

## Tinjauan Peranan Koder Dalam Pengajuan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD DR. R.M. Djoelham Kota Binjai

Mordekhai Immanuel Sitorus<sup>1</sup>, Noor Yulia<sup>2</sup>, Puteri Fannya<sup>3</sup>, Nanda Aula Rumana<sup>4</sup>

<sup>1,2,3,4</sup> Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul

---

### Article Info

---

#### Article history:

Received Dec 24, 2021

Revised Jan 20, 2022

Accepted Jan 26, 2022

---

#### Keywords:

The Role Of The Coder  
BPJS Health Claim File

---

### ABSTRACT

---

Submission of claim files to BPJS Health is carried out every 10th of the month, BPJS Health will provide information whether the claim file is feasible or not. If the claim file is not feasible, it needs to be corrected. The purpose of the research is to describe the role of the coder in filing claims for BPJS Health inpatients at RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai City. The research method used is descriptive method with a quantitative approach. The sample uses 43 claim files returned by BPJS Health in April and May 2021 and also interviews with two coders. Data is collected by using observation with a checklist instrument and interviews with interview guidelines. The result shows that the hospital does not have standard operating procedures related to the submission of BPJS Health claim files, from 276 files (100%) submitted in April and May 2021, there were 233 files (84,42%) that deserve to be claimed and 43 files (15,58%) that were returned (not eligible). The reasons for the return were due to confirmation of diagnosis (18,60%), medical support (25,58%), indications for hospitalization (16,28%), coding (11,63%), purification failure (6,98%) and other causes (20,93%). The roles of the coder in handling claim files are assembling, determining the primary diagnosis code and secondary diagnosis based on ICD-10, determining the code of action (procedure) based on the ICD-9-CM, and coordinating with various internal parties for the completeness of the BPJS Health claim file. Suggestions for hospital to make standard operating procedures related to claim files submission and coders to be more thorough in preparing the complete claim files.

This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.



---

### Corresponding Author:

Mordekhai Immanuel Sitorus,  
Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan,  
Universitas Esa Unggul,  
Jalan Arjuna Utara No. 9, Kel. Duri Kepa, Kec. Kebon Jeruk, Jakarta Barat, DKI Jakarta.  
Email: immanuelstorusm@gmail.com

---

## 1. PENDAHULUAN

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), BPJS Kesehatan sebagai Badan Pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan

kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia [1]. BPJS Kesehatan berkaitan dengan pembiayaan kesehatan yang merupakan bagian penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim. Metode pembayaran yang digunakan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada saat ini adalah dengan metode pembayaran prospektif [2].

Metode pembayaran prospektif di Indonesia dikenal dengan *Casemix (case based payment)* yang telah diterapkan pada tahun 2008 hingga sekarang sebagai metode pembayaran pada program jaminan kesehatan yang pada saat itu disebut dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem *casemix* dengan istilah *Indonesia Case Base Group* atau INA-CBG adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper* [2].

INA-CBG ini digunakan untuk keperluan klaim pembayaran pada program jaminan kesehatan. Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan dalam hal ini rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Rumah sakit mengajukan klaim secara kolektif dan lengkap kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya [3]. Adapun yang menjadi kelengkapan berkas klaim yang diajukan rumah sakit khususnya pasien yang dirawat inap, yaitu surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis dan bukti pendukung lainnya yang diperlukan [1]. Klaim BPJS berfungsi sebagai pengajuan biaya pelayanan kesehatan pasien peserta BPJS dari rumah sakit untuk pihak BPJS, yang sebelumnya biaya pelayanan kesehatan pasien ditanggung oleh rumah sakit [4].

Pengajuan klaim diperlukan koder yang perannya adalah mengecek kelengkapan dokumen pasien BPJS, menentukan kode penyakit dan tindakan medis berdasarkan ICD-10 dan ICD-9-CM, melakukan klarifikasi dengan dokter, melakukan entri data, *coding/grouping* menggunakan INA-CBG, dan menyerahkan hasil *grouping* ke verifikator internal [5]. Kompetensi yang dimiliki koder adalah kompetensi mengenai cara menentukan kode dengan ICD-10, kode tindakan menggunakan ICD-9-CM, anatomi, terminologi medis, farmakologi, komunikasi dan bahasa Inggris [6].

