

ANALISIS KETEPATAN KODE DIAGNOSA OBSTETRI TERHADAP KELANCARAN KLAIM BPJS RS.X KOTA BENGKULU

Nofri Heltiani*, Nurwahyu Asroni, Tri Endah Suryani

^{1,2,3)}STIKes Sapta Bakti
E - mail : nofrihelti11@gmail.com

ANALYSIS OF THE ACCURACY OF THE OBSTETRICAL DIAGNOSIS CODE OF THE SMOOTHNESS OF CLAIMS BPJS RS.X BENGKULU CITY

ABSTRACT

Background: The obstetric code is a code that is more detailed and has differences from other disease codes, so errors often occur in enforcing the code. Based on observations of 10 obstetric claim files submitted to BPJS, it was found that 6 (60%) files were pending due to diagnoses and codes entered on medical resumes that were not in accordance with BPJS, which resulted in delays in the claim payment process to the hospital. This study aims to analyze the accuracy of the obstetrical diagnosis code for the smoothness of BPJS RS.X claims in Bengkulu City.

Subjects and Method: This type of research is descriptive with a cross sectional approach. The population in this study were 137 obstetrical claim files for 2021 with a sample of 58 files taken by simple random sampling. The data used in this study were primary and secondary data which were processed univariately.

Results: 31(53%) obstetric files smooth BPJS claims and 27(47%) non-current BPJS claim files with details 3(5%) incomplete claim files, 22(38%) incorrect obstetric code and 2(3%) incomplete documentation

Conclusion: Most of the accuracy of the obstetric diagnosis code experienced smoothness of the BPJS when it was verified by the BPJS verifier.

Keywords: Accuracy; BPJS; Claims; Obstetrics; Smoothness.

ABSTRAK

Latar Belakang: Kode obstetri merupakan kode bersifat lebih rinci dan memiliki perbedaan dengan kode penyakit lainnya, sehingga sering terjadi kesalahan dalam penegakan kode. Berdasarkan hasil observasi dari 10 berkas klaim obstetri yang diajukan ke BPJS diketahui 6(60%) berkas mengalami *pending* yang disebabkan diagnosa dan kode yang diinputkan pada resume medis tidak sesuai dengan BPJS sehingga berdampak terlambatnya proses pembayaran klaim ke rumah sakit. Penelitian ini bertujuan menganalisis ketepatan kode diagnosa obstetri terhadap kelancaran klaim BPJS RS.X Kota Bengkulu.

Subjek dan Metode: Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 137 berkas klaim obstetri tahun 2021 dengan sampel 58 berkas yang diambil secara *simple random sampling*. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder yang diolah secara univariat.

Hasil: 31(53%) berkas obstetri lancar klaim BPJS dan 27(47%) berkas tidak lancar klaim BPJS dengan rincian 3(5%) tidak lengkap berkas klaim, 22(38%) tidak tepat kode obstetri dan 2(3%) tidak lengkap pendokumentasian.

Keseimpulan: Ketepatan kode diagnosis obstetri hampir sebagian besar mengalami kelancaran BPJS pada saat dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS.

Kata Kunci: BPJS; Kelancaran; Ketepatan; Klaim; Obstetri.

PENDAHULUAN

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2018 Tentang Penyusunan dan Penerapan Formularium Nasional dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mengatakan rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut sebagai komponen pendukung terlaksananya program JKN yang dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang berkaitan dengan pembiayaan kesehatan menggunakan metode pembayaran *prospective* yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan dengan pola pembayaran dikenal dengan *casemix*

Casemix merupakan pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber biaya perawatan yang mirip/sama pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software* INA-CBG's (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Sistem pembayaran INA-CBG's menggunakan klaim yang nantinya akan dibayarkan BPJS dengan pengajuan biaya perawatan pasien BPJS dari rumah sakit yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan setiap bulannya (Ardhitya & Perry, 2015).

