



**LAPORAN PENELITIAN**

**ANALISIS AKURASI KODING PADA PENGEMBALIAN  
KLAIM VERIFIKASI BPJS PASIEN RAWAT INAP  
(STUDI KASUS PADA PENYAKIT SISTEM SIRKULASI DI  
RSUP FATMAWATI TAHUN 2016)**

**OLEH :**

**LAELA INDAWATI, SST.MIK.,MKM**

**PROGRAM STUDI D-III REKAM MEDIS DAN INFORMASI**

**KESEHATAN**

**FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL**

**2016**

**ABSTRAK**

**Nama : Laela Indawati**

**Judul : ANALISIS AKURASI KODING PADA PENGEMBALIAN KLAIM VERIFIKASI BPJS PASIEN RAWAT INAP (STUDI KASUS PADA PENYAKIT SISTEM SIRKULASI DI RSUP FATMAWATI TAHUN 2016)**

Penelitian ini dilatarbelakangi adanya pengembalian klaim rawat inap pasien BPJS dikarenakan 4 faktor, salah satunya terkait konfirmasi koding atau ketidaksesuaian pengkodean terhadap diagnose atau tindakan yang diberikan rata rata sebesar 30% dari berkas yang dikembalikan. Metode penelitian yang digunakan adalah dengan pendekatan studi kasus. Tehnik pengumpulan data berupa observasi, studi literature dan wawancara. Ketidak sesuaian pemberian kode diantaranya karena ketidaksesuaian pemberian kode dengan aturan yang berlaku, penulisan singkatan pada diagnose, dan perbedaan konsep terhadap penentuan diagnose antara dokter dan verifikator BPJS. Disarankan ada satu pedoman kerja yang mengatur tugas hak wewenang dan tanggung jawab dari masing masing profesi seperti dokter, koder, dan verifikator BPJS.

Kata kunci : JKN, BPJS, Akurasi koding, ICD 10, Klaim

## DAFTAR ISI

### DAFTAR TABEL

SURAT PERNYATAAN.....**Error! Bookmark not defined.**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS...**Error! Bookmark not defined.**

HALAMAN PENGESAHAN.....**Error! Bookmark not defined.**

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH**Error! Bookmark not defined.**

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR  
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS .....**Error! Bookmark not defined.**

ABSTRAK ..... ii

DAFTAR ISI..... iii

DAFTAR GAMBAR ..... vii

BAB 1 ..... 2

PENDAHULUAN ..... 2

1.1. Latar Belakang ..... 2

1.2 Rumusan Masalah ..... 7

1.3 Pertanyaan Penelitian ..... 8

1.4 Tujuan Penelitian ..... 8

    1.4.1 Tujuan Umum ..... 8

    1.4.2 Tujuan Khusus ..... 8

1.5 Manfaat Penelitian ..... 8

1.6 Ruang Lingkup Penelitian..... 10

BAB 2 ..... 11

TINJAUAN PUSTAKA ..... 11

2.1 Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit ..... 11

    2.1.1 Pengertian dan riwayat..... 11

2.1.2 ICD Revisi ke-10, WHO.....	13
2.1.3 Struktur ICD-10 .....	14
2.2 Standar Kompetensi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan .....	<b>Error!</b>
	<b>Bookmark not defined.</b>
2.3 Kompetensi Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit.....	<b>Error!</b>
	<b>Bookmark not defined.</b>
2.4 Proses penentuan Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit .....	16
2.4.1 Prosedur Pengkodean Klinis.....	16
2.4.2 Runtunan Proses Pengkodean Diagnosis.....	18
2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Akurasi Koding.....	20
2.6 Kinerja Koder.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.7 Sistem INA-CBGS .....	20
2.8 Payung Hukum JKN .....	37
2.10 Peraturan terkait BPJS .....	39
2.12 Kerangka Teori.....	42
BAB 3 .....	43
KERANGKA KONSEP.....	43
3.1 Kerangka Konsep .....	43
3.2 Definisi Istilah.....	44
BAB 4 .....	77
METODOLOGI PENELITIAN.....	77
4.1. Rancangan Penelitian .....	77
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	77
4.3 Populasi dan Pampel Penelitian .....	78
4.3.1 Populasi.....	78
4.3.2 Sampel .....	78

4.3.3 Sumber Data .....	79
4.4 Tehnik dan prosedur pengumpulan Data .....	79
4.5 Instrumen Pengumpulan Data .....	81
4.6 Pengolahan dan Analisis Data.....	81
4.7 Validitas Data.....	82
BAB 5 .....	84
HASIL PENELITIAN.....	84
5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	84
5.2. Gambaran Pengembalian Klaim Rawat Inap Pasien BPJS .....	85
5.3. Jenis Kasus Penyakit pada Pengembalian Klaim Rawat Inap .....	88
5.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pengembalian Klaim Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS .....	89
5.5. Faktor Pendukung dan Penghambat Koder terhadap Akurasi Kode Data Klinis.....	106
BAB VI .....	111
PEMBAHASAN .....	111
6.1. Keterbatasan Penelitian.....	111
6.1. Kerahasiaan Medis Pasien.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
6.3. Peran Koder, Dokter, dan Verifikator BPJS terhadap Akurasi Koding pada Klaim BPJS .....	111
BAB VII.....	117
KESIMPULAN DAN SARAN.....	117
7.1. Kesimpulan .....	117
7.1.1 Gambaran Pengembalian Klaim Rawat Inap.....	117
7.1.2 Jenis Kasus Penyakit Pada Pengembalian Klaim Rawat Inap.....	117
7.1.3 Faktor Factor Yang Mempengaruhi Pengembalian Klaim Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS .....	117

7.1.4 Faktor Pendukung Dan Penghambat Koder Terhadap Akurasi Kode Data Klinis .....	117
7.2. Saran.....	118
7.2.1 Rumah Sakit.....	118
7.2.2 Organisasi Profesi .....	118
7.2.2 Pengambil Kebijakan.....	118
7.2.3 Penelitian Selanjutnya.....	118
Lampiran 1 .....	120
Lampiran 2 .....	124
Lampiran 3 .....	126
Lampiran 4 .....	128
DAFTAR PUSTAKA .....	150



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori .....	30
Gambar 2.2. Kerangka Konsep .....	31



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Keakurasian dalam pengkodean suatu penyakit dan tindakan sangatlah penting. Para peneliti dari berbagai negara telah mempelajari berbagai kesalahan dalam pemberian kode data klinis. Studi pada tahun 1970-an menemukan kesalahan substansial dalam pemberian kode data klinis berkisar antara 20%-80%. Studi pada 1980-an dilaporkan sedikit meningkat dengan tingkat kesalahan rata-rata sekitar 20%, dan kebanyakan di bawah 50%. Studi pada 1990-an ditemukan dari 1.980 studi, tingkat kesalahan berkisar 0-70% (O'Malley et al., 2005). Pada beberapa Negara seperti di Inggris, akurasi kode data klinis berkisar antara 53-100% (rata-rata 97%), di Arab Saudi tingkat kesalahan pemberian kode data klinis dilaporkan 30%, dan studi lain mengungkapkan tingkat akurasi berkisar 85-95% (Campbell, Campbell, Grimshaw, & