

---

## PERAN PENANGGUNG JAWAB REKAM MEDIS (PJRM) UNTUK PENINGKATAN KETEPATAN KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI RSUD KRMT WONGSONEGORO (RSWN) KOTA SEMARANG

Retno Astuti Setijaningsih<sup>1</sup>, Suyoko<sup>2</sup>, Nova Dhea Ammar N<sup>3</sup>, Supriyatningsih<sup>4</sup>

<sup>1,2,3,4</sup> Prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Fakultas Kesehatan Udinus  
email : retnoastutis@yahoo.co.id

### Kontribusi Penulis :

Penelitian ini merupakan kontribusi dari 4 (empat) orang penulis. Penulis RAS merancang desain penelitian dan melakukan analisis data untuk menarik simpulan dan memberi solusi terhadap masalah. Penulis mengumpulkan literatur, melakukan editing hasil akhir artikel ilmiah, serta mengunggah pada jurnal. Sedangkan penulis NDA dan S melaksanakan pengambilan data di lapangan dan mengolah data kuantitatifnya. Semua penulis menyetujui naskah akhir untuk dipublikasikan melalui Jurnal Visikes.

---

### ABSTRACT

*Medical Record Document (MRD) guarantees patient safety. Besides, it related to claim accuracy to BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) as patient health insurance operator. In fact, from the survey conducted with 15 inpatients as the subjects, 10 MRD approved (approximately 66.67%) and the other 5 MRD or about 33.34% rejected. This happened as the consequences of whether supporting examination result which is not being submitted on 2 MRD (40%), 1 MRD or 20% hold incomplete BPJS document and other 40% caused by the inaccurate operation code in MRD. Hence, the aim of this study is to analyze the role of Person In Charge in Medical Record Department to improve MRD comprehensiveness to reach BPJS claim accuracy. The type of this study is qualitative with cross-sectional approach. Primary and secondary source observation and interview are used in collecting data. Purposive sampling with four interviewees from Person In Charge in Medical Record Department, and as the main interviewee is the head of Medical Record Department also one employee of BPJS Rumah Sakit Wongsonegoro as the triangulator. So, the main function of assembling employee is to ensure the quality of Medical Record Document (MRD), quantitatively and qualitatively. Whereas, RSWN already applied Person In Charge of Medical Record Department with concurrent analysis in controlling MRD comprehensiveness concept. According to observational result of 15 inpatients, found incomplete MRD, 13% occurs in identity section, also 13% each found both in recording and reporting. While, the authentication completes 100%. From consistency analyzing result discovered inconsistency recording about 13%. Main diagnose and inform consent recording reached 100% in consistency and 0% things that can cause loss. That is, the role of Person In Charge in Medical Record of inpatient unit needs to be improved. The main and assembling function performs by PIC in Medical Record is both coding and indexing. Input standard, Standard Operational Procedures (SOP) and minimum services standard are already available and applied to control PIC in Medical Record performance quality. However, input, process and the output are not focus in controlling MRD comprehensiveness yet, especially in BPJS participant patient. So that, to control BPJS inpatient MRD quality, needs operational standard in methods and comprehensiveness control procedures, considered with PIC in Medical Record also performing ICD code and Medical Record Document quality requires coordination of all parties. The researchers suggest to add more points in controlling incomprehensiveness BPJS Medical Record Document procedures. Furthermore, enhance input in standard structure, operational job*

*description in Standard Operational Procedure, also minimum services standard comprehensiveness which applied has to be reached 100% qualitatively and quantitatively.*

*Keywords: PIC in Medical Record, BPJS claim, quantitative comprehensiveness, qualitative comprehensiveness*

---

## PENDAHULUAN

BPJS Kesehatan di Indonesia dulu merupakan Asuransi Kesehatan (Askes) yang dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero). Menurut UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PT Askes Indonesia kemudian berubah menjadi BPJS Kesehatan, yakni mulai tanggal 1 Januari 2014.<sup>[1]</sup>

BPJS Kesehatan adalah Badan Hukum Publik yang bertanggung jawab kepada Presiden Republik Indonesia. Tugasnya menyelenggarakan jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia. Bahkan setiap warga negara asing yang bekerja di Indonesia sekurang-kurangnya selama 6 bulan sudah diwajibkan dalam kepesertaan BPJS. Jaminan kesehatan universal diharapkan dimiliki oleh seluruh warga negara Indonesia secara bertahap mulai tahun 2014 dan sampai dengan tahun 2019.<sup>[2]</sup> Dengan demikian, diupayakan BPJS bisa menanggung semua jenis penyakit secara efisien.

RSUD KRMT Wongsonegoro (RSWN) adalah Rumah Sakit kelas B. RSWN telah melaksanakan akreditasi versi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 dengan predikat Paripurna.

Bagian klaim BPJS RSWN melaksanakan mekanisme pembiayaan yang digunakan dalam sistem jaminan sosial. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menggunakan pembiayaan sistem prospektif, yakni tarif yang disusun dalam bentuk paket yang tercantum pada *Indonesian Case Base Groups* (INA CBG's). Untuk memastikan klaim yang diajukan sesuai dengan pelayanan yang diberikan, maka petugas perlu mencermati beberapa hal penting. Diantaranya, mengacu pada kode penyakit menurut *International Classification of Diseases* (ICD) dan kelengkapan berkas yang harus dilampirkan.<sup>[3]</sup>

Jadi, ketepatan kode penyakit dan kelengkapan berkas mempengaruhi ketepatan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan seorang pasien. Hal ini menjadi tanggung jawab yang besar bagi rumah sakit untuk menjamin ketepatan klaim tersebut, baik dari ketepatan tarif maupun waktunya. Berdasarkan hasil survei awal dengan mengamati 15 DRM rawat inap pasien BPJS, didapatkan bahwa klaim 10 (66.67%) DRM diterima (*accepted*) dan 5 (33.34%) DRM ditolak (*rejected*). Penolakan klaim tersebut adalah akibat hasil pemeriksaan penunjang tidak dilampirkan pada 2 (40%) DRM, 1 (20%)

DRM tanpa lampiran kelengkapan dokumen BPJS dan kode operasi tidak akurat pada 2 (40%) DRM. Selama survei awal, belum ditemukan adanya DRM rawat inap BPJS yang ditangguhkan.

Hasil pemeriksaan penunjang adalah syarat untuk mendukung penegakan diagnosa beberapa kasus penyakit, sehingga informasi medis menjadi konsisten. Konsistensi ini menjadi salah satu pertimbangan diterimanya klaim karena DRM dianggap lengkap secara kualitatif. Adapun akurasi kode penyakit menjadi faktor penentu ketepatan tarif BPJS. Sedangkan kelengkapan dokumen BPJS merupakan syarat yang harus dipenuhi dalam pengajuan klaim. Rumusan masalahnya adalah bagaimana peran PJRM dalam meningkatkan kelengkapan DRM pasien rawat inap untuk ketepatan klaim BPJS di RSWN.

Jadi, penelitian ini bertujuan menganalisis peran PJRM dalam meningkatkan kelengkapan DRM pasien rawat inap untuk ketepatan klaim BPJS di RSWN. Dengan demikian, diharapkan hasil penelitian bisa memberikan masukan bagi pihak RSWN untuk memenuhi tujuan BPJS dalam rangka menyelenggarakan jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia, khususnya pasien rawat inap peserta BPJS di RSWN.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kualitatif<sup>[4]</sup> dan pendekatannya

adalah *cross sectional*. Metode pengumpulan datanya adalah observasi dan wawancara dengan sumber data primer dan sekunder. *Purposive sampling* dengan informannya adalah 4 orang PJRM. Informan kunci adalah kepala unit rekam medis Sedangkan triangulatornya adalah 1 orang petugas BPJS RSWN.<sup>[5]</sup> Data dianalisis secara kuantitatif dan kualitatif, yang dianalisis dengan berbagai teori.

## HASIL

Menurut hasil penelitian bahwa tugas pokok dan fungsi PJRM meliputi : (1) menganalisis kelengkapan DRM pasien; (2) menghubungi dokter, perawat atau petugas kesehatan lain yang berwenang untuk melengkapi DRM; (3) mengevaluasi kesesuaian antara diagnosis/ tindakan yang tertulis pada RM1 (Ringkasan Pasien Masuk dan Keluar) dengan RM1.24 (Resume Medis Pasien Pulang) terhadap DRM lain milik pasien yang sama pada perawatan tersebut; (4) mengkonfirmasi diagnosa atau tindakan kepada DPJP jika menemukan diagnosa/ tindakan yang tidak relevan dengan DRM lain milik pasien yang sama pada periode perawatan tersebut; (5) mengkode dan menginput kode penyakit atau tindakan DRM rawat inap; (6) mengkode dan menginput kode diagnosa kematian pada pasien meninggal; (7) melakukan simulasi *grouping* diagnosa atau tindakan pasien rawat inap; (8) menginformasikan kepada DPJP jika

menemukan kegiatan *Over Cost/ Over Length of Stay (LOS)*; (9) melakukan evaluasi ketidaklengkapan pengisian catatan medis pasien yang sudah pulang/meninggalkan rumah sakit; (10) menginput ketidaklengkapan pengisian

catatan medis pasien yang sudah pulang/meninggalkan rumah sakit.

Didapatkan hasil analisa kelengkapan kuantitatif dan kualitatif terhadap 30 DRM adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Hasil Analisa Kuantitatif 30 DRM Rawat Inap RSWN

Identifikasi		Pencatatan		Pelaporan		Autentikasi	
L	TL	L	TL	B	TB	L	TL
26	4	26	4	26	4	30	0
86%	13%	86%	13%	86%	13%	100%	0%

Keterangan : L=lengkap; TL=tidak lengkap; B=baik; TB=tidak baik

Tabel 1. Hasil Analisa Kualitatif 30 DRM Rawat Inap RSWN

Konsistensi Pencatatan Identitas		Konsistensi Pencatatan Diagnosa		Konsistensi <i>Informed Consent</i>		Hal-hal yang Berpotensi Menimbulkan Kerugian	
K	TK	K	TK	K	TK	Ada	Tidak Ada
86%	13%	100%	0%	100%	0%	0%	100%

Keterangan : K=konsisten; TL=tidak konsisten

Hal-hal yang menimbulkan kerugian dianggap tidak ada (lengkap 100%) terkait dengan fungsi PJRM untuk meminta konfirmasi mengenai kelengkapan identitas kepada petugas unit rawat inap (URI). Sedangkan konsistensi pencatatan diagnosa dan *informed consent* akan dikonfirmasi kepada dokter penanggung jawab pasien (DPJP).

Sedangkan kelengkapan formulir rawat inap, RSWN sudah menyiapkan sesuai dengan regulasi sebagai elemen SNARS Edisi 1. Misalnya, Surat Elegibilitas Peserta (SEP), Fomulir RM 1. Ringkasan Pasien Masuk dan Keluar, Surat Rujukan, RMI.1a Resume Pasien

atau Ringkasan Pulang Pasien, Laporan Operasi (jika ada tindakan), Persetujuan Tindakan (jika terdapat tindakan), Formulir RMI.47 Hasil Laboratorium, Formulir Hasil Radiologi, Formulir Hasil *Electrocardiogram* (ECG), dan Formulir RM 2a Assesmen Awal Rawat Inap.

