

**THE RELATIONSHIP BETWEEN MEDICAL RECORD DOCUMENT
COMPLETENESS AND BPJS HEALTH CLAIM ELIGIBILITY AT
BRAWIJAYA UNIVERSITY HOSPITAL MALANG**

Hanny Octavia Ramadhani Savitri, Robiatud Daniyah

STIA Malang

Prodi DIII - Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Hanny Octavia Ramadhani Savitri

Email: hanctavia@gmail.com

Abstract

The completeness of medical record documentation serves as a fundamental determinant in the BPJS Kesehatan claim submission process, as it provides the essential foundation for establishing diagnosis and procedure codes within the INA-CBGs framework. This investigation aims to assess the correlation between medical record documentation completeness and BPJS Kesehatan claim eligibility status among inpatients at Brawijaya University Hospital, Malang, during May 2026. A quantitative analytical approach utilizing a cross-sectional design was implemented, drawing upon secondary data derived from BPJS Kesehatan claim verification reports. Through purposive sampling, 117 pending claim files were selected for examination. Data analysis encompassed both univariate and bivariate methods, with the Chi-Square test employed for the latter. The findings reveal an aggregate completeness rate of 69.87%, with "Important Reports" demonstrating the lowest achievement at 58.12%. The Medical Resume (Discharge Summary) emerged as the predominant contributor to documentation incompleteness, accounting for 36.73% of deficiencies. All examined files (100%) were classified as "pending," predominantly attributable to incorrect diagnosis/procedure coding (62.39%) and inappropriate hospitalization indications (32.48%), culminating in IDR 783,821,900 in withheld claim costs. The Chi-Square test produced a p-value of 0.042 (<0.05), establishing a statistically significant relationship between documentation completeness and claim eligibility. This confirms that documentation inadequacies are strongly associated with coding errors, which constitute the primary cause of claim delays. Strengthening internal control mechanisms, enhancing coder competency, and optimizing Electronic Medical Records are recommended strategies to reduce pending claims and improve hospital cash flow.

Keywords: Medical Record Document Completeness, BPJS Health Claim, Inpatient, Pending Claim, Brawijaya University Hospital.

**HUBUNGAN KELENGKAPAN DOKUMEN REKAM MEDIS TERHADAP
KELAYAKAN KLAIM BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS
BRAWIJAYA MALANG**

Abstrak

Kelengkapan dokumentasi rekam medis merupakan faktor fundamental dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan, karena menjadi landasan utama penetapan kode diagnosis dan prosedur dalam sistem INA-CBGs. Penelitian ini bertujuan menganalisis korelasi antara kelengkapan dokumentasi rekam medis dengan status kelayakan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Universitas Brawijaya Malang periode Mei 2026. Metode yang digunakan adalah kuantitatif analitik dengan rancangan cross-sectional, memanfaatkan data sekunder dari Laporan Hasil Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan. Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling* sebanyak 117 berkas klaim berstatus *pending*. Analisis data menggunakan pendekatan univariat dan bivariat melalui uji Chi-Square. Hasil penelitian menunjukkan tingkat kelengkapan dokumen rekam medis secara keseluruhan mencapai 69,87%, dengan aspek Laporan Penting menunjukkan capaian terendah (58,12%). Komponen *Resume Medis (Discharge Summary)* menjadi penyumbang ketidaklengkapan terbesar (36,73%). Seluruh berkas yang diteliti (100%) berstatus pending, dengan penyebab dominan berupa ketidaktepatan kode diagnosis atau prosedur (62,39%) dan indikasi rawat inap yang tidak sesuai (32,48%), mengakibatkan tertahannya total biaya klaim sebesar Rp783.821.900. Uji Chi-Square menghasilkan nilai $p\text{-value} = 0,042 (<0,05)$, mengindikasikan adanya hubungan yang signifikan secara statistik antara kelengkapan dokumen rekam medis dengan kelayakan klaim BPJS Kesehatan. Temuan ini menegaskan bahwa ketidaklengkapan dokumentasi, khususnya pada *resume* medis, berkorelasi erat dengan terjadinya kesalahan pengodean yang menjadi pemicu utama tertundanya klaim. Oleh karena itu, penguatan sistem pengendalian internal, peningkatan kompetensi petugas coding, serta optimalisasi Rekam Medis Elektronik direkomendasikan untuk menekan angka klaim *pending* dan memperlancar arus kas operasional rumah sakit.