Dalam proses klaim, berkas yang diajukan harus lengkap dan sesuai prosedur yang berlaku,

sehingga rumah sakit wajib melengkapi berkas klaim sebelum diajukan kepada pihak BPJS untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif yang telah ditetapkan INA-CBG's (Evi Alifia Harnanti, 2018).

Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional yang menyatakan bahwa hal-hal yang berpengaruh terhadap proses klaim BPJS di antaranya berkas klaim tidak lengkap, isi klaim tidak sesuai dan waktu pengajuan berkas terlalu lama.

Selain berkas klaim yang harus lengkap, salah satunya adalah kelengkapan informasi medis yang harus ditandatangani Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) mempengaruhi kelancaran klaim BPJS, hal penting lainnya yang sangat mempengaruhi kelancaran pengajuan klaim adalah kesesuaian kode pada lembar resume medis (rumah sakit) dengan kode pada INA-CBG's.

Dalam pendokumentasian rekam medis kode diagnosa dan tindakan pada ICD-10 dan ICD-9-CM merupakan salah satu data penting dan digunakan sebagai acuan dalam penentuan besar biaya pelayanan kesehatan. Diagnosa harus dikode dengan tepat dan akurat serta tepat waktu sehingga dapat digunakan untuk pengambilan keputusan rekam medis (Oktavia, 2017).

Kualitas hasil pengkodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, keterbacaan tulisan dokter serta profesionalisme *coder* (Purwanti, 2016). Apabila penulisan diagnosa pada berkas rekam medis tidak tepat, maka dapat mempengaruhi ketepatan dalam pengkodean dan dapat berdampak terhadap biaya pelayanan kesehatan. Hal ini menunjukkan ketidaktepatan pengelolaan data pelayanan kesehatan pada sarana pelayanan kesehatan (Made dkk, 2020).

Selain itu ketidakakuratan pengkodean juga berpengaruh terhadap kelancaran proses klaim yang menyebabkan berkas klaim yang diajukan mengalami *pending* sehingga dikembalikan oleh verifikator BPJS ke rumah sakit untuk diperbaiki.

Ketepatan dalam pengkodean suatu penyakit dan tindakan sangat penting karena berkaitan dengan kelancaran pengajuan klaim BPJS dan pembiayaan pelayanan kesehatan baik pembiayaan yang ditanggung sendiri maupun BPJS.

Berdasarkan survey pendahuluan di RS.X Kota Bengkulu kasus obstetri merupakan kasus yang ditangani dari 15 kasus terbesar di RS.X Kota Bengkulu. Data tiga tahun terakhir menunjukkan pada tahun 2019 jumlah kunjungan 272 pasien dengan berkas klaim yang mengalami gagal purif 64(24%) berkas, tahun 2020 jumlah kunjungan 87(68%) pasien dengan berkas klaim gagal purif 27(31%) berkas dan tahun 2021 jumlah kunjungan 137(64%) pasien.

Hasil observasi awal yang dilakukan terhadap 10 berkas klaim obstetri yang diajukan

ke BPJS diketahui 4(40%) berkas lolos verifikasi dan 6(60%) berkas mengalami *pending* yang disebabkan karena informasi koding (berkaitan dengan diagnosa dan kode yang diinputkan pada resume medis tidak sesuai dengan BPJS), dengan rincian 3(30%) berkas harus ditambahkan kode tindakan persalinan, 1(10%) berkas salah kode pada karakter ke-4 dan 2(2%) berkas salah kode karena berbeda antara kode dari BPJS dengan kode pada resume medis yang dilihat berdasarkan hasil pemeriksaan penunjang.