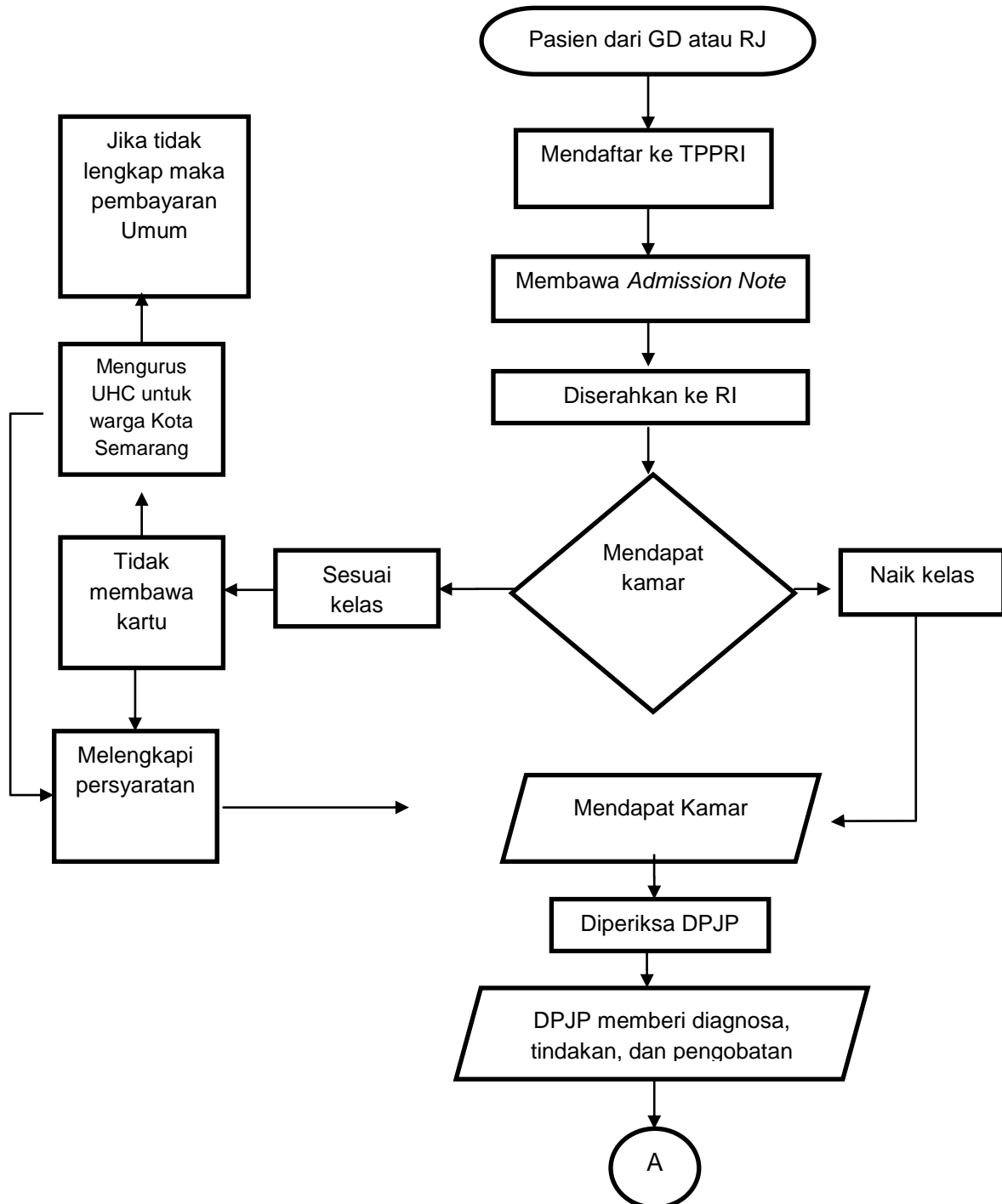
Kualitas data dikendalikan dengan adanya Standar Input/Struktur, Standar Operasional Prosedur (SOP), dan Standar Pelayanan Minimal (SPM) tentang kelengkapan DRM dan akurasi kode penyakit atau tindakan. Akan tetapi, standar mutu untuk pengendalian ketidaklengkapan belum dijelaskan secara spesifik dan operasional dalam SOP. Juga

belum ada target kelengkapan DRM secara kuantitatif dan kualitatif, serta standar mutu akurasi kode yang diharapkan. Output yang diharapkan dari SPM baru terkait rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk suatu tugas, seperti