Kata Kunci: Kelengkapan Dokumen Rekam Medis, Klaim BPJS Kesehatan, Rawat Inap, Pending Klaim, Rumah Sakit Universitas Brawijaya.

A. PENDAHULUAN

Transisi menuju era digitalisasi dan kecerdasan buatan saat ini menjadi katalisator perubahan pesat di berbagai bidang, termasuk kesehatan. Seluruh pelayanan kesehatan kini memanfaatkan sistem digital untuk meningkatkan akurasi dan efisiensi, mulai dari pengelolaan data pasien, penegakan diagnosis, hingga pengajuan klaim pembayaran. Di Indonesia, transformasi ini didukung oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis yang mewajibkan fasilitas pelayanan kesehatan menyelenggarakan rekam medis dalam bentuk elektronik (RME) sebagai upaya meningkatkan mutu pelayanan.

Dokumentasi klinis dalam rekam medis menjadi salah satu instrumen krusial, terutama dalam proses pengajuan klaim kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Rumah sakit selaku jejaring fasilitas pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan diwajibkan mengajukan klaim tarif kompensasi asuhan pasien melalui metode pembayaran prospektif INA-CBG's (*Indonesian Case Based Groups*). Metode ini menetapkan tarif berdasarkan kategorisasi kode penyakit beserta prosedur perawatan yang

tertera dalam arsip catatan medis pasien. Oleh karena itu, kelengkapan dan keakuratan dokumen rekam medis menjadi penentu utama kelancaran proses verifikasi dan pencairan klaim.

Standar pelayanan minimal kesehatan berdasarkan Keputusan Kementerian Kesehatan mewajibkan kelengkapan dokumen rekam medis mencapai 100% paling lambat 24 jam setelah pelayanan selesai. Ketidaklengkapan dokumen, seperti tanda tangan dokter yang hilang, diagnosis yang tidak jelas, atau ringkasan pulang yang tidak lengkap, dapat menyebabkan klaim berstatus *pending* (tertunda). Ketika klaim tertunda, rumah sakit akan mengalami gangguan pada arus kas (*cashflow*), yang dapat menghambat penggantian biaya operasional, seperti pembelian obat-obatan dan pembayaran gaji tenaga kesehatan. Selain itu, beban kerja petugas akan bertambah karena harus merevisi dan melengkapi berkas klaim yang ditolak.

Berbagai penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa ketidaklengkapan rekam medis masih menjadi tantangan signifikan. Febriana (2020) melaporkan bahwa faktor utama penyebab pending klaim adalah

ketidaklengkapan identitas pasien dan ketidaksesuaian kode diagnosis. Budiman (2021) menemukan bahwa kelengkapan pengisian rekam medis berpengaruh langsung terhadap status klaim, di mana berkas dengan kelengkapan kurang dari 80% sebagian besar akan berstatus *pending*. Nurhaliza (2023) juga mengungkapkan bahwa ketidaklengkapan pengisian RME, terutama pada diagnosis dan prosedur, memperlambat proses verifikasi klaim.

Rumah Sakit Universitas Brawijaya (RS UB) Malang merupakan salah satu rumah sakit yang telah menerapkan RME dan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Namun, berdasarkan hasil observasi awal dan data dari unit Jaminan Kesehatan, masih ditemukan sejumlah berkas klaim yang berstatus *pending*. Kondisi ini mengindikasikan bahwa kualitas pendokumentasian dan pengodean masih perlu dievaluasi agar sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Berdasarkan latar

