

HUBUNGAN KETEPATAN PEMBERIAN KODE DIAGNOSA DAN TINDAKAN TERHADAP PERSETUJUAN KLAIM BPJS

Siswati, Selvy Lindu Pratami

Prodi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul,
Jalan Arjuna Utara No. 9, Jakarta Barat, 11510
siswatiaries@yahoo.com

Abstract

The accuracy of coding diagnoses and patient action is very important because it is useful to facilitate the presentation of information services mainly as a determinant of patient treatment costs. Implementation of the coding performed by the coder with the ICD-10 and ICD-9. The aim of research to get an idea of the accuracy of the coding relationship diagnosis and action on approval of claims BPJS 2015. This study uses an observational cross-sectional approach, samples taken by way of systemic random sampling with a checklist and using chi square test. Based on the results of research and discussion of the accuracy of coding diagnoses and actions which 47 (54.7%) while the inappropriateness of coding diagnoses and measures a total of 39 (45.3%). BPJS claims received approval 35 (40.7%) whereas there rejected 51 (59.3%). While the results of the chi-square test the accuracy of the coding relationship diagnosis and action on the approval of claims BPJS Hospital Qadr significance values obtained from statistical test results ie, $p = 0.0001$. The p value < 0.05 , which means that H_0 refused and H_1 accepted that there is a relationship between the accuracy of coding diagnoses and action on approval BPJS claims. So that there is a relationship between the accuracy of coding diagnoses and action on approval BPJS claims.

Keywords: code provision accuracy diagnosis and action, claims agreement bpjs

Abstrak

Ketepatan pemberian kode diagnosis dan tindakan pasien sangat penting karena berguna untuk memudahkan pelayanan pada penyajian informasi terutama sebagai penentu biaya pengobatan pasien. Pelaksanaan pengkodean dilakukan oleh koder dengan ICD-10 dan ICD-9. Tujuan penelitian untuk mendapatkan gambaran hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS tahun 2015. Penelitian ini menggunakan metode *cross sectional* melalui pendekatan observasional, sampel yang di ambil dengan cara *systemic random sampling* dengan daftar tilik dan menggunakan uji *chi square*. Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan yaitu 47 (54,7%) sedangkan ketidaktepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan sebanyak 39 (45,3%). Persetujuan klaim BPJS yang diterima 35 (40,7%) sedangkan ditolak ada 51 (59,3%). Sedangkan hasil uji *chi-square* hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS di Rumah Sakit Qadr diperoleh nilai signifikansi dari hasil uji statistik yaitu $p = 0,0001$. Nilai p tersebut $< 0,05$, artinya H_0 ditolak dan H_1 diterima sehingga ada hubungan antara ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS. Sehingga ada hubungan antara ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS.

Kata kunci : ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan, persetujuan klaim bpjs

Pendahuluan

Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, BPJS kesehatan adalah badan hukum yang di bentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Peserta BPJS adalah setiap orang yang telah membayar iuran dengan biaya sendiri (Non PBI) atau iuran yang dibayar oleh pemerintah (PBI). Pelaksanaan BPJS kesehatan dimulai sejak 01 januari 2014 di rumah sakit dan secara bertahap di rumah sakit swasta.

Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut sebagai komponen pendukung terlaksananya program jaminan kesehatan nasional yang dikelola oleh BPJS. Fungsi utama rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan adalah sesuai dengan standar pelayanan kesehatan. Pelayanan tersebut harus disertai dengan adanya sarana penunjang yang memadai salah satunya penyelenggaraan sistem rekam medis.

Dalam proses penagihan klaim jaminan kesehatan nasional, penagihan tidak langsung ke pemerintah tetapi diserahkan kepada pihak BPJS. Pengajuan pembiayaan dibutuhkan untuk persyaratan klaim yang diajukan kepada verifikasi. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 36 tahun 2015 klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada badan penyelenggaraan jaminan kesehatan sosial. Dalam klaim dilakukan proses verifikasi terhadap persyaratan pengajuan klaim yang menjadi dasar penagihan biaya verifikasi adalah sebuah pemeriksaan terhadap laporan, pernyataan, perhitungan uang dan sebagainya. Didalam proses verifikasi klaim BPJS ternyata mengalami banyak kendala yang terjadi salah satunya ialah penolakan berkas oleh verifikasi. Penolakan ini terjadi karena pengkodean yang kurang tepat, tidak adanya pemeriksaan penunjang medis, resume yang tidak lengkap sehingga mengakibatkan penolakan yang berujung pada tertundanya proses klaim BPJS. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Siti Maria Ulfah, dkk di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang tahun 2011 tentang hubungan kelengkapan dokumen rekam medis dengan persetujuan klaim jamkesmas oleh verifikasi dengan sistem INA CBGs periode triwulan IV dari 94 sampel rekam medis yang lengkap 90,4%, rekam medis tidak lengkap 9,6%, klaim tertunda 52,1% dan klaim diterima 47% yang diteliti