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Supriadi dan Syifa Rosania pada tahun 2018 berjudul “Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018”, terdapat berkas klaim rawat inap 50% tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan, 48% tidak lolos verifikasi pelayanan kesehatan, dan 2% tidak lolos verifikasi menggunakan *software* INA-CBG’s sedangkan berkas klaim rawat jalan 61% tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan, 37% tidak lolos verifikasi pelayanan kesehatan, dan 2% tidak lolos verifikasi menggunakan *software* INA-CBG’s [7].

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Ayu Nadya Kusumawati dan Pujiyanto pada tahun 2020 berjudul “Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja Tahun 2018”, terdapat penyebab pending klaim BPJS Kesehatan seperti 25,2% kesalahan koding, 15,3% kesalahan saat input ke dalam sistem NCC (*National Casemix Center*), 21,9% ketidaksesuaian penempatan diagnosis dan 37,4% ketidaklengkapan resume medis [8].

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Resti Septiani Nurdiah dan Arief Tarmansyah Iman pada tahun 2016 berjudul “Analisis Penyebab *Unclaimed* Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD Dr. Soekardjo Tasimalaya”, terdapat penyebab *unclaimed* berkas yaitu pengetahuan dan kedisiplinan petugas klaim BPJS rawat inap yang masih kurang, belum tersedianya Standar Prosedur Operasional (SPO) terkait klaim, *monitoring* berkas klaim yang belum dilaksanakan dan ketersediaan hasil penunjang yang belum lengkap serta rapat rutin yang belum terlaksana dengan baik [9].

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R.M. Djoelham adalah rumah sakit publik kelas B yang dikelola oleh Pemerintah Kota Binjai. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R.M. Djoelham memiliki 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 10 (sepuluh) spesialis lain dan 2 (dua) sub spesialis dasar. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R.M. Djoelham memiliki 140 tempat tidur dengan tingkat efektifitas pelayanan pada tahun 2020 diantaranya BOR (*Bed Occupancy Rate*) 18,3%, ALOS (*Average Length Of Stay*) 4,58 hari, TOI (*Turn Over Interval*) 20,46 hari dan BTO (*Bed Turn Over*) 14,58 hari.

Berdasarkan observasi awal yang telah dilakukan peneliti pada bulan Desember 2020 dan bulan Maret 2021 di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai terdapat berkas klaim BPJS pasien rawat inap bulan Januari-Februari 2021 yang dikembalikan sebanyak 84 berkas dari 237 berkas yang diajukan atau sebesar 35,44% dikembalikan. Dari 84 berkas klaim ini terdapat 8 berkas (9,52%) dikarenakan konfirmasi koding, 15 berkas (17,86%) terkait konfirmasi diagnosis utama, 2 berkas (2,38%) terkait konfirmasi diagnosis sekunder, 13 berkas (15,48%) terkait konfirmasi penunjang, 5 berkas (5,95%) terkait konfirmasi prosedur, 10 berkas (11,90%) terkait konfirmasi indikasi rawat inap, 6 berkas (7,14%) terkait potensi fragmentasi, 5 berkas (5,95%) terkait SEP tidak terdaftar/ tidak ada dan 20 berkas (23,81%) penyebab lainnya.

Berdasarkan wawancara kepada salah satu petugas, dampak terjadinya pengembalian berkas klaim oleh verifikator BPJS Kesehatan dapat menyebabkan kerugian keuangan pada rumah sakit, menyebabkan terjadinya keterlambatan pembayaran insentif tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya, dan menyebabkan beban kerja petugas koder bertambah.

Berdasarkan pendahuluan yang telah diuraikan di atas dapat dirumuskan masalah penelitian ini adalah bagaimana gambaran peranan koder dalam pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai.

## 2. METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif dengan desain *cross sectional* yang menjelaskan peranan koder dalam proses pengajuan berkas klaim BPJS kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai.

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya [10]. Populasi yang digunakan pada penelitian ini adalah berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap bulan Maret yang diajukan pada bulan April 2021 dan berkas klaim bulan April yang diajukan pada bulan Mei 2021 dengan total 276 berkas klaim yang diajukan.