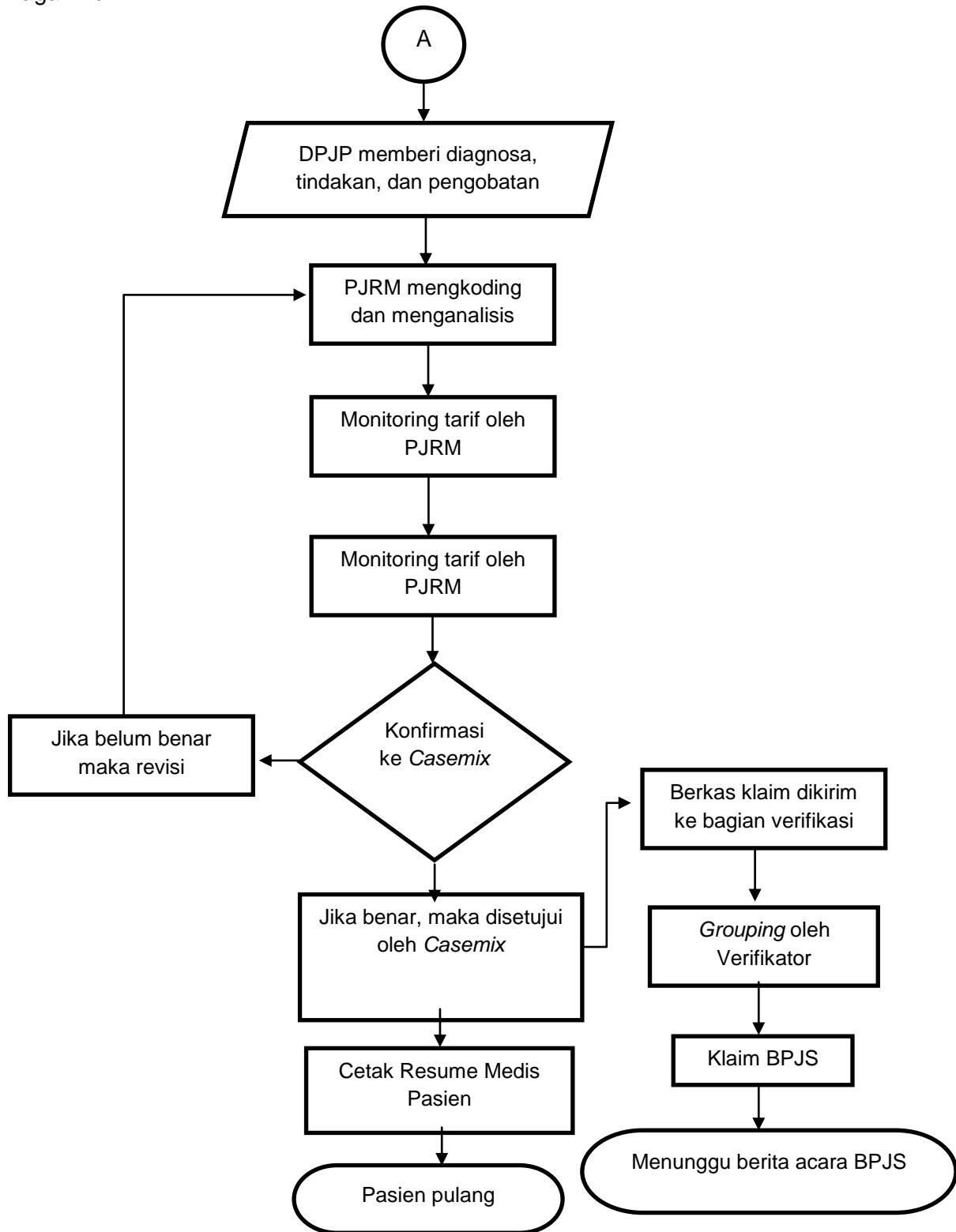
standar waktu dalam menyelesaikan analisa kelengkapan DRM, proses coding, dan persetujuan bagian *casemix*.

Selanjutnya, RSWN menetapkan alur dan prosedur berkas klaim BPJS sebagai berikut :

Bagan 1a. Alur dan Prosedur Berkas Klaim BPJS Rawat Inap RSWN



Bagan 1b.



## PEMBAHASAN

PJRM mempunyai tugas pokok dan fungsi yang merupakan gabungan dari tiga bagian, yaitu assembling, koding dan indeksing. Hal ini merupakan konsekuensi diberlakukannya *electronic medical record* (EMR)/rekam medis elektronik (RME) sebagian pada DRM rawat inap dan semua DRM rawat jalan. PJRM bertanggung jawab pada kelengkapan data DRM secara kuantitatif maupun kualitatif karena PJRM juga yang akan menegakkan kode diagnosa, operasi, dan pengobatan. Selanjutnya, dengan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM RS) yang ada, PJRM bertanggung jawab dalam kelengkapan berbagai indeks (penyakit, operasi, kematian, dan dokter). Gabungan tugas pokok dan fungsi PJRM dari ketiga bagian ini sebenarnya masih belum lengkap secara teori, karena belum mencantumkan tugas pokok dan fungsi menganalisis dan merancang desain formulir (*paper* ataupun elektronik).<sup>[6]</sup>

Menganalisis dan merancang desain formulir merupakan tugas pokok dan fungsi petugas assembling (dalam hal ini PJRM) karena desain formulir merupakan salah satu faktor penentu kelengkapan data DRM.<sup>[7]</sup> Sedangkan unit rekam medis RSWN sudah menerapkan analisa kelengkapan DRM dengan menempatkan PJRM di URI. Artinya, RSWN sudah menerapkan kebijakan *medical record concurrent analysis* untuk akselerasi kelengkapan DRM. *Medical record*

*concurrent analysis* adalah penempatan petugas assembling di URI untuk mengendalikan kelengkapan DRM selama pasien dirawat.<sup>[8]</sup> Dengan demikian, DRM lengkap selama pasien dirawat akan menjamin keselamatan pengobatan bagi pasien maupun menjamin ketepatan klaim BPJS DRM rawat inap.