menggunakan uji statistik dengan uji *chi-Square* dengan hasil $p \leq 0,003$, menunjukkan bahwa adanya hubungan signifikan antara kelengkapan dokumen rekam medis terhadap persetujuan klaim jamkesmas dengan sistem INA CBGs.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Dyah Nur Hidayah, Dyah Ernawati, S.Kep.Ns,M.kes tahun 2014 tentang keakuratan analisis kode utama diagnosa pasien BPJS terhadap penolakan verifikasi di rumah sakit permata medika semarang dengan 102 sampel, dari 50 DRM diperoleh hasil bahwa pengembalian klaim tidak didasarkan hanya dari diagnosa utama saja, tapi dari diagnosa lain juga, diagnosa utama dan kode penyakit dokter sudah akurat tapi diagnosa lain yang dipertanyakan yang dikembalikan oleh verifikasi 50 karena ketidaktepatan coding. diagnosa utama yang akurat 33 (66%) dan kode diagnosa utama yang tidak akurat 17 (34%).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Veni Vais Vandar tentang hubungan ketepatan kode diagnosa pasien caesarean section terhadap pembayaran klaim jamkesmas di Rumah Sakit Ariya Medika Tangerang, sampel 143 rekam medis. Hasil analisa menunjukkan bahwa sebanyak 118 (93.7%) kode diagnosis yang tidak tepat dengan pembayaran klaim yang terhambat, sedangkan sebanyak 9 (52.9%) kode diagnosis yang tepat dengan pembayaran klaim yang terhambat, sedangkan sebanyak 8 (6,3%) tidak tepat tidak terhambat, sedangkan 8 (6,3%) tepat dan tidak terhambat. Berdasarkan hasil analisis statistik menunjukkan bahwa $p\text{-value} = 0.000$ ($P < 0.05$) artinya ada hubungan yang signifikan antara ketepatan kode diagnosis pasien *caesarean section* dengan pembayaran klaim asuransi Jamkesmas. Kesimpulan penelitian ini menunjukkan bahwa masih banyaknya coding diagnosis pasien *caesarean section* tidak tepat yang mengakibatkan terhambatnya pembayaran klaim asuransi Jamkesmas di RS Ariya Medika.

Berdasarkan observasi awal dan wawancara Kepala Unit Rekam Medis di Rumah Sakit Qadr Tangerang, pada proses pengkodean koder hanya melihat pada volume I ICD-10, keadaan ini memungkinkan dalam proses pengkodean terjadi kesalahan yang mengakibatkan kode menjadi tidak tepat. verifikasi akan mengembalikan berkas klaim untuk direvisi. Dari hasil analisis 10 sampel yang diteliti 3 sampel yang dikembalikan karena ketidaktepatan pengodean diagnosa dan tindakan sehingga

dikembalikan kepada pihak rumah sakit.

Hal ini menunjukkan bahwa ada hambatan dalam proses klaim kepada pihak BPJS sehingga dapat menghambat pembayaran klaim. Oleh sebab itu penulis tertarik meneliti mengenai Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa dan Tindakan Pasien Rawat Inap terhadap Persetujuan Klaim BPJS di Rumah Sakit Qadr Tangerang.

Berdasarkan hasil permasalahan yang ditemukan pada pengamatan peneliti menemukan masalah yaitu "Bagaimana

Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa Penyakit dan Tindakan Pasien Rawat Inap terhadap Persetujuan Klaim BPJS di Rumah Sakit Qadr Tangerang ?.

Adapun tujuan khusus penelitian ini yaitu untuk mengidentifikasi ketepatan pemberian kode diagnosa penyakit dan tindakan pasien rawat inap dan mengidentifikasi persetujuan klaim BPJS pasien rawat inap serta menganalisa hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Qadr Tangerang.