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Penentuan sampel menggunakan teknik sampling jenuh. Sampling jenuh adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel [10]. Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah semua berkas klaim pasien rawat inap bulan Maret dan April 2021 yang dikembalikan sebanyak 43 berkas klaim. Selain itu, peneliti melakukan wawancara kepada 2 (dua) orang petugas koder.

## 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 3.1 Hasil

Di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai klaim BPJS Kesehatan sudah dilakukan sejak tahun 2014, ketentuan/kebijakan direksi mengenai alur dan prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai tidak ada tetapi selama ini mengacu prosedur pengajuan klaim yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Berdasarkan hasil observasi di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai, alur pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap dapat diuraikan sebagai berikut. (1) Pasien pulang setelah perawatan rawat inap selesai di rumah sakit. (2) Rekam medis pasien dibawa oleh perawat ke bagian verifikator internal rumah sakit untuk dilakukan pengecekan dan verifikasi. (3) Kemudian rekam medis pasien dikembalikan ke unit rekam medis oleh perawat tiap ruangan. (4) Petugas koder melakukan *assembling* rekam medis dan menyiapkan berkas yang diperlukan dalam pengajuan klaim. (5) Selanjutnya petugas koder melakukan koding. (6) Lalu petugas entri melakukan entri ke dalam sistem INA-CBG. (7) Kemudian petugas ahli media melakukan scan terhadap hasil *grouped* (e-klaim) dan memasukkannya ke dalam *hard disk*. (8) Salah satu petugas membawa *hard disk* tersebut ke BPJS Kesehatan Provinsi. (9) Setelah 15 hari kerja, BPJS Kesehatan akan memberitahukan apakah berkas klaim layak atau tidak layak. (10) Apabila berkas klaim layak, klaim diterima dan diproses oleh BPJS Kesehatan. (11) Apabila berkas klaim tidak layak, BPJS Kesehatan mengembalikan berkas klaim kepada rumah sakit untuk diperbaiki dan ditinjau kembali, kemudian dikirimkan ulang pada bulan berikutnya.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti, RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai belum memiliki prosedur atau SPO (Standar Prosedur Operasional) terkait pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang ditandatangani oleh direktur rumah sakit. Namun, prosedur pengajuan klaim dilakukan sesuai tahapan yang pada Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan.

Persentase pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai dapat dilihat dari tabel berikut ini.

**Tabel 1. Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Bulan April dan Mei**

No	Klaim yang diajukan	April		Mei		Total Klaim	Presentase
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase		
1	Klaim yang layak	102	82,26%	131	86,18%	233	84,42%
2	Klaim dikembalikan	22	17,74%	21	13,82%	43	15,58%
<b>Total</b>		<b>124</b>	<b>100%</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>	<b>276</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 1 di atas, persentase pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap pada bulan April dan Mei terdapat 276 berkas (100%) klaim yang diajukan. Dari 276 berkas yang diajukan terdapat 233 (84,42%) berkas klaim yang layak diklaim sedangkan yang tidak layak (dikembalikan) terdapat 43 berkas klaim (15,58%).

Berdasarkan 276 berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang diajukan terdapat 43 berkas klaim dikembalikan yang dapat dilihat melalui tabel berikut ini.

**Tabel 2. Gambaran yang Menjadi Penyebab Dikembalikannya Berkas Klaim yang Diajukan Pada Bulan April dan Mei 2021**

No	Penyebab Dikembalikan	Klaim yang Dikembalikan	Jumlah	Persentase
1	Konfirmasi diagnosis	43	8	18,60%
2	Konfirmasi penunjang medis	43	11	25,58%
3	Konfirmasi indikasi rawat inap	43	7	16,28%
4	Konfirmasi koding	43	5	11,63%
5	Gagal purifikasi	43	3	6,98%
6	Lainnya	43	9	20,93%
<b>Total</b>		<b>43</b>	<b>43</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 2 di atas, pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap pada bulan April dan Mei 2021 terdapat 43 berkas klaim yang dikembalikan. Dari 43 berkas yang dikembalikan terdapat 8 berkas (18,60%) dikarenakan konfirmasi diagnosis tidak sesuai, 11 berkas (25,58%) dikarenakan konfirmasi penunjang medis tidak lengkap, 7

berkas (16,28%) dikarenakan konfirmasi indikasi rawat inap, 5 berkas (11,63%) dikarenakan konfirmasi coding, 3 berkas (6,98%) dikarenakan gagal purifikasi, dan 9 berkas (20,93%) dikarenakan penyebab lainnya.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan oleh peneliti didapatkan peran koder dalam penanganan pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap sebagai berikut.