Kelengkapan dokumen rekam medis adalah dokumentasi yang mencakup aktivitas perawatan klinis yang diterima oleh pasien, yang diwajibkan diisi secara lengkap oleh tenaga medis guna mewujudkan asas transparansi dari tata laksana klinis (Depkes RI, 2006). Standar kelengkapan pada arsip medis minimal harus mencapai 100% terkait dokumen rawat inap yang telah diproses (Sayles &

belakang tersebut, penelitian ini dilakukan untuk menganalisis hubungan antara kelengkapan dokumen rekam medis dengan kelayakan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Universitas Brawijaya Malang. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi masukan bagi rumah sakit dalam meningkatkan kualitas dokumentasi rekam medis, mendukung kelancaran proses klaim, serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

B. TINJAUAN PUSTAKA

1. Rekam Medis

Rekam Medis didefinisikan sebagai sekumpulan berkas hukum yang bermuatan keterangan profil personal subjek, catatan observasi fisik/penunjang, rencana terapi, prosedur operasional serta layanan tambahan lainnya yang telah diimplementasikan bagi subjek asuhan (Permenkes No. 24 Tahun 2022).

2. Kelengkapan Dokumen Rekam Medis (Trawick, 2014). Aspek-aspek penilaian kelengkapan meliputi identifikasi pasien, laporan penting (anamnesis, diagnosis, tindakan, resume medis, dll.), autentikasi, dan pencatatan yang benar (Permenkes No. 24 Tahun 2022).

3. Klaim BPJS Kesehatan serta Kelayakan Klaim

BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program

jaminan kesehatan nasional bagi seluruh rakyat Indonesia (UU No. 24 Tahun 2011). Klaim merupakan proses pengajuan tagihan biaya layanan kesehatan yang telah diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada peserta JKN (Ariesando, 2024). Kelayakan klaim adalah status yang diberikan oleh verifikator BPJS Kesehatan setelah memeriksa kelengkapan dan kebenaran dokumen permohonan pencairan dana (Kartika, 2022). Sebuah klaim dinyatakan layak apabila seluruh berkas rekam medis telah terisi lengkap (100%), diagnosis terisi sesuai dengan pedoman ICD-10 serta ICD-9-CM, dan terdapat autentikasi tenaga kesehatan (BPJS Kesehatan, 2023). Proses verifikasi administrasi meliputi pemeriksaan kelengkapan dan keabsahan dokumen, seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), *resume* medis, dan rincian pelayanan. Jika ditemukan ketidaksesuaian atau kekurangan, klaim akan diberikan status *pending*, *dispute*, atau tidak layak.

4. Hubungan Kelengkapan Rekam Medis dan Klaim BPJS Kesehatan

Kelengkapan pengisian rekam medis merupakan faktor krusial dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan karena menjadi dasar penentuan kode diagnosis dan tindakan dalam sistem INA-CBGs. Ketidaklengkapan dokumentasi, terutama pada *resume* medis dan catatan tindakan, berkorelasi erat dengan terjadinya

kesalahan pengodean yang menjadi pemicu utama tertundanya klaim (Budiman, 2021 & Nurhaliza, 2023).

C. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menerapkan pendekatan kuantitatif analitik dengan desain *cross-sectional* untuk menganalisis hubungan antara kelengkapan dokumen rekam medis (variabel *independen*) dengan kelayakan klaim BPJS Kesehatan (variabel *dependen*) pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Universitas Brawijaya Malang. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni-Juli 2026. Populasi penelitian adalah seluruh berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap periode Mei 2026 yang berstatus *pending* atau *dispute*, berjumlah 165 berkas. Penentuan sampel dilakukan menggunakan rumus Slovin dengan tingkat kesalahan 5%, sehingga diperoleh sampel sebanyak 117 berkas yang dipilih dengan teknik *purposive sampling*.