Metode Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Unit *Casemix* Rumah Sakit Qadr Tangerang, dilaksanakan pada Februari 2016. Desain Penelitian yang

digunakan adalah *cross sectional* melalui pendekatan observasional pada rekam medis pasien rawat inap. Sampel yang didapat menggunakan cara *systematic random sampling* yang diambil yaitu data sekunder November- Desember 2015. Jumlah sampel minimal peneliti adalah 46 berkas sehingga peneliti mengambil sampel 86 berkas klaim. Sedangkan analisis yang dilakukan untuk melihat hubungan antar variabel dependen dan variabel independent yaitu uji kai kuadrat (*chi square*).

Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa dan Tindakan

Tingkat ketepatan pengkodean dikategorikan menjadi 2 yaitu pengkodean tepat dan tidak tepat. Dikategorikan tepat apabila variabel kode diagnosa diisi sesuai dengan kelengkapan penulisan diagnosa dan tindakan pada resume medis dikategorikan tidak tepat apabila variabel kode diagnosa tidak diisi sesuai dengan kelengkapan penulisan diagnosa dan tindakan pada resume medis. Berdasarkan hasil observasi yang diperoleh dari 86 resume medis rawat inap, maka tingkat ketepatan pengkodean sebagai berikut:

Tabel 1

Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa dan Tindakan di Rumah Sakit Qadr Tangerang tahun 2015

Ketepatan kode diagnosa dan tindakan	Jumlah	Persentase (%)
Tepat	47	54,7 %
Tidak tepat	39	45,3 %
Total	86	100 %

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa dari jumlah 86 resume medis rawat inap di Rumah Sakit Qadr, ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan sebanyak 47 (54,7%) sedangkan ketidaktepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan sebanyak 39 (45,3%).

Kelengkapan Klaim

Tingkat kelengkapan berkas klaim

dikategorikan menjadi 2 yaitu lengkap dan tidak lengkap. Dikategorikan lengkap apabila variabel persyaratan klaim lengkap dan dikategorikan tidak lengkap, lengkap apabila variabel persyaratan klaim ada dan tidak lengkap apabila persyaratan tidak dilengkapi, berdasarkan hasil observasi yang diperoleh dari 86 resume medis rawat inap, diperoleh tingkat kelengkapan klaim sebagai berikut:

Tabel 2
Kelengkapan Klaim di Rumah Sakit Qadr Tangerang tahun 2015

Kelengkapan klaim	Jumlah	Persentase (%)
Lengkap	61	70,9 %
tidak lengkap	25	29,1 %
Total	86	100 %

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa dari jumlah 86 sampel di Rumah Sakit Qadr, klaim lengkap 61 (70,9%) sedangkan klaim yang tidak lengkap ada 25 (29,1%).

Persetujuan Klaim BPJS

Persetujuan Klaim BPJS dikategorikan menjadi 2 yaitu klaim diterima dan klaim

ditolak. Dikategorikan diterima jika klaim diterima oleh verifikator dan klaim ditolak jika klaim tidak diterima oleh pihak verifikator, berdasarkan hasil observasi yang diperoleh dari 86 resume medis rawat inap, diperoleh tingkat persetujuan klaim BPJS sebagai berikut

Tabel 3
Persetujuan Klaim BPJS di Rumah Sakit Qadr Tangerang tahun 2015

Persetujuan Klaim JKN	Jumlah	Persentase (%)
Diterima	35	40,7%
Ditolak	51	59,3%
Total	86	100 %

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa dari jumlah 86 sampel di Rumah Sakit Qadr, persetujuan klaim BPJS yang diterima 35 (40,7%) sedangkan ditolak ada 51 (59,3%).

mengetahui hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS dengan menggunakan uji *chi-square*. Adapun hasil uji *chi-square* yang telah dilakukan antara variabel ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap variabel persetujuan klaim BPJS dapat dilihat pada tabel berikut:

2. Analisis Bivariat

Uji hipotesis yang digunakan untuk

Tabel 4
Hubungan Ketepatan Kode Diagnosa dan Tindakan Terhadap Persetujuan Klaim BPJS

Ketepatan kode	Persetujuan klaim				T	P Value	OR	95 % CI
	diterima		Ditolak					
	N	(%)	N	(%)				
Tepat	31	88,6	16	31,4	47	0,0001	16,9	5,1 - 56,1
Tidak tepat	4	11,4	35	68,6	39			
Total	35	100	51	100	86			

Sumber : data primer

Berdasarkan tabel 4.4 di atas bahwa dari 86 resume medis, ditemukan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan yang diterima sebanyak 31 (19,1%) dan ketidaktepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan yang diterima sebanyak 4 (15,9%). Namun ditemukan juga ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan yang ditolak sebanyak 16 (27,9%) dan ketidaktepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan yang ditolak sebanyak 35 (23,1%).

Berdasarkan hasil uji *chi-square* hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS di Rumah Sakit Qadr diperoleh nilai signifikansi dari hasil uji statistik yaitu $p = 0,0001$ Nilai p tersebut $< 0,05$, artinya H_0 ditolak dan H_1

diterima atau ada hubungan antara ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS.

Nilai *Odds Ratio* yang diperoleh adalah 16,9 artinya ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan yang tepat mempunyai peluang persetujuan klaim sebesar 16,9 kali dibanding pemberian kode diagnosa dan tindakan yang tidak tepat.

Pengujian Hipotesa

Uji hipotesis yang digunakan untuk mengetahui hubungan kelengkapan klaim terhadap persetujuan klaim BPJS dengan menggunakan uji *chi-square*. Adapun hasil uji *chi-square* yang telah dilakukan antara variabel kelengkapan klaim terhadap variabel persetujuan klaim dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5
Hubungan Kelengkapan Klaim terhadap Persetujuan Klaim BPJS

Kelengkapan klaim	Persetujuan klaim				T	P v a l u e	O R %	95 CI
	Diterima		Ditolak					
	N	(%)	N	(%)				
Lengkap	32	91,4	29	36,2	61	0,01	8,0	2,1 - 29,8
Tidak lengkap	3	10,2	22	14,8	25			
Total	35	100	51	100	86			

Sumber data primer

Berdasarkan tabel 4.5 diatas bahwa dari 86 resume medis, ditemukan kelengkapan klaim terhadap persetujuan yang diterima sebanyak 32 (91,4) dan ketidaklengkapan klaim terhadap persetujuan yang diterima sebanyak 3 (10,2). Namun ditemukan juga kelengkapan klaim terhadap persetujuan yang ditolak sebanyak 29 (36,2) dan ketidaklengkapan klaim terhadap persetujuan yang ditolak sebanyak 22 (14,8).

Berdasarkan hasil uji *chi-square* hubungan kelengkapan klaim dengan persetujuan klaim BPJS di Rumah Qadr diperoleh nilai signifikansi dari hasil uji statistik yaitu $p = 0,001$ Nilai p tersebut $< 0,05$ artinya H_0 ditolak dan H_1 diterima atau ada hubungan antara kelengkapan klaim terhadap persetujuan klaim BPJS.

Nilai *Odds Ratio* yang diperoleh adalah 8,0

artinya kelengkapan klaim mempunyai peluang persetujuan klaim sebesar 8,0 kali dibanding ketidaklengkapan persyaratan klaim

Pembahasan

Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa dan Tindakan

Menurut Anggraini *coding* (2011) adalah proses pengklasifikasian data dan penentuan kode (sandi) nomor/alfabet/numerik untuk mewakilannya. Diagnosa pasien (ICD) terdiri dari nama penyakit, proses penyakit, causa penyakit, dan masalah terkait kesehatan. Koding diagnosa harus dilaksanakan dengan presisi (sesuai dengan aturan ICD -10), akurat (sesuai dengan proses hasil akhir produk), dan tepat waktu (sesuai episode pelayanan).

Menurut Hatta (2008) Kode yang dihasilkan harus akurat dan tepat sesuai diagnosis, karena jika kode yang dihasilkan tidak tepat maka akan mempengaruhi proses klaim. Kode R dijadikan sebagai kode diagnosa utama yang mempengaruhi proses klaim yang ditolak. Padahal pada aturan sistem INACBGs, kode R ini tidak bisa dijadikan kode diagnosa utama (Maria Ulfa, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian dari 87 sampel, ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan sebanyak 47 (54,7%) sedangkan ketidaktepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan sebanyak 39 (45,3%). Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa masih terdapat ketidaktepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan.