Dari 6(60%) berkas klaim yang mengalami *pending* salah satunya adalah pasien *sectio cesarea* terjadi pendarahan *post-partum placenta* dikode (O72.1) tetapi pada hasil laporan operasi jumlah hemoglobin <500 cc sehingga hanya bisa dikode sebagai persalinan dengan anemia biasa. Kode dapat diakui sebagai pendarahan *post-partum* apabila jumlah hemoglobin >500 cc.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas *casemix* diketahui bahwa berkas klaim yang dikembalikan verifikator BPJS disebabkan adanya perbedaan antara kode yang dituliskan *coder* rumah sakit berdasarkan diagnosa yang ditegaskan dokter pada lembar resume medis dengan kode pada saat analisis koding yang tidak sesuai dengan peraturan dan berita acara BPJS ketika verifikasi klaim oleh verifikator BPJS dengan menggunakan aplikasi *venika*, serta tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung penegakan diagnosa sehingga berkas klaim obstetric mengalami *pending* dan dikembalikan ke rumah sakit untuk diperbaiki kembali.

Hal ini sejalan dengan (Indawati, 2019) dalam penelitiannya mengatakan bahwa berkas klaim yang dikembalikan ke rumah sakit dikarenakan informasi koding yang tidak tepat dan berkas klaim belum lengkap, dimana kedua hal tersebut merupakan syarat utama untuk lolos verifikasi.

Pengembalian berkas klaim ke rumah sakit dikarenakan ketidakakuratan kode diagnosa berdampak terlambatnya proses pembayaran klaim sehingga menyebabkan kerugian material dan juga berpengaruh terhadap mutu rekam medis serta beban kerja *coder* akan bertambah (Irmawati dkk, 2018). Oleh sebab itu, sebelum klaim diajukan ke BPJS sangat penting untuk dilakukan audit rekam medis terhadap kelengkapan berkas klaim dan keakuratan kode sehingga pengajuan klaim tidak mengalami *pending*.

Berdasarkan uraian di atas, melihat kode obstetri bersifat lebih rinci dan memiliki perbedaan dengan kode penyakit lainnya sehingga sering kali terjadi kesalahan dalam penegakan kode, maka pertanyaan penelitian dapat dirumuskan yaitu bagaimanakah ketepatan kode diagnosis kasus obstetric terhadap kelancaran klaim BPJS. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis ketepatan kode diagnosis kasus obstetric terhadap kelancaran BPJS.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 137 berkas klaim

kasus obstetri yang diajukan ke BPJS pada periode Januari s.d Desember 2021 dengan sampel 58 berkas yang diambil secara *simple random sampling*. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder yang diolah secara univariat.

HASIL PENELITIAN

1. Ketepatan Kode Diagnosis Obstetri RS.X Kota Bengkulu

Tabel 1. Ketepatan Kode Diagnosa Obstetri RS.X Kota Bengkulu

Kode Diagnosis	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tepat	36	62
Tidak Tepat	22	38
Jumlah	58	100

Sumber : Data sekunder terolah, 2022

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa 36(62%) berkas tepat kode diganosa obstetri dan 22(38%) berkas tidak tepat kode diganosa obstetri.

2. Kelancaran Klaim BPJS Kasus Obstetri

Tabel 2. Kelancaran Klaim BPJS Kasus Obstetri

Klaim BPJS	Jumlah (n)	Persentase (%)
Lancar	31	54
Tidak Lancar	27	46
Jumlah	58	100

Sumber : Data sekunder terolah, 2022

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa 31(54%) berkas obstetri lancar klaim BPJS dan 27(46%) berkas tidak lancarklaim BPJS pada kasus Obstetri.

PEMBAHASAN

1. Ketepatan Kode Diagnosa Obstetri RS.X Kota Bengkulu

Ketepatan kode diagnosa merupakan ketepatan penulisan kode penyakit yang sesuai dengan klasifikasi ICD-10 dan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi.

Coder bertanggungjawab atas ketepatan kode diagnosa yang ditetapkan. Oleh karena itu, apabila diagnosa yang ditegaskan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) kurang jelas/tidak tepat dan tidak lengkap sebelum menetapkan kode diagnosa, maka harus dikomunikasikan terlebih dahulu dengan DPJP untuk lebih meningkatkan informasi dalam rekam medis, dan *coder* menetapkan kode sesuai dengan aturan yang ada pada ICD-10 (Hamid, 2013).