Kenyataannya, baik menurut survei awal (terdapat 5 DRM atau 33.4% DRM yang klaimnya ditolak dari 15 DRM yang disurvei) maupun berdasarkan hasil analisa kelengkapan, masih ada DRM yang belum lengkap dari berbagai aspek *review* maupun dari berbagai aspek konsistensi. Hal ini berpotensi menimbulkan kerugian bagi rumah sakit karena klaim BPJS bisa ditangguhkan (*pending*) atau malah ditolak (*rejected*). Padahal, dengan penempatan PJRM di bagian URI bertujuan untuk menjamin klaim BPJS sukses (*accepted*) 100%.

Kelengkapan *review* identifikasi 86%, pencatatan 86%, pelaporan 86%, dan autentikasi 100%. Untuk bisa menjamin klaim BPJS DRM diterima 100%, maka harus lengkap 100%. Menurut hasil observasi, aspek persyaratan dokumen saja masih ada DRM yang belum lengkap. Kelengkapan dokumen persyaratan BPJS bisa ditindaklanjuti oleh petugas tempat pendaftaran pasien rawat inap (TPPRI). Sedangkan kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang merupakan tanggung jawab petugas URI dibantu oleh hasil analisa kelengkapan harian PJRM.

Intervensinya, dengan mencantumkan tanggung jawab tersebut dalam SOP petugas URI. SOP juga merupakan persyaratan yang harus dipenuhi dalam elemen regulasi SNARS 2017<sup>[9]</sup> SOP pengendalian ketidaklengkapan DRM oleh PJRM hanya perlu lebih dioperasionalkan deskripsi pekerjaannya.

Konsistensi identitas pasien baru 86%, belum 100%. Tentunya ini juga berpotensi terjadi penolakan klaim BPJS. Hasil survei awal juga didapati 40% kde operasi tidak akurat dari 15 DRM yang disurvei.

Deskripsi pekerjaan pengendalian ketidaklengkapan DRM yang harus dijelaskan dalam SOP meliputi : (1) PJRM menyerahkan kartu kendali elektronik ke bagian yang harus melengkapi DRM yang bersangkutan; (2) PJRM menagih kelengkapan DRM dalam batas waktu maksimal 1x24 jam; (3) PJRM mengkonfirmasi hasil pengendalian ketidaklengkapan DRM tersebut jika ternyata belum memenuhi empat *review* analisa kelengkapan DRM secara kuantitatif dan keempat aspek konsistensi analisa kualitatif; (4) PJRM berkoordinasi dengan kepala URI jika masih ada hasil pengendalian ketidaklengkapan yang belum memenuhi aspek kuantitatif dan kualitatif.

SOP harus didukung oleh SPM. Jadi, SPM harus mencantumkan output SOP, yakni (1) DRM rawat inap lengkap 100%; (2) DRM rawat inap BPJS masuk ke bagian Casemix tanpa revisi 100%.

SOP URI sendiri juga harus ditinjau kembali untuk mendukung kualitas data DRM, khususnya DRM rawat inap BPJS.

Dengan demikian, SOP tentang pengendalian ketidaklengkapan tinggal ditambahkan dalam bagan alir supaya lebih mudah dipahami oleh PJRM. Yakni, setelah gambar PJRM menganalisis dan mengkode diagnosa, tindakan, serta pengobatan dari DPJP, dengan asumsi jika tidak lengkap/konsisten/ spesifik, maka harus kembali ke DPJD/URI dengan batas waktu tertentu untuk dilengkapi dulu.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