Ketidaktepatan disebabkan karena kode R digunakan sebagai kode utama dalam proses klaim, dokter yang tidak menulis diagnosa secara lengkap, kurangnya ketelitian dalam menentukan kode diagnosa penyakit dan tindakan dan belum adanya SPO tetap dalam proses pengkodean secara terperinci dalam pelaksanaan klaim dan ketidaklengkapan pengisian diagnosa dan tindakan dan pada resume medis yang mengakibatkan kode tidak akurat.

Kelengkapan Klaim BPJS

Menurut Health Insurance Association of America (HIAA) Klaim adalah proses pengumpulan bukti fakta yang berhubungan dengan kejadian sakit ataupun cedera, melakukan perbandingan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau pihak penagih.

Menurut BPJS, petunjuk teknik verifikasi klaim (2014) yaitu Kelengkapan administrasi yang harus dilengkapi dalam proses klaim dan jika kelengkapan administrasi ini tidak lengkap maka dapat mempengaruhi pada persetujuan verifikator seperti: SEP, KK, kartu peserta BPJS, surat perintah rawat, kartu peserta billing, cap komite medik pada kasus berat, resume medis dan hasil penunjang medis, dan jika ada hasil operasi. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (luaran aplikasi INA CBGs Kementrian Kesehatan yang berlaku) dan hardcopy (berkas pengajuan klaim). Salah satu faktor klaim di tolak karena hasil penunjang medis yang tidak mendukung diagnosa sehingga dikembalikan oleh pihak verifikator (Maria Ulfa, 2011).

Berdasarkan pada hasil penelitian bahwa dari jumlah 86 sampel di Rumah Sakit Qadr, klaim lengkap 61 (70,9%) sedangkan klaim yang tidak lengkap ada 25 (29,1%). Dapat disimpulkan bahwa masih terdapat persyaratan klaim yang tidak lengkap seperti hasil penunjang yang tidak mendukung diagnosa dan tidak disertakannya cap komite medik pada kasus severity level III.

Berdasarkan penelitian ini, kelengkapan tidak bisa dilihat hanya dari diagnosis saja namun juga dilihat dari data-data pendukung klaim seperti hasil penunjang medis pendukung penegakkan diagnosis yang harus ada karena sebagai data pendukung dalam proses penentuan diagnosa sebagai dasar dalam penentuan tarif yang harus dibayar. Hal ini merupakan persyaratan dalam proses verifikasi seperti dengan bukti billing, bukti penunjang, bukti tindakan medik (bila ada operasi atau prosedur), bukti diagnosis yang menyebutkan nama dokternya, surat egibilitas pasien dan lain-lain.

Persetujuan Klaim BPJS

Persetujuan klaim adalah kegiatan proses verifikasi oleh verifikator independen terhadap kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh rumah sakit. Syarat-syarat klaim lengkap maka proses verifikasi dapat disetujui, syarat-syarat klaim tidak lengkap maka proses verifikasi tidak disetujui dan dikembalikan ke bagian rekam medis dan keuangan untuk dilengkapi administrasinya.

Berdasarkan hasil verifikasi oleh verifikator yang memiliki kewenangan untuk meminta klarifikasi, memeriksa kesesuaian berkas, meminta kelengkapan berkas pendukung (surat jaminan pelayanan, hasil penunjang resume medis, dan laporan operasi) dan melakukan pengecekan ke rekam medis jika diperlukan.

Berdasarkan penelitian dari jumlah 86 sampel di Rumah Sakit Qadr, persetujuan klaim BPJS yang di terima 35 (40,7%) sedangkan ditolak 51 (59,3%). Dari hasil penelitian ini disebabkan karena ketidak konsistensian kode diagnosa dan tindakan, kode R dijadikan kode diagnosa utama, hasil penunjang yang tidak mendukung dignosa ketepatan kode diagnosa dan tindakan serta tidak adanya cap komite medik pada kasus berat dan faktor lain seperti verifikator menginginkan satu kode untuk beberapa diagnose.

Hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Qadr Tangerang diketahui bahwa ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan berhubungan dengan persetujuan klaim. Dapat dilihat dari hasil uji *chi-square* yang memperoleh nilai signifikansi $P = 0,0001$. Nilai P tersebut $< 0,05$ apabila nilai $P < 0,05$ maka H_0 ditolak atau hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS. Nilai *Odds Ratio* yang diperoleh adalah 16,9 artinya ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan yang tepat mempunyai peluang persetujuan klaim sebesar 16,9 kali dibanding ketidaktepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan.

Dari hasil penelitian, ditemukan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan yang diterima sebanyak 55 (93,2%) dan ketidakakuratan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan yang diterima sebanyak 5 (18,5%). Namun ditemukan juga ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim yang ditolak sebanyak 4 (6,7%) dan ketidaktepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan yang ditolak sebanyak 22 (81,4%).

Hal ini dikarenakan penulisan diagnosa yang lengkap dapat menghasilkan pengkodean yang tepat karena diagnosa ditulis secara lengkap, jelas, spesifik, dan konsisten. Pernyataan ini dikemukakan, Hatta (2008) bahwa penulisan diagnosa yang jelas, lengkap dan konsisten dapat menghasilkan data yang berkualitas.

Sebaiknya untuk meningkatkan keakuratan kode diagnosa dan tindakan maka perlu sosialisasi agar dokter menuliskan diagnosa utama dengan jelas, spesifik dan konsisten serta tenaga koder diharapkan lebih teliti dalam menentukan kode Sehingga dapat menghasilkan pengkodean yang berkualitas dan perlu adanya SPO yang jelas dan terperinci tentang proses pengkodean dengan ICD-10 dan ICD-9 serta proses pelaksanaan klaim BPJS.

Hubungan Kelengkapan Klaim terhadap Persetujuan Klaim BPJS

Berdasarkan petunjuk teknik verifikasi klaim, berkas klaim yang akan diverifikasi

pada pasien rawat inap meliputi : surat perintah rawat inap, surat eligibilitas peserta (SEP), resume medis yang ditanda tangani oleh dokter penanggung jawab pasien DPJP, bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditanda tangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP), laporan operasi, untuk kode INACBGs *severity level III* pastikan ada pengesahan dari komite medik, kesesuaian spesialisasi dokter penanggung jawab pasien dengan diagnosa misalnya, pasien dengan diagnosa jantung namun DPJP adalah spesialis mata lakukan *cross check* ke *resume* medis dan lain lain.

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Qadr Tangerang diketahui bahwa kelengkapan klaim berhubungan dengan persetujuan klaim BPJS. Hasil uji *chi-square* hubungan kelengkapan klaim dengan persetujuan klaim BPJS di Rumah Qadr diperoleh nilai signifikansi dari hasil uji statistik yaitu $p = 0,001$ Nilai p tersebut $< 0,05$ artinya H_0 ditolak dan H_1 diterima atau ada hubungan antara kelengkapan klaim terhadap persetujuan klaim JKN. Nilai *Odds Ratio* yang diperoleh adalah 8,0 artinya kelengkapan klaim mempunyai peluang persetujuan klaim sebesar 8 kali dibanding ketidaklengkapan persyaratan klaim

Dari hasil penelitian, ditemukan kelengkapan klaim terhadap persetujuan yang diterima sebanyak 32 (91,4) dan Ketidaklengkapan klaim terhadap persetujuan yang diterima sebanyak 3 (10,2). Namun ditemukan juga kelengkapan klaim terhadap persetujuan yang ditolak sebanyak 29 (36,2) dan ketidaklengkapan klaim terhadap persetujuan yang ditolak sebanyak 22 (14,8).

Hasil penelitian kelengkapan klaim BPJS di Rumah Sakit Qadr, tidak hanya kelengkapan isi dokumen rekam medis saja yang di verifikasi oleh verifikator tetapi juga kelengkapan administrasi pasien seperti nomor SEP, kartu tanda peserta, diagnosa dan tindakan, hasil penunjang diagnosa, billing, resume dan lain sebagainya. Oleh sebab itu perlu ketelitian dan *review* secara berulang pada berkas klaim yang akan diajukan kepada pihak verifikator. Sehingga tidak terjadi penundaan klaim yang berakibat terhambatnya proses pembayaran klaim di Rumah Sakit Qadr Tangerang.

Sebaiknya dibuat SPO tentang klaim BPJS dan dilakukan pengecekan kembali sebelum diserahkan kepada pihak verifikasi eksternal dan diharapkan pihak adanya kordinasi antar koder dan pihak verifikator BPJS sehingga tidak terjadi hambatan dalam proses klaim.