Berdasarkan tabel 1 ketepatan kode diagnosa obstetri diketahui 36(62%) berkas tepat kode dan 22(38%) berkas tidak tepat. Ketidaktepatan kode obstetri dilihat dari lima katagori, yaitu sebanyak 3(14%) berkas salah jumlah karakter, 11(50%) berkas salah *Complication Of Delivery* (O00-O99)/kode Ibu, 8(36%) salah *Method Of Delivery* (O80.0-084.9)/kode tindakan dan tidak terdapat kesalahan *Outcome Of Delivery* (Z37.0-Z37.9)/kode Anak pada berkas.

Berdasarkan observasi dan wawancara dengan penanggung jawab *casemix* rawat inap diketahui pada saat menentukan kode, petugas koding menemukan kesulitan membaca tulisan DPJP berupa ketidakjelasan penulisan diagnosa yang ditegaskan maka harus dilakukan

klarifikasi, akan tetapi dalam melakukan klarifikasi seringkali membutuhkan waktu cukup lama dikarenakan DPJP tidak selalu ada di rumah sakit, sehingga *coder* akan menghubungi apabila DPJP ada jadwal di rumah sakit. Agar klarifikasi tercapai maka untuk melakukan pengkodean, *coder* harus melihat riwayat perawatan, pengobatan, gejala pada lembar anamnesa dan pemeriksaan fisik.

Sejalan dengan (Susanti, 2018) dalam penelitiannya mengatakan pada saat menentukan kode klaim BPJS *coder* menemukan kesulitan terkait diagnosa yang ditegaskan oleh dokter dan singkatan yang sulit dipahami maka *coder* harus melakukan klarifikasi, dan ketika proses klarifikasi tidak berhasil *coder* menggunakan Rule MB1-MB5 untuk memilih kembali atau reseleksi kode diagnosa utama.

Selain itu dalam proses menentukan kode diagnosa, *coder* hanya mengkode dengan melihat diagnosanya saja tanpa membaca hasil laporan penunjang dan resume medis yang mendukung penegakan diagnosa tersebut. (Ningtyas et al., 2019) dalam penelitiannya mengatakan informasi yang diperlukan untuk menunjang ketepatan kode diagnosa kasus persalinan di antaranya lembar resume (*discharge summary*) yang berfungsi untuk mengetahui diagnosa yang ditegaskan dokter, lembar hasil pemeriksaan laboratorium berfungsi untuk mengetahui kondisi tertentu pada pasien, lembar Hasil Pemeriksaan Radiografi (USG) berfungsi untuk mengetahui kondisi janin, *informed consent* dan laporan operasi.

Hal tersebut sejalan hasil penelitian (Alik, 2016) ketidaktepatan pengkodean diagnosa obstetri disebabkan antara lain terdapat penulisan diagnosa kurang jelas dan kurang spesifik, tulisan dokter sulit dibaca dan menggunakan singkatan yang tidak baku sehingga menyulitkan *coder* dalam menetapkan kode, dan juga *coder* sering tidak membaca rekam medis seutuhnya seperti (tidak membaca laporan penunjang, hasil patologi anatomi, lembar operasi) tetapi hanya melihat diagnosanya pada ringkasan keluar (resume medis).

Menurut (Meilany et al., 2020) faktor ketepatan pemberian kode diagnosa adalah hasil pemeriksaan penunjang medis. Kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang medis mempengaruhi ketepatan pemberian kode diagnosa karena dapat dijadikan sebagai informasi pendukung apabila diagnosa yang ditetapkan oleh tenaga medis kurang jelas atau tidak lengkap. Kode dapat dinyatakan tepat apabila sudah sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9-CM berdasarkan dari diagnosa yang didukung dengan adanya informasi penunjang seperti hasil laboratorium dan hasil patologi anatomi.

Selain itu, faktor yang mempengaruhi ketepatan pemberian kode diagnosa adalah kelengkapan pengisian informasi medis. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Group's* (INACBG's) Bab IV bagian H dijelaskan bahwa kelengkapan isi rekam medis yang ditulis dokter akan sangat membantu petugas koding dalam

memberikan kode diagnosa dan tindakan yang tepat. Sejalan dengan hasil penelitian Wariyanti (2014) kelengkapan informasi medis dan keakuratan dokumen rekam medis sangatlah penting, jika informasi medis tidak lengkap maka kode diagnosis yang dihasilkan menjadi tidak tepat.

2. Kelancaran Klaim BPJS Kasus Obstetri

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa 31(54%) berkas obstetri lancar klaim BPJS dan 27(46%) berkas obstetri tidak lancar klaim BPJS. Berkas klaim kasus obstetri sebanyak 31(53,4%) memiliki kode diagnosa tepat yang didukung dengan kelengkapan berkas klaim dan kelengkapan dokumentasi.

Kelengkapan berkas klaim, ketepatan kode diagnosa dan kelengkapan dokumentasi menjadi faktor yang mempengaruhi kelancaran klaim dan menjadi dasar disetujuinya penangihan biaya verifikasi oleh BPJS kepada rumah sakit, sehingga biaya pelayanan kesehatan yang sudah dikeluarkan akan dibayarkan tepat waktu oleh BPJS dan akan berdampak baik terhadap rumah sakit karena tidak mengalami kesulitan pada biaya operasional ataupun mengalami kerugian.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Ariyanti & Gifari, 2019) mengatakan kelengkapan informasi medis dan ketepatan kode diagnosa menjadi menjadi faktor yang mempengaruhi klaim BPJS untuk disetujui penangihan biaya verifikasi oleh BPJS kepada rumah sakit.

Ketidaklancaran klaim BPJS dianalisis dari tiga katagori, yaitu ketidaklengkapan berkas

klaim sebanyak 3(5%), ketidaktepatan kode obstetri 22(38%) dan ketidaklengkapan pendokumentasian 2(3%).

a. Ketidaklengkapan Berkas Klaim

Kelengkapan berkas klaim berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan penanggung jawab *casemix* rawat inap diketahui berkas yang diperlukan untuk pengajuan klaim BPJS meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), laporan individual pasien, laporan penunjang pasien, resume medis, formulir verifikasi JKN (INA-CBG's), surat keterangan (surat perintah rawat inap, surat *emergency*, surat rujukan) dan identitas pasien (KTP dan kartu BPJS).

Ketidaklengkapan berkas klaim yang diajukan ke BPJS dari hasil penelitian diketahui 2(66,7%) berkas tidak lengkap laporan penunjang pasien dan 1(33,3%) berkas tidak lengkap resume medis.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara dengan penanggung jawab *casemix* rawat inap, berkas pengajuan klaim yang tidak lengkap disebabkan oleh tidak lengkapnya laporan pemeriksaan penunjang dan resume medis karena tidak dilakukannya pengecekan kelengkapan berkas klaim oleh petugas bagian *assembling* dan kurangnya pengecekan kembali oleh *coder* dan penginput data INA-CBG's di bagian *casemix*.

Sejalan dengan Molanda, dkk (2015) dalam penelitiannya mengatakan ketidaklengkapan dokumen klaim terutama pada berkas pendukung atau berkas penunjang pasien yang merupakan bagi dari kelengkapan dokumen

dan prosedur klaim dikarenakan kurangnya perhatian dan pemahaman petugas terhadap kelengkapan dokumen rekam medis. Hal ini menjadi salah satu penyebab pengembalian berkas klaim karena berdasarkan Petunjuk Teknik Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan Tahun 2004 dijelaskan bahwa verifikator BPJS berhak melakukan konformasi kepada petugas apabila tidak adanya bukti-bukti, maka klaim dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki (Irmawati dkk, 2018).

Kekurangan lembar penunjang dan resume medis akan berdampak pada ketepatan kode yang akan ditegaskan, keabsahan penagihan dan perhitungan biaya perawatan pasien karena lembar penunjang merupakan bukti pasien telah melakukan pelayanan tambahan serta akan menyebabkan berkas tersebut tidak terklaim dan harus dikembalikan untuk dilengkapi.

Menurut (Pitaloka & Ningsih, 2021) kelengkapan berkas klaim menjadi pertimbangan untuk kelancaran proses klaim BPJS seperti tidak dilampirkannya lembar laporan penunjang pada berkas syarat pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap, sementara kasus diagnosa pada tindakan atau prosedur yang dilakukan tersebut memerlukan laporan penunjang sehingga pihak verifikator BPJS meminta kelengkapan dengan cara mengembalikan berkas klaim tersebut.

Sejalan dengan (Rahmatiq et al., 2020) berkas rekam medis pasien merupakan faktor yang sangat penting dalam pengklaiman BPJS. Kelengkapan berkas pasien ini menunjukkan kepada akurasi pemberian jaminan oleh BPJS.

Petugas klaim BPJS harus melakukan pemeriksaan kelengkapan berkas klaim untuk memastikan bahwa BPJS memberikan pembiayaan dengan tepat dan sesuai dengan spesifikasi jenis-jenis rawatan.

b. Ketidaktepatan Kode Obstetri

Ketidaktepatan kode obstetri RS.X Kota Bengkulu disebabkan oleh 3(14%) berkas salah jumlah karakter, 11(50%) berkas salah kode ibu (*Complication Of Delivery*) dan 8(36%) salah kode tindakan (*Complication Of Delivery*).

Berdasarkan hasil wawancara pada penanggung jawab *casemix* kode diagnosa yang tidak tepat dan *coder* sulit membaca tulisan DPJP sehingga harus melakukan konfirmasi walaupun resume medis dan pedokumentasian sudah lengkap, akan tetapi seringkali DPJP tidak berada di tempat, sementara *coder* harus segera melakukan pengkodean dikarenakan berkas klaim harus segera dikirim sehingga menghambat kelancaran proses klaim.

Sejalan dengan (Alik, 2016) dalam penelitiannya mengatakan ketepatan kode pada saat klaim masih rendah disebabkan adanya beberapa diagnosa yang memerlukan konfirmasi pada DPJP walapun resume medis dan kode diganosa sudah lengkap dan tepat, akan tetapi DPJP terkadang tidak ada di tempat dan harus menunggu DPJP, tidak adanya tim verifikator internal rumah sakit yang melakukan verifikasi berkas klaim serta petugas yang melakukan input data klaim ke dalam *software* INA-CBG's bukan

berlatarbelakang rekam medis akibatnya menghambat proses klaim.

Ketepatan kode diagnosa obstetri akan mempengaruhi kelancaran klaim BPJS karena tingkat ketepatan berguna untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan, pelaporan nasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi proses evaluasi perencanaan pelayanan medis menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan serta untuk penelitian epidemiologi dan klinis (Alik, 2016).

Kode diagnosa yang tidak tepat dapat menjadi masalah sehingga klaim BPJS tidak dapat dibayarkan karena melanggar ketentuan yang telah ditetapkan BPJS. Apabila *coder* melakukan pengodean diagnosa penyakit yang salah, maka akan berpengaruh pada jumlah pembayaran klaim yang berbeda dari pembayaran seharusnya (Ariyanti & Gifari, 2019).

Ketepatan pengkodean pada rekam medis sangatlah dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit khususnya dalam proses kelancaran pengklaiman. Oleh sebab itu tingkat ketepatan kode sangat diperhatikan apabila kode diagnosis tidak tepat akan berpengaruh pada biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan, hal ini dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit karena pembayaran klaim yang berbasis INA-CBG's dilihat dari hasil pengkodean yang ditetapkan oleh *coder*.

