	83	83,8	16	16,2	99	100
Pengobatan	85	85,9	14	14,1	99	100
Kedadaan Pulang	85	85,9	14	14,1	99	100
3. Autentifikasi						
Nama Jelas	46	46,5	53	53,5	99	100
Ttd	47	47,5	52	52,5	99	100
Gelar	46	46,5	53	53,5	99	100
4. Pendokumentasian Yang Benar						
Tidak Ada Coretan	59	59,6	40	40,4	99	100
Tidak Ada Tipe-X	99	100	0	0	99	100
Tulisan Mudah Dibaca	59	59,6	40	40,4	99	100

Tabel 1. Persentase tertinggi kelengkapan resume medis secara keseluruhan pada 99 resume medis rawat inap adalah komponen pendokumentasian yang benar pada item Tidak Ada Tip-ex sebesar 99 (100%) Dokumen Rekam Medis (DRM), sedangkan persentase ketidaklengkapan tertinggi terdapat pada komponen autentifikasi pada item nama jelas sebesar 53 (53,5%) Dokumen Rekam Medis (DRM) dan gelar sebesar 53 (53,5%) Dokumen Rekam Medis (DRM).

Dari tabel 1 persentase tertinggi yaitu ketidaklengkapan pada review autentifikasi yang merupakan pengisian tanda tangan dan nama lengkap DPJP yang merawat pasien tersebut. Isian tanggal pengisian, tanda tangan dokter, nama dokter pada dokumen rekam medis merupakan data klinis yang diartikan sebagai data hasil pemeriksaan, pengobatan, perawatan yang dilakukan oleh praktisi kesehatan dan penunjang medis terhadap pasien rawat inap maupun rawat jalan oleh karena itu perlu diisinya item tanggal pengisian guna mengetahui dan mencatat kapan pasien keluar rumah sakit, tanda tangan dokter untuk memperkuat tanggungjawab seorang dokter dalam pemberian tindakan medis, nama dokter untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan pelayanan medis terhadap pasien, sehingga hal tersebut dapat menunjang pelayanan medis (Hatta, 2013). Ketidaklengkapan ini juga berpengaruh terhadap klaim, karena dengan tidak adanya tanda tangan serta nama jelas dpjp dan perawat tersebut maka berkas klaim yang diajukan akan dianggap tidak sah dan akan

dimasukan ke dalam kriteria ketidaklengkapan administrasi klaim yang juga menjadi salah satu syarat klaim.

Kelengkapan berkas rawat inap sangat berpengaruh terhadap suatu proses pengklaiman yang dimana adalah suatu tugas pengaturan mengenai pengelolaan pengajuan dokumen klaim pada INA-CBGS dan pembayaran pelayanan kesehatan. INA-CBGS sendiri merupakan suatu aplikasi yang digunakan rumah sakit, untuk mengajukan klaim kepada pemerintah. Juga suatu instrumen untuk menghitung pembayaran kepada rumah sakit dengan sistem berdasarkan penyakit yang diderita pasien, arti dari Case Base Group (CBG) yaitu cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis dan kasus yang relatif sama. Maka dari itu kelengkapan berkas rekam medis menjadi salah satu faktor utama pendukung pengklaiman di rumah sakit. Namun pada kenyataannya kelengkapan berkas rekam medis masih banyak yang belum lengkap, salah satunya adalah pengisian kelengkapan resume dokter (Awalia, 2021).

Kendala dalam pengisian autentifikasi disebabkan oleh bnyak faktor, salah satunya beban kerja yang tinggi dari dokter dpjp, terutama di rumah sakit besar sering kali memiliki jadwal yang sangat padat. Dokter dpjp harus menangani banyak pasien, melakukan tindakan, visit, dan tugas administratif lainnya sehingga mengisi resume medis secara lengkap sering kali menjadi prioritas yang lebih rendah

dibandingkan merawat pasien secara langsung.

2. Keakuratan Kode Diagnosis di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2024

Tabel 2. Keakuratan Pemberian Kode Diagnosis

Hasil Kode ICD-10	Jumlah	Persentase
Sesuai	84	84,7%
Tidak Sesuai	3	3,1%
Tidak Dikode	12	12,1%
Jumlah	99	100%

Tabel 2. Ditemukan bahwa dari hasil pengkodean diagnosis yang sesuai sebanyak 84 (84,7%) Dokumen Rekam Medis (DRM), sedangkan diagnosis yang tidak sesuai sebanyak 3 (3,1%) dan yang tidak memiliki kode sebanyak 12 (12,1%) Dokumen Rekam Medis (DRM).