1. Petugas koder melakukan *assembling* terhadap rekam medis yang dikembalikan oleh perawat.
2. Petugas koder mengecek kelengkapan rekam medis.
3. Petugas koder melakukan pemberian kode dengan menggunakan ICD-10 untuk penyakit dan ICD-9-CM untuk tindakan atau prosedur.
4. Petugas koder memberikan rekam medis kepada petugas entri untuk dientri ke aplikasi INA-CBG kemudian diberikan ke petugas scan untuk melakukan pengalihan media dari kertas ke dalam bentuk pdf.
5. Petugas koder meninjau kembali keterangan yang diberikan BPJS Kesehatan.
6. Petugas koder sebagai mediator dalam melakukan perbaikan terhadap berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan. Contohnya pada berkas klaim yang dikembalikan karena konfirmasi diagnosis, petugas koder melakukan klarifikasi dengan dokter untuk memastikan kembali terkait diagnosis yang diberikan. Berkas klaim yang dikembalikan karena konfirmasi penunjang medis, petugas koder mengecek kembali pada rekam medis, apabila belum ada, petugas koder menghubungi perawat ruangan untuk melengkapinya. Berkas klaim yang dikembalikan karena konfirmasi rawat inap, petugas koder melakukan klarifikasi dengan dokter untuk memastikan kembali penulisan indikasi rawat inap. Berkas klaim yang dikembalikan karena konfirmasi coding, petugas koder melakukan cek kembali kode yang diberikan apakah sudah sesuai atau tidak bersamaan dengan petunjuk manual coding. Berkas klaim yang dikembalikan karena gagal purifikasi, petugas koder memastikan kembali kesesuaian data SEP antara aplikasi e-klaim dan v-klaim. Berkas klaim yang dikembalikan oleh penyebab lainnya contohnya lampiran scan pdf tidak jelas, laporan operasi tidak ada, dan surat keterangan bayi lahir tidak ada, petugas koder menghubungi perawat untuk melengkapinya.

### 3.2 Pembahasan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512 tahun 2007, Standar Prosedur Operasional adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana standar prosedur operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan konsensus bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi [11].

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti, RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai belum memiliki prosedur atau SPO (Standar Prosedur Operasional) terkait pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang ditandatangani oleh direktur rumah sakit. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Irmawati bahwasannya tidak ada SPO pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap dapat menimbulkan terjadinya berkas klaim dikembalikan [12].

Berdasarkan Peraturan BPJS Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, hal-hal yang menjadi persyaratan dalam pengajuan berkas klaim setiap tanggal 10 bulan berikutnya yang diajukan harus lengkap dan sesuai maka 15 hari kerja berikutnya BPJS Kesehatan akan membayar klaim yang diajukan oleh rumah sakit [3]. Pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. Djoelham Kota Binjai yang

diajukan pada bulan April dan Mei 2021 terdapat berkas klaim yang tidak layak (dikembalikan) oleh BPJS Kesehatan, diantaranya berkas klaim yang diajukan belum lengkap dan sesuai.

Terdapat 4 (empat) konfirmasi yang menjadi penyebab berkas klaim dikembalikan yaitu konfirmasi diagnosis, penunjang medis, indikasi rawat inap, dan koding. Konfirmasi diagnosis yaitu verifikator BPJS Kesehatan memastikan apakah diagnosis yang diberikan itu sudah sesuai dengan klinis atau tidak dan terdapat perbedaan penulisan diagnosis antara *grouping* dengan resume medis. Konfirmasi penunjang medis yaitu tidak ada atau tidak lengkapnya lembaran penunjang medis yang diberikan. Konfirmasi indikasi rawat inap yaitu verifikator BPJS Kesehatan memastikan alasan dibalik pasien itu diberikan pelayanan rawat inap. Konfirmasi koding yaitu memastikan kode yang diberikan terutama letak anatomi dan kesesuaian kode yang diberikan dengan panduan manual *koding*.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada petugas, gagal purifikasi yaitu terjadi perbedaan data SEP yang diinput antara aplikasi e-klaim dan v-klaim, contohnya pada aplikasi e-klaim cara pulang pasien yaitu meninggal sedangkan yang diinput pada aplikasi v-klaim cara pulang pasien yaitu atas seizin dokter.

Yang dimaksud dengan lainnya yaitu penyebab yang tidak termasuk kelima faktor di atas, contohnya resume medis tanggal masuk tidak sesuai, tidak ada keterangan bayi lahir, konfirmasi asuhan khusus SVT (*Supraventricular tachycardia*), kasus kecelakaan lalu lintas belum *update* ke Jasa Raharja, kasus pasien *suspect* yang seharusnya dijamin ke Kemenkes, konfirmasi persalinan pasien Ibu, skor *down* pada RDS (*Respiratory Distress Syndrome*), tidak terlampir laporan operasi dan lampiran *scan pdf* yang tidak jelas terbaca.

Berdasarkan hasil wawancara kepada petugas koder mengenai faktor penyebab dikembalikan berkas di atas adalah berkas klaim yang dikembalikan paling banyak disebabkan oleh konfirmasi penunjang medis. Konfirmasi penunjang medis menjadi penyebab terbanyak yang ditemukan dikarenakan tidak ada atau tidak lengkapnya penunjang dari laboratorium dan hasil foto. Rekam medis pasien rawat inap dicek terlebih dahulu oleh verifikator internal sebelum dikembalikan ke ruangan pengolahan dan pelaporan data. Pengembalian rekam medis tersebut lebih dari 2x24 jam. Sehingga terjadi penumpukan berkas dan petugas koder hanya memiliki waktu yang terbatas untuk melakukan pengecekan kelengkapan.

Hal yang menjadi penyebab berkas klaim dikembalikan diantaranya berkaitan dengan koding dan tidak adanya berkas penunjang medis. Ketidaksesuaian koding yang dibuat oleh petugas koder dengan pihak BPJS Kesehatan dapat menjadi penyebab dikembalikannya berkas klaim. Selain karena bedanya persepsi koding, penyebab yang ditemukan dapat berupa tidak lengkapnya resume medis dengan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang [13]. Tidak adanya laporan operasi, berkas penunjang pasien dan tidak sesuai data SEP dengan data berkas pendukung klaim dapat menjadi penyebab lain dikembalikannya berkas klaim BPJS Kesehatan [14].

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdapat 43 berkas klaim (15,58%) yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan dari 276 berkas klaim yang diajukan. Faktor yang penyebab dikembalikannya berkas klaim BPJS Kesehatan pasien terdiri atas 5 faktor yang dikategorikan dan 1 faktor yang diluar dari 5 faktor tersebut. Kelima faktor tersebut yaitu konfirmasi diagnosis sebanyak 8 berkas (18,60%), konfirmasi penunjang medis sebanyak 11 berkas (25,58%), konfirmasi indikasi rawat inap sebanyak 7 berkas (16,28%), konfirmasi koding sebanyak 5 berkas (11,63%) dan gagal purifikasi sebanyak 3 berkas (6,98%).

Pada konfirmasi diagnosis disebabkan diantaranya dengan alasan konfirmasi penegakan diagnosis tidak sesuai dengan klinis, dan konfirmasi diagnosis sekunder. Pada konfirmasi penunjang medis disebabkan diantaranya dengan alasan belum dilampirkan pemeriksaan kultur darah untuk sepsis, tidak adanya penunjang CHF (*Congestive Heart*

*Failure*) dan tidak adanya pendukung penegakan diagnosis hepatitis. Pada konfirmasi indikasi rawat inap dikembalikan karena kriteria indikasi rawat inap (kegawatdaruratan) yang dibuat oleh dokter belum sesuai. Pada konfirmasi koding disebabkan karena konfirmasi penegakan diagnosis apakah sudah sesuai dengan manual koding dan letak anatomi pada kode yang diberikan belum ada. Pada gagal purifikasi disebabkan karena perbedaan data antara aplikasi e-klaim dari Kemenkes dan aplikasi v-klaim dari BPJS Kesehatan.

Satu faktor yang tidak termasuk dari kelima faktor di atas disebabkan bedanya tanggal masuk di resume medis dengan pengajuan, tidak adanya surat keterangan bayi lahir pada pasien bayi, konfirmasi asuhan khusus SVT (*Supraventricular tachycardia*), belum *update* Jasa Raharja pada pasien kecelakaan lalu lintas, terdapat berkas pasien suspek covid-19 yang dijamin oleh Kemenkes, konfirmasi tempat persalinan ibu, skor *down* pada RDS (*Respiratory Distress Syndrome*), tidak dilampirkan laporan operasi dan ada berkas *scan pdf* yang tidak jelas terbaca.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Indawati pada tahun 2019 dan Irmawati pada tahun 2016 bahwasannya tidak sesuai koding yang dibuat oleh petugas koder, tidak adanya berkas penunjang medis, tidak adanya laporan operasi, dan tidak sesuai data SEP dengan data berkas pendukung klaim dapat menimbulkan berkas klaim yang diajukan menjadi dikembalikan oleh BPJS Kesehatan [13] [14].

Peran koder dalam penanganan berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap dapat dilihat dari tugas dan wewenang yang dimiliki oleh petugas koder. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Susanti pada tahun 2018, tugas dan wewenang dari koder yaitu mengecek kelengkapan dokumen pasien BPJS, menentukan kode diagnosis penyakit dan tindakan berdasarkan ICD-10 dan ICD-9-CM, melakukan klarifikasi dengan dokter, entri data, *coding/ grouping* dengan INA-CBG dan menyerahkan hasil *grouping* ke verifikator internal [5].

Berdasarkan hasil penelitian, peran petugas koder dalam pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan pasien inap di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai yaitu petugas koder melakukan *assembling* terhadap rekam medis yang dikembalikan oleh perawat, melakukan pemberian kode dengan menggunakan ICD-10 untuk penyakit dan ICD-9-CM untuk tindakan atau prosedur, mengecek kembali berkas lampiran yang akan disiapkan untuk proses klaim antara lain ringkasan pasien pulang/resume medis yang ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), surat perintah rawat inap, laporan operasi bagi pasien yang melakukan operasi, lembaran hasil pemeriksaan penunjang medis pasien, perincian tagihan rumah sakit dan berkas pendukung lain yang diperlukan. Sedangkan peran petugas koder terhadap berkas klaim yang dikembalikan yaitu petugas koder akan meninjau kembali berkas klaim yang dikembalikan, melihat ketidaksesuaian terhadap berkas klaim dari catatan koreksian verifikator BPJS Kesehatan, dan menghubungi pihak-pihak terkait untuk memperbaiki atau melengkapi kembali terkait kesalahan dan kekurangan pada berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Susanti pada tahun 2018 bahwasannya koder memiliki peranan dalam pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan yang dapat dilihat dari tugas dan wewenang yang dimiliki petugas koder [5]. Berkaitan dengan tugas dan wewenang yang dimiliki oleh petugas koder dengan peran petugas koder dalam penanganan berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai sudah sesuai dan terlaksana dengan baik. Namun, terdapat perbedaan yang ditemukan yaitu petugas koder RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai tidak melakukan entri data dan *grouping* pada INA-CBG's dikarenakan ada petugas tersendiri yang disebut dengan petugas entri dan tidak melakukan penyerahan hasil *grouping* ke verifikator internal.

#### 4. KESIMPULAN

RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai belum memiliki bagan alur pengajuan klaim namun sudah sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan serta belum ada prosedur seperti SPO (Standar Prosedur Operasional) yang ditandatangani oleh direktur sebagai pedoman.

Persentase pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap pada bulan April dan Mei terdapat 276 berkas (100%) klaim yang diajukan. Dari 276 berkas yang diajukan terdapat 233 (84,42%) berkas klaim yang layak diklaim sedangkan yang tidak layak (dikembalikan) terdapat 43 berkas klaim (15,58%).

Faktor penyebab dikembalikannya berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap pada bulan April dan Mei 2021 dikarenakan konfirmasi diagnosis (18,60%), konfirmasi penunjang medis (25,58%), konfirmasi indikasi rawat inap (16,28%), konfirmasi koding (11,63%), gagal purifikasi (6,98%) dan penyebab lainnya (20,93%).