Pengumpulan data dilakukan melalui metode observasi, dokumentasi, dan wawancara dengan menggunakan instrumen berupa lembar *checklist* audit kelengkapan rekam medis yang disusun berdasarkan Permenkes No. 24 Tahun 2022, serta data sekunder dari Laporan Hasil Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan. Variabel kelengkapan rekam medis dinilai dari empat aspek: identifikasi pasien,

laporan penting, autentikasi, dan pencatatan yang benar. Setiap komponen dinilai dengan skor 1 (lengkap) dan 0 (tidak lengkap). Data dianalisis secara univariat menggunakan distribusi frekuensi dan persentase, serta secara bivariat menggunakan uji Chi-Square dengan SPSS untuk menguji hubungan antara kedua variabel.

D. HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

1. Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

Penilaian terhadap kelengkapan dokumen rekam medis dilakukan melalui audit kuantitatif pada 117 berkas klaim rawat inap di Rumah Sakit Universitas Brawijaya. Audit mengacu pada Permenkes No. 24 Tahun 2022 dengan mengevaluasi empat aspek: identifikasi pasien, laporan penting, autentikasi, dan pencatatan yang benar. Rekapitulasi hasil audit disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1 Distribusi Kelengkapan DRM berdasarkan Aspek Penilaian

Aspek	Jumlah Komponen	Lengkap	Persentase	Tidak Lengkap	Persentase (%)
Identitas Pasien	10	96	82,05	21	17,95

Aspek	Jumlah Komponen	Lengkap	Persentase	Tidak Lengkap	Persentase (%)
Laporan Penting	11	68	58,12	49	41,88
Autentikasi	6	78	66,67	39	33,33
Pencatatan yang benar	6	86	72,65	32	27,35
Total	33	327	69,87	141	30,13

Sumber : Data sekunder Laporan

Verifikasi Klaim dan Audit Kelengkapan

RM RS UB, 2026.

Berdasarkan hasil audit pada Tabel 1, aspek Identitas Pasien mencatatkan tingkat kelengkapan tertinggi (82,05%), sementara aspek Laporan Penting berada pada posisi terendah (58,12%). Secara keseluruhan, dari total 333 komponen yang dievaluasi, sebanyak 276 komponen (69,87%) dinyatakan lengkap, sedangkan 141 komponen (30,13%) masih belum lengkap. Hasil evaluasi menunjukkan

bahwa komponen nama pasien dan nomor rekam medis telah terdokumentasi dengan baik, sementara ketidaklengkapan masih ditemukan pada pengisian resume medis, diagnosis, dan autentikasi.

Tabel 2 Rincian Ketidaklengkapan pada Aspek Laporan Penting

Komponen Tidak Lengkap	Jumlah	Persentase (%)
Ringkasan Pulang (<i>Discharge Summary</i>) tidak lengkap	18	36,73
Diagnosis tidak sesuai kode ICD 10	13	26,53
Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) tidak lengkap	8	16,33
Tindakan Medis tidak sesuai kedis ICD-9-CM	7	14,29
Pemeriksaan Penunjang tidak dilampirkan	3	6,12
Total	49	100%

Sumber : Data sekunder Laporan

Verifikasi Klaim dan Audit Kelengkapan

RM RS UB, 2026.

Tabel 2 menunjukkan bahwa komponen ketidaklengkapan paling dominan adalah tidak lengkapnya Ringkasan Pulang (*Discharge Summary*) dengan proporsi 36,73%, disusul oleh ketidaksesuaian kode ICD-10 dengan diagnosa sebesar 26,53%. Kondisi ini sangat krusial karena *resume*

medis berfungsi sebagai ringkasan perjalanan klinis pasien yang menjadi salah satu dasar utama bagi petugas coding dalam menentukan kode diagnosis dan prosedur yang tepat. Temuan ini selaras dengan penelitian Budiman (2021) yang menyatakan bahwa komponen yang kerap kali tidak lengkap adalah catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) dan lembar *resume* medis pemulangan.

2. Analisis Kelayakan Klaim BPJS Kesehatan

Analisis terhadap status klaim dan penyebab *pending* pada 117 berkas disajikan pada Tabel 3 dan 4.

Tabel 3 Distribusi Status Kelayakan Klaim BPJS Kesehatan RI

Status Klaim	Jumlah	Persentase (%)
Layak	0	0
<i>Pending</i>	117	100
<i>Dispute</i>	0	0
Tidak Layak	0	0
Total	117	100%

Sumber: Data sekunder Laporan

Verifikasi Klaim dan Audit Kelengkapan

RM RS UB, 2026.

Data pada Tabel 3 menunjukkan bahwa seluruh berkas klaim yang diteliti (100%) berstatus *pending*. Hal ini menegaskan bahwa dataset seluruhnya terdiri atas

klaim yang masih membutuhkan proses perbaikan dan verifikasi ulang.

Tabel 4 Rincian Penyebab Klaim Pending RI

Penyebab	Jumlah	Persentase (%)
Konfirmasi kode diagnosa atau prosedur tidak tepat	73	62,39
Konfirmasi indikasi RITL tidak tepat	38	32,48
Konfirmasi episode klaim (irisasi RITL dengan RITL)	2	1,71
Konfirmasi indikasi kunjungan RI berulang	1	0,85
Konfirmasi penagihan kelas rawat tidak tepat	2	1,71
Konfirmasi penagihan klaim KLL/KK/PAK/KA PJ	1	0,85
Total	117	100%

Sumber: Data sekunder Laporan

Verifikasi Klaim dan Audit Kelengkapan

RM RS UB, 2026.

Hasil penelitian mengungkapkan bahwa penyebab fundamental dari tertundanya klaim rawat inap adalah kesalahan dalam pengodean klinis (62,39%) dan ketidaktepatan indikasi rawat inap (32,48%). Kedua faktor ini secara kumulatif mencakup sekitar 95% dari seluruh kasus *pending*. Dari seluruh kasus

kesalahan pengodean yang teridentifikasi, mayoritas (38,36%) disebabkan oleh ketidakselarasan antara kode diagnosa dengan *resume* medis maupun laporan operasi. Sementara itu, pada kasus indikasi rawat inap yang tidak tepat (RITL), kategori penyebab terbanyak adalah prosedur yang idealnya ditangani di rawat jalan (36,84%), diikuti oleh pasien yang tidak memenuhi kriteria rawat inap (31,58%).

3. Dampak Finansial Klaim *Pending*

Total nilai klaim yang tertahan dari 117 berkas rawat inap berstatus pending mencapai Rp783.821.900. Keseluruhan dana tersebut belum dapat diproses verifikasi oleh BPJS Kesehatan, sehingga berpotensi mengganggu arus kas rumah sakit dan menahan biaya operasional yang seharusnya telah mengalir. Dampak dari tertahannya arus kas ini dapat menjalar ke berbagai aspek operasional, seperti keterlambatan distribusi gaji, keterbatasan anggaran untuk pengadaan obat dan alat kesehatan, serta terhambatnya pengembangan fasilitas.

4. Hubungan Kelengkapan Rekam Medis dengan Kelayakan Klaim

Tabel 5 Hubungan Kelengkapan DRM terhadap status Kelayakan Klaim

Kelengkapan RM	Masalah Koding	Masalah RITL	Total
----------------	----------------	--------------	-------

Lengkap ($\geq 80\%$)	18 (52,94%)	16 (47,06%)	34 (100%)
Tidak Lengkap ($< 80\%$)	55 (66,27%)	28 (33,73%)	83 (100%)
Total	73 (62,39%)	44 (37,61%)	117 (100%)

Sumber : Data sekunder Laporan

Verifikasi Klaim dan Audit Kelengkapan

RM RS UB, 2026.

Hasil tabulasi silang pada Tabel 5 memperlihatkan bahwa proporsi masalah koding pada dokumen rekam medis (DRM) tidak lengkap lebih tinggi (66,27%) dibandingkan Dokumen Rekam Medis lengkap (52,94%). Hal ini mengindikasikan bahwa ketidaklengkapan dokumentasi berpotensi meningkatkan risiko kesalahan koding.

Tabel 6 Hasil Uji Chi-Square Hubungan Kelengkapan DRM terhadap Kelayakan Klaim

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,128	1	0,042
Likelihood Ratio	4,221	1	0,040
N of Valid Cases	117		

Sumber: Output SPSS, 2026.