Untuk klaim agar dapat terverifikasi dengan lancar membutuhkan kode diagnosa yang tepat dan persyaratan yang lengkap. Keakuratan kode diagnosa dan tindakan sangat mempengaruhi kualitas data statistik dan pembayaran biaya kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Dampak yang akan terjadi dari ketidaktepatan kode obstetri akan mempengaruhi terhadap biaya perawatan dan obat-obatan yang dikonsumsi serta mempengaruhi proses pengajuan klaim ke BPJS. Sejalan dengan penelitian (Ayu, 2012) dampak dari ketidaksesuaian dalam pengkodean suatu diagnosis akan berpengaruh terhadap klaim biaya perawatan, administrasi rumah sakit serta kualitas pelayanan yang ada di rumah sakit tersebut.

Menurut (Alik, 2016) dalam penelitiannya mengatakan bahwa ketepatan penegakan kode diagnosis berpengaruh pada biaya pelayanan kesehatan yang akan diberikan, hal ini dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit karena pembayaran klaim yang berbasis INA-CBGs ditentukan dari hasil pengkodean yang ditetapkan petugas coding.

Sejalan dengan penelitian (Ariyanti & Gifari, 2019) penentuan kode diagnosa yang tidak tepat dapat menjadi masalah berakibat klaim BPJS tidak dapat dibayarkan. Jika hal ini terus-menerus terjadi, dampak lebih lanjut yang akan terlihat adalah penurunan pendapatan rumah sakit menjadi yang akan berdampak operasional rumah sakit yang ganggu.

c. Ketidaklengkapan Pendokumentasian

Ketidaklengkapan pendokumentasian berkas klaim yang diajukan ke BPJS sebesar 2(3%) berkas pada item autentikasi. Dari hasil observasi diketahui berkas klaim yang tidak lengkap pendokumentasian tersebut disebabkan tidak adanya tanda tangan DPJP pada lembar resume medis dengan alasan keterbatasan waktu DPJP mengingat banyaknya pasien yang harus ditangani.

Tanda tangan DPJP mempunyai peranan penting dalam pembayaran klaim, karena tanda tangan merupakan tanda keaslian dokumen dan syarat mutlak pengajuan klaim yang diatur dalam perjanjian kontrak kerjasama antar rumah sakit dengan BPJS. Secara hukum tanda tangan yang terdapat pada resume medis adalah keabsahan dari resume medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Pasal 4 ayat (2).

Menurut Novita (2016) dalam penelitiannya mengatakan kelengkapan pendokumentasian berkas pasien menunjukkan pada akurasi pemberian jaminan oleh BPJS. Akan tetapi pada pengajuan klaim BPJS masih ditemukan ketidaklengkapan pendokumentasian, seperti berkas klaim pasien yang belum terisi lengkap beserta dengan diagnosa dan tanda tangan DPJP. Penandatanganan lembar resume medis sangat penting sebagai tanda keabsahan dan persetujuan dokter yang merawat atas isi resume medis tersebut (Khotimah, S., & Nuraini et al., 2018).

Tidak adanya tanda tangan pada resume medis membuat berkas klaim tidak bisa di *grouping* sehingga dapat terjadi penundaan (*pending*) klaim BPJS dan pengembalian ke pihak rumah sakit untuk dilengkapi. Penundaan dan pengembalian berkas klaim menyebabkan pembayaran klaim ditunda dan *cash flow* rumah sakit menjadi menurun sehingga mempengaruhi dana operasional rumah sakit dikarenakan hampir 90% pasien rumah sakit adalah pasien BPJS.