Peran petugas koder RSUD Dr. R.M. Djoelham Kota Binjai dalam penanganan berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yaitu melakukan *assembling*, menentukan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder, menentukan kode tindakan (prosedur), dan sebagai mediator dalam melakukan perbaikan berkas klaim yang dikembalikan.

#### REFERENCES

- [1] BPJS Kesehatan, "Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan." 2014, [Online]. Available: [https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/Teknis Verifikasi Klaim 7042014.pdf](https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/Teknis%20Verifikasi%20Klaim%207042014.pdf).
- [2] Kemenkes RI, "Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)." 2014.
- [3] BPJS Kesehatan, "Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional," 2017.
- [4] T. Ardhitya and A. Perry, "Faktor-Faktor Yang Melatar Belakangi Penolakan Klaim BPJS Oleh Verifikator BPJS Di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015," *J. Univ. dian nuswantoro*, vol. 12, pp. 1–10, 2015, [Online]. Available: [http://eprints.dinus.ac.id/17385/1/jurnal\\_15985.pdf](http://eprints.dinus.ac.id/17385/1/jurnal_15985.pdf).
- [5] M. E. Susanti, "Tinjauan Peran Koder Untuk Klaim BPJS Kesehatan Dalam Pelaksanaan JKN Di RSUD Darmayu Ponorogo," *Glob. Heal. Sci.*, vol. 3, no. 3, pp. 245–251, 2018, [Online]. Available: <https://jurnal.csdforum.com/index.php/GHS/article/view/266/129>.
- [6] L. Gouw and L. Indawati, "Tinjauan Kompetensi Koder Dalam Penentuan Kode Penyakit dan Tindakan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati," *Inohim*, vol. 5, no. 1, pp. 22–29, 2017, [Online]. Available: <https://inohim.esaunggul.ac.id/index.php/INO/article/view/122>.
- [7] Supriadi and S. Rosania, "Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018," *J. Vokasi Indones.*, vol. 7, no. 2, pp. 19–26, 2019, doi: 10.7454/jvi.v7i2.145.
- [8] A. N. Kusumawati and Pujiyanto, "Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja Rahun 2018," *CDK-282*, vol. 47, no. 1, pp. 25–28, 2020, [Online]. Available: <http://www.cdkjournal.com/index.php/CDK/article/view/338>.
- [9] R. S. Nurdiah and A. T. Iman, "Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Rawat Inap Di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya," *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 4, no. 2, pp. 23–28, 2016, doi: 10.33560/.v4i2.128.
- [10] Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, 2013th ed. Bandung: CV ALFABETA, 2013.



- [11] Kemenkes RI, “Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512 Tahun 2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran,” 2007, [Online]. Available: [http://www.kki.go.id/assets/data/arsip/Permenkes\\_512\\_Tahun\\_2007\[1\].pdf](http://www.kki.go.id/assets/data/arsip/Permenkes_512_Tahun_2007[1].pdf).
- [12] Irmawati, A. Kristijono, E. Susanto, and Y. Belia, “Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara,” *J. Rekam Medis dan Inf. Kesehat.*, vol. 1, no. 1, pp. 45–51, 2018, doi: 10.31983/jrmik.v1i1.3594.
- [13] L. Indawati, “Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016,” *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 7, no. 2, p. 113, 2019, doi: 10.33560/jmiki.v7i2.230.
- [14] Irmawati, Sugiharto, E. Susanto, and M. Astrianingrum, “Faktor-faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap Oleh Verifikator BPJS Kesehatan Di RSUD Tugurejo,” *Procciding Seminar Nasional Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. Semarang: Poltekkes Kemenkes Semarang, pp. 124–130, 2016, [Online]. Available: <http://rmik.poltekkes-smg.ac.id/wp-content/uploads/2017/02/Faktor-Faktor-Penyebab-Pengembalian-Berkas-Klaim-Rawat-Inap-Ole.pdf>.

## BIOGRAPHIES OF AUTHORS



**Mordekhai Immanuel Sitorus.** Lahir di Kota Binjai. Menempuh pendidikan D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul Jakarta.