Hasil pengujian statistik pada Tabel 6 memperlihatkan nilai p-value = 0,042, yang lebih kecil dari batas kritis 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa H_0 ditolak dan H_1

diterima, yang menegaskan bahwa hubungan antara kelengkapan dokumen rekam medis dan kelayakan klaim BPJS Kesehatan adalah signifikan secara statistik. Dengan kata lain, ketidaklengkapan dokumentasi rekam medis terbukti berkontribusi terhadap timbulnya permasalahan koding yang menjadi salah satu penyebab utama klaim berstatus pending.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian mengungkapkan bahwa tingkat kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap di RS UB secara keseluruhan mencapai 69,87%, dengan aspek Laporan Penting menempati posisi terendah (58,12%). Komponen ketidaklengkapan yang paling dominan adalah Resume Medis (Discharge Summary) dengan proporsi 36,73%, disusul oleh ketidaksesuaian kode ICD-10 terhadap diagnosa sebesar 26,53%. Temuan ini menunjukkan bahwa dokumentasi rekam medis, terutama pada komponen krusial seperti resume medis dan diagnosis, masih belum sepenuhnya memenuhi standar yang ditetapkan. Ketidaklengkapan resume medis disebabkan oleh beberapa faktor, di antaranya: DPJP tidak segera mengisi resume medis saat pasien pulang, resume medis diisi tidak lengkap (diagnosa utama, sekunder, prosedur, rencana tindak lanjut

tidak terisi), tidak adanya tanda tangan dan nama jelas dokter, serta ketidaksesuaian resume medis dengan catatan perkembangan pasien selama perawatan.

Hasil ini selaras dengan penelitian Budiman (2021) yang menyatakan bahwa komponen yang kerap kali tidak lengkap adalah Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) dan lembar resume medis pemulangan. Penelitian Nurhaliza (2023) juga menemukan bahwa ketidaklengkapan pengisian diagnosis sekunder menjadi salah satu penyebab klaim pending. Kondisi tersebut sangat krusial karena resume medis berfungsi sebagai ringkasan perjalanan klinis pasien yang menjadi dasar utama bagi petugas koding dalam menentukan kode diagnosis dan prosedur yang tepat.

Selain persoalan kelengkapan dokumen, penelitian ini juga menemukan bahwa ketidaksesuaian kode diagnosis ICD-10 merupakan permasalahan yang signifikan, dengan penyebab utama klaim pending adalah kesalahan pengodean (62,39%). Temuan ini sejalan dengan penelitian Febriana (2020) yang melaporkan bahwa ketidaksesuaian kode diagnosis ICD-10 menjadi salah satu faktor utama penyebab pending klaim. Berdasarkan data, ditemukan berbagai bentuk kesalahan koding yang mengindikasikan adanya kesenjangan

antara diagnosis klinis dan hasil pengodean, seperti penggunaan kode gejala (kode R) untuk diagnosa yang sudah diketahui penyebabnya, dan ketidaksesuaian kode gabungan (combine code). Hal ini menunjukkan bahwa petugas koder belum sepenuhnya memahami kaidah dasar pengkodean dalam ICD-10 yang menyatakan bahwa kode gejala hanya diperbolehkan untuk diagnosa yang tidak dapat ditentukan.

Secara keseluruhan, hasil analisis bivariat dengan uji Chi-Square ($p=0,042$) mengonfirmasi bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan dokumen rekam medis dengan kelayakan klaim BPJS Kesehatan. Ketidaklengkapan dokumentasi, khususnya pada resume medis dan catatan tindakan, berkontribusi langsung terhadap terjadinya kesalahan koding yang menjadi pemicu utama pending klaim. Dampak finansial dari tertahannya klaim mencapai Rp783.821.900, yang mencerminkan besarnya potensi kerugian likuiditas yang dialami RS UB. Oleh karena itu, penguatan sistem pengendalian internal, peningkatan kompetensi petugas koding, serta optimalisasi Rekam Medis Elektronik (RME) menjadi rekomendasi strategis untuk menekan angka klaim pending dan memperlancar arus kas operasional rumah sakit.