Pengkodean diagnosis harus dilakukan secara presisi, akurat dan tepat mengingat data diagnosis adalah bukti autentik hukum dan serta data yang dibutuhkan dalam pelaporan morbiditas. Penulisan kode diagnosis yang tepat berguna untuk memberikan asuhan perawat bagi pasien, membandingkan data morbiditas dan mortalitas dan acuan yang digunakan dalam pengkodean penyakit yaitu ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem, Tenth Revision*) dari WHO. Kode diagnosis dikatakan tepat dan akurat 100% apabila sesuai dengan yang tertulis dalam ICD-10 dan dikatakan tidak tepat dan akurat 100% apabila tidak sesuai dengan yang tertulis dalam ICD-10 (Defa & Rita, 2017).

Informasi medis yang terdapat dalam resume medis tersebut akan mendukung tenaga coder dalam melakukan pengkodean diagnosa secara akurat berdasarkan ICD-10 dan mengacu kepada buku Pedoman PMK Nomor 76 Tahun 2016/Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Sosial Kesehatan Nasional. Keakuratan kode diagnosa sangat mempengaruhi kualitas pembayaran biaya kesehatan dengan sistem *case-mix* (Ropendi, 2020).

Keakuratan kode diagnosis pada berkas rekam medis dipakai sebagai dasar terkait dengan klaim biaya. Kode diagnosis pasien apabila tidak terkode dengan akurat mengakibatkan informasi yang dihasilkan akan mempunyai tingkat validasi yang rendah. Dengan demikian kode yang akurat dan mutlak harus diperoleh agar dapat dipertanggungjawabkan. Proses klaim pasien JKN atau BPJS diperlukan ketepatan koding yang akurat untuk lancarnya administrasi INA CBG's. Koding juga merupakan kompetensi dari petugas rekam medis sehingga petugas koding mampu memberikan kode yang tepat (Indah, 2022).

3. Ketepatan Waktu Klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat tahun 2024

Tabel 3. Ketepatan Waktu Klaim BPJS

Keterangan	Jumlah	Persentase
Tepat Waktu	84	84,7%
Tidak Tepat Waktu	15	15.3%
Jumlah	99	100%

Tabel 3. Ditemukan bahwa dari hasil pengkodean ketepatan waktu klaim BPJS

yang Tepat Waktu sebanyak 84 (84,7%) Dokumen Rekam Medis (DRM), sedangkan Tidak Tepat Waktu sebanyak 15 (15,3%) Dokumen Rekam Medis (DRM).

Ketentuan umum Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan, dikatakan tepat waktu jika pengajuan klaim dilakukan sebelum tanggal yang ditetapkan dan dikatakan tidak tepat waktu jika pengajuan klaim dilakukan setelah batas waktu yang ditetapkan yaitu selambat lambatnya tanggal 10 pada bulan berikutnya (Kurnia dan Mahdalena. 2022).

Kelengkapan berkas pada pasien rawat inap meliputi kelengkapan informasi rekam medis yang harus dilengkapi serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pelayanan kesehatan yang tidak sesuai seringkali disebabkan karena ketidaksesuaian antar lembar klaim dan resume medis seperti kode diagnosis dan tindakan tidak sesuai dengan ICD-10 dan 9CM (Muhammad, 2019).

Kelengkapan dokumen klaim BPJS yang diajukan oleh rumah sakit kepada pihak BPJS meliputi; rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), surat perintah rawat inap, resume medis yang ditandatangani oleh DPJP, bukti pelayanan lainnya, misalnya; protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat), perincian tagihan umah sakit (manual atau automatic

billing) dan berkas pendukung lain yang diperlukan (BPJS Kesehatan, 2017).