Penutup Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Qadr pada Februari tahun 2016, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Dari 86 klaim pada November - Desember tahun 2015 rawat inap di Rumah Sakit Qadr, ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan sebanyak 47 (54,7%) sedangkan ketidaktepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan sebanyak 39 (45,3%).
2. Dari 86 sampel di Rumah Sakit Qadr, persetujuan klaim BPJS yang diterima 35 (40,7%) sedangkan ditolak 51 (59,3%).
3. Hasil penelitian yang telah dilakukan berdasarkan uji *chi-square* bahwa ada hubungan yang signifikan antara ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan terhadap persetujuan klaim BPJS.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Qadr pada Februari tahun 2016, maka penulis dapat memberikan saran sebagai berikut :

1. Ketepatan Koding :
 - a. Sebaiknya Komite Medik menghimbau pentingnya penulisan diagnosa yang jelas terperinci dan konsisten melalui surat keputusan kepada para dokter.
 - b. Sebaiknya koder melakukan konfirmasi ulang/berkonsultasi dengan dokter jika mengalami kendala dalam proses pengodean
 - c. Sebaiknya koder lebih teliti dalam menentukan kode diagnosa dan tindakan.
 - d. Sebaiknya membuat SPO tentang klasifikasi, kodifikasi penyakit dan tindakan secara terperinci berdasarkan ICD-10 dan ICD-9
 - e. Sebaiknya unit rekam medis dan informasi kesehatan melakukan analisis kuantitatif dan kualitatif agar rekam medis lengkap dan konsisten sehingga dapat menghasilkan informasi yang akurat dan terpercaya.

2. Persetujuan klaim :

- a. Sebaiknya dibuat SPO tentang proses klaim BPJS sehingga tidak terjadi penolakan dalam proses klaim disebabkan kelengkapan berkas yang mendukung proses klaim.
- b. Sebaiknya verifikator dan koder berkordinasi dengan lebih baik dalam proses klaim BPJS sehingga tidak terjadi hambatan.

Daftar Pustaka

- Abdelhak, Mervat dkk . *Health Information : Management Of A Strategic Resource 2nd Edition*. Philadelphia :W.B. Sanders Company. 2001
- Anggraini, Mayang. *Audit Coding Diagnosis*. Jakarta: Esa Unggul.2011.
- Anggraini, Mayang. *Klasifikasi penyakit dan struktur ICD-10 (WHO)*. Jakarta: Esa Unggul.2008
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. Jakarta: Direktorat Pelayanan. 2014.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. *Administrasi Klaim Fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Pelayanan. 2014
- Budi, Savitri Citra. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta : Quatum Sinergi Media : 2011
- Daldiyono. *Pasien pintar dan dokter bijak*. PT Bhuana ilmu populer. Jakarta : 2007
- Departemen Kesehatan RI. *Pedoman penyelenggaraan dan prosedur rekam medis rumah sakit di indonesia revisi II*. Direktorat jendral pelayanan medisk . Jakarta : 2006
- Departemen Kesehatan RI, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MENKES/III/PER/2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta. 2008.
- Departemen Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 36 tahun 2015 Tentang Rekam Medis*. Jakarta. 2008
- Grup Pendidikan dan Pelatihan, *Modul Pelatihan Pengenalan INA-CBG'S dan Verifikasi*. Jakarta: PT. ASKES. 2013.

Hatta, R Gemala. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan (revisi ke 2)*. Jakarta : Universitas Indonesia. 2013.

Hidayah, Dyah Nur dan Dyah Ernawati, "Accuracy Analysis Of Primary Diagnosis Code Based On Patients BPJS Cause Unverified In Permata Hospital Medika Semarang Month January 2014". Laporan Penelitian. Semarang. 2014.

Huffman, Edna K. *Medical Record Management, Ninth Edition*. Illionois: Physican Record Company.1990.

Ilyas, Yaslis. *Asuransi Kesehatan Review Utilisasi Manajemen Klaim dan Fraud*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2003.

Irwan, Doris. Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa terhadap Kelancaran Klaim JKN di Rumah Sakit Umum Cengkareng. Esa Unggul . Jakarta : 2015

Join *Commission Internasional Revisi 4, Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 Terjemahan Bahasa Indonesia*. Jakarta: 2013.

Menteri Kesehatan. *Peraturan Menteri Kesehatan No 27 tahun 2014 tentang Juknis Sitem. Indonesian Case Base Groups*. Jakarta. 2014.

Menteri Kesehatan. *Peraturan Menteri Kesehatan No 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta. 2013.