E. KESIMPULAN DAN SARAN

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan melalui analisis kuantitatif terhadap 117 berkas klaim rawat inap di Rumah Sakit Universitas Brawijaya Malang periode Mei 2026, dapat disimpulkan bahwa tingkat kelengkapan dokumen rekam medis secara keseluruhan mencapai 69,87%, dengan aspek Laporan Penting memiliki capaian terendah (58,12%) dan komponen Resume Medis menjadi penyumbang ketidaklengkapan terbesar. Seluruh sampel penelitian (100%) berstatus pending, dengan faktor penyebab terbesar berupa kesalahan pengodean (62,39%) dan ketidaktepatan indikasi rawat inap (32,48%), yang mengakibatkan tertahannya dana klaim sebesar Rp783.821.900. Hasil uji Chi-Square mengonfirmasi bahwa terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara kelengkapan dokumen rekam medis dengan kelayakan klaim BPJS Kesehatan ($p = 0,042$). Temuan ini menegaskan bahwa ketidaklengkapan dokumentasi, khususnya pada *resume* medis, berkorelasi erat dengan terjadinya kesalahan pengodean yang menjadi pemicu utama tertundanya klaim.

SARAN

1. Penguatan Pengendalian Internal: Rumah sakit perlu menetapkan prosedur operasional yang jelas mengenai batas waktu pengisian setiap komponen rekam medis, dengan prioritas pada resume medis. Mekanisme koordinasi terstruktur antar unit assembling, coding, dan verifikasi internal perlu dibentuk untuk memastikan setiap anomali dalam penetapan kode dapat dikoreksi sebelum klaim diajukan.
2. Peningkatan Kompetensi Petugas Koder: Perlu dilakukan pelatihan rutin bagi petugas koder berbasis studi kasus pending untuk meningkatkan pemahaman terhadap kaidah pengodean klinis dan penggunaan ICD-10 serta ICD-9-CM yang tepat.
3. Edukasi Berkelanjutan kepada DPJP: Rumah sakit perlu memberikan edukasi berkelanjutan kepada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) mengenai kriteria rawat inap sesuai standar medis dan pentingnya pengisian dokumen rekam medis secara lengkap dan tepat waktu.
4. Optimalisasi Rekam Medis Elektronik (RME): Pengembangan sistem RME perlu diarahkan pada penyediaan fitur verifikasi atau pengingat (*reminder*) yang mampu mendeteksi komponen

yang belum terisi sebelum dokumen difinalisasi, untuk meminimalkan potensi ketidaklengkapan.

5. Audit *Internal* Secara Berkala: Perlu dilakukan audit *internal* terhadap kelengkapan pengisian rekam medis secara rutin dan terjadwal sebagai bagian dari pengendalian mutu dokumentasi, serta pemanfaatan hasil audit sebagai dasar penyusunan langkah perbaikan berkelanjutan.

F. DAFTAR PUSTAKA

- Ariesando. 2024. *Analisis Prosedur Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan*. Jurnal Ekonomi dan Bisnis, Universitas Mataram.
- BPJS Kesehatan. 2023. *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Budiman, A. 2021 Analisis Kualitatif Kelengkapan Catatan Medis Terhadap Status Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 9 (2):112-125.
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Febriana, R. 2020. Faktor-faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Surabaya. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*. 8 (1): 45-58.
- Kartika, D. 2022. Hubungan Kelengkapan Rekam Medis dengan Kelancaran Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Malang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 10 (3): 201-215.
- Nurhaliza, S. 2023. Evaluasi Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Elektronik Terhadap Kecepatan Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. 6 (1): 33-47.
- Permenkes. 2022. Peraturan Menteri Kesehatan No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.
- Sayles, N. B., & Kavanaugh-Burke, L. 2018. *Introduction to Health Information Management*. AHIMA Press.
- Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jakarta: Pemerintah RI.