Kelengkapan pendokumentasian dalam pengajuan klaim penting untuk diperhatikan, selain lengkap pengajuan klaim juga harus tepat waktu agar proses klaim berjalan dengan lancar. Apabila ditemukan ketidaklengkapan pada berkas klaim maka dapat menyebabkan penolakan oleh verifikator BPJS sehingga berkas klaim harus dikembalikan kepada rumah sakit agar segera dilengkapi (Lubis & Rizki, 2019)

PENUTUP

Ketepatan kode diagnosa obstetri sebagian besar mengalami kelancaran BPJS pada saat dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS.

DAFTAR PUSTAKA

Alik, A. T. N. 2016. Hubungan Ketepatan Kode Diagnosa Obstetric Terhadap Kelancaran Klaim Bpjs Di Rsud Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan. *Indonesian of Health Information Management Journal*, Vol.4 No.1.

Ardhitya, T & Perry, A. 2015. *Faktor-Faktor yang Melatar Belakangi Penolakan Klaim BPJS oleh Verifikator BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015*. Jurnal Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nusantoro

Semarang.

- Ayu, R. D. V. 2012. Tinjauan Penulisan Diagnosis Utama dan Ketepatan Kode ICD-10 pada Pasien Umum di RSUD Kota Semarang Triwulan I. *UDiNus Repository*, 14.
- Gifari, M & Ariyanti, F. 2019. *Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap*. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat 2019 Vol.8 No.4.
- Hamid. 2013. *Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri Gynecology Pasien Rawat Inap di RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang*. Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Harnanti, E. 2018. Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS di Rumah Sakit UNS. *Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Indawati, L. 2019. *Analisis Akurasi Koding pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap di RSUP Fatmawati Tahun 2016*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, Vol.7 No.2.
- Irmawati, I., Kristijono, A., Susanto, E., & Belia, Y. 2018. *Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD R.A Kartini Jepara*. Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Vol.1 No.1
- Lubis, F & Rizki, K. 2019. *Tinjauan Ketidakeengkapan Pengisian Catatan Medis pada Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Pasien Penderita Diabetes Melitus Terhadap Klaim BPJS di Rumah Sakit Umum IPI Medan Tahun 2018*. Jurnal Ilmiah Perkam dan Informasi Kesehatan Imelda Vol.3 No.1.

- Made, I., Adiputra, S., Luh, N., Devhy, P., Intan, K., & Sari, P. 2020. Gambaran Ketepatan Kode ICD-10 Kasus Obstetri Triwulan I pada Pasien Rawat Inap di RSUD Sanjiwani Gianyar. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, Vol.8 No.2.
- Malonda, T. D., Rattu, A. J. M., & Soleman, T. 2015. *Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano*. *Jikmu*, Vol.5 No.5.
- Ningtyas, N. K., Sugiarsi, S., & Wariyanti, A. S. 2019. *Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten*. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, Vol4 No.1.
- Novita, M. 2016. *Analisis Pencairan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2014*. Universitas Andalas.
- Pitaloka, S & Ningsih, N. 2021. *Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit TK 02.07.02 Lahat*. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, Vol.1 No.12.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2018 Tentang Penyusunan dan Penerapan Formularium Nasional dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Oktavia, N. 2017. *Gambaran Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Ketepatan Kode Diagnosa Pasien Jiwa dengan Skizofrenia Pada DRM Rawat Inap Ruang Murai B di RSKJ Soeprapto Bengkulu*. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (Health Information Management)*, Vol2 No.2.
- Rahmatiq, C., Sulrieni, I. N., & Novita Sary, A. 2020. *Kelengkapan Berkas Rekam Medis Dan Klaim Bpjs Di Rsud M.Zein Painan*. *Jurnal Kesehatan Medika Sainatika*, Vol.11 No.1.
- Susanti, M. E. 2018. *Tinjauan Peran Koder Untuk Klaim BPJS Kesehatan Dalam Pelaksanaan JKN Di RSUD Darmayu Ponorogo*. *Global Health Science*, Vol.3 No.3.
- Wariyanti, A. S. 2014. *Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Tahun 2013*. *Kesehatan Masyarakat*, 13.