Peneliti menyarankan adalah menjelaskan tugas pokok dan fungsi PJRM yang kedua dan keempat, yakni tentang pengendalian ketidaklengkapan DRM BPJS secara kuantitatif dan kualitatif dengan operasional. Juga melengkapi dengan tugas menganalisa dan merancang desain formulir (*paper* dan elektronik) secara berkala. Selanjutnya, menambahkan input pada standar struktur, deskripsi pekerjaan yang operasional dalam SOP, serta SPM kelengkapan DRM secara kuantitatif dan kualitatif yang menetapkan DRM rawat inap harus lengkap 100%. Alur dan prosedur baku tentang klaim BPJS rawat inap (bagan 1b) diberi tambahan pengendalian ketidaklengkapan DRM rawat inap setelah DPJP memberi diagnosa, tindakan, dan pengobatan pada DRM rawat inap.



Saran berikutnya, kepala unit rekam medis melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala. Caranya adalah dengan monitoring kepatuhan PJRM terhadap SOP. Kemudian evaluasi rutin terhadap DRM rawat inap BPJS yang ditolak atau ditangguhkan. Hasilnya disosialisasikan dalam rapat koordinasi sekurang-kurangnya setiap bulan.

### **SAMBUTAN**

Tim penulis menyampaikan terimakasih kepada pimpinan dan staf RSWN, khususnya Staf Unit Rekam Medis RSWN. Selain itu, kami juga mengucapkan terimakasih kepada segenap Civitas Akademika Universitas Dian Nuswantoro Semarang yang turut mendukung penelitian ini berlangsung dengan sukses.

### **KETERSEDIAAN DATA**

Semua data yang relevan telah tersedia, baik melalui sumber data primer maupun sekunder. Penelitian ini akan memberikan solusi mengenai ketidaklengkapan DRM rawat inap dengan prosedur pengendalian ketidaklengkapan DRM yang jelas. Sedangkan fungsi pengendalian ketidaklengkapan merupakan tanggung jawab PJRM masing-masing bangsal unit rawat inap. Dengan demikian, kelengkapan DRM secara kuantitatif maupun kualitatif akan dapat meningkatkan ketepatan klaim BPJS sekaligus mutu pelayanan medis bagi pasien.

### **PENYANGKALAN**

Hasil penelitian ini tidak mengandung konflik kepentingan antara penulis dengan lahan penelitian. Hasil penelitian digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya dalam bidang ilmu Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Dana yang digunakan dalam penelitian ini adalah dana mandiri penulis. Selanjutnya, laporan penelitian mandiri dipublikasikan supaya bermanfaat bagi lahan penelitian maupun rumah sakit sejenis.

### **PERTENTANGAN KEPENTINGAN**

Penulis menyatakan bahwa penelitian ini tidak mengandung pertentangan kepentingan.

### **DAFTAR PUSTAKA**

1. UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
2. UU Nomor 24 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
3. Ulum, Ihyaul, *Intellectual Capital : Model Pengukuran Framework Pengungkapan dan Kinerja Organisasi*, Cetakan ke-tiga, ISBN : 978-979-796-157-2, Penerbit Universitas Muhammadiyah Malang, 2017.
4. Moleong, Lexy J, *Metode Penelitian Kualitatif*, Edisi Revisi, Cetakan ke-38, ISBN : 979-514-051-5, Penerbit PT Remaja Rosdakarya, 2018.

5. Sugiyono, Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R dan D, Penerbit CV Alfabeta, Bandung, 2017.
6. Hatta, Gemala Rabi'ah dan Sampurna, Budi, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, Edisi Revisi, ISBN 978-979-456-376-2. Penerbit Universitas Indonesia Press, Jakarta, 2009
7. Suyoko, Retno Astuti Setijaningsih, Masitoh Ajeng Dewi, Wahyu Setiyowati, Artikel : Analisis Desain Formulir Kartu Pengobatan Pencegahan TB (TB 01 P) : Jurnal Visikes, Edisi Suplemen, Volume 18, Nomor 2, P-ISSN 1412-3746/ E-ISSN 2549-6557, Penerbit Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro, 2020 : halaman 9-17.
8. Rindi Rendiarti, Artikel : Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mutu Pelayanan Rekam Medis di Rumah Sakit : Jurnal Surya Medika, Volume 14, 2019 : halaman 59-65.
9. Sutoto, Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Editor : Garna, Herry, Cetakan 1, Komite Akreditasi Rumah Sakit, Jakarta, 2017.