KESIMPULAN

Dari pembahasan dapat disimpulkan bahwa:

1. Dokumen rekam medis rawat inap dari 99 resume medis diketahui bahwa komponen review identifikasi lengkap sebanyak 93,9%, komponen laporan penting lengkap sebanyak 89,9%, komponen autentifikasi lengkap sebanyak 47,5%, dan komponen pendokumentasian yang benar lengkap sebanyak 100%. Capaian ini menunjukkan bahwa masih diperlukan upaya peningkatan kelengkapan pada bagian autentifikasi, seperti dengan memperkuat pengawasan pengisian dan penggunaan sistem digital yang mewajibkan autentikasi sebelum resume disimpan.
2. Dokumen rekam medis rawat inap dari 99 resume medis yang dikode dengan tepat dan sesuai prosedur ICD-10 sebanyak 84,7%, sedangkan kode tidak tepat sebanyak 3,1% dan yang tidak memiliki kode sebanyak 12,1%. Temuan ini menunjukkan pentingnya peningkatan kompetensi petugas koding melalui pelatihan rutin dan supervisi agar akurasi kode diagnosis meningkat serta mencegah penolakan klaim.
3. Dokumen rekam medis rawat inap dari 99 resume medis dengan pengajuan klaim tepat waktu sebanyak 84,7%, sedangkan yang tidak tepat waktu

sebanyak 15,3%. Hal ini mengindikasikan perlunya evaluasi proses administrasi klaim dan verifikasi internal sebelum pengajuan, serta audit berkala untuk memastikan ketepatan waktu klaim sesuai tenggat dari BPJS Kesehatan

UCAPAN TERIMAKASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Direktur Rumah Sakit Umum Provinsi NTB atas dukungan data dalam analisis, serta kepada “Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Nahdlatul Ulama NTB”.

DAFTAR PUSTAKA

- Antonius, A. E. P. (2018). Faktor penyebab klaim tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 4(2). Retrieved from <https://docplayer.info/amp/>
- Awalia, S., & Yuyun, Y. (2021). Analisis kelengkapan resume medis rawat inap BPJS terhadap kelancaran klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Melania Bogor. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 2(4). <https://doi.org/10.31004/jkt.v2i4.2665>
- BPJS Kesehatan. (2014). Panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2017). Panduan praktis pengelolaan administrasi klaim BPJS Kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2020). Panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Defa, M. A., & Rita, D. P. (2017). Hubungan ketepatan terminologi medis dengan keakuratan kode diagnosis rawat jalan oleh petugas

- kesehatan di Puskesmas Bambang Lipuro Bantul. Jurnal Kesehatan Vokasional, 2(1).
<https://doi.org/10.22146/jkesvo.30315>
- Dwi Putri, A. (2021). Kelengkapan berkas rekam medis rawat inap berdasarkan analisis kuantitatif di rumah sakit. Retrieved from <https://stikespanakkukang.ac.id>
- Hatta, G. R. (2013). Pedoman manajemen informasi kesehatan di sarana pelayanan kesehatan. Jakarta: UI-Press.
- Indah, K., & Fenita, P. S. I. (2022). Ketepatan kode diagnosis penyakit untuk klaim biaya ditinjau dari berbagai literatur. Jurnal EDU RMIK, 1(1).
<http://openjournal.wdh.ac.id/index.php/MRHI/article/view/247>
- Kristina, I. (2015). Keterlambatan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Ibu dan Anak Aulia Jakarta. MEDICORDHIF: Jurnal Rekam Medis, 2(1), 1–1.
- Kurnia, & Mahdalena. (2022). Faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di rumah sakit. Jurnal RMIK, 6(1).
<https://doi.org/10.31983/jrmik.v6i1.9462>
- Muhamad, B., & Yuyun, Y. (2021). Tinjauan kelengkapan pengisian resume medis pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo. Jurnal of Innovation Research and Knowledge, 4(1).
<https://www.bajangjournal.com/index.php/JIRK>
- Ropendi, P., & Lissa, H. (2018). Kelengkapan resume medis dan keakuratan kode diagnosis BPJS rawat inap di RSUP Dr. M. Djamil Padang, Indonesia. Jurnal Kesehatan Medika Saintika, 11(2).
<https://doi.org/10.30633/jkms.v11i2.787>
- Sasikirana, T., & Chrismantoro, B. (2021). Pengaruh kelengkapan resume medis rawat inap terhadap ketepatan waktu klaim BPJS di RSUD Kota Madiun. Retrieved from <http://repository.stikes-bhm.ac.id/id/eprint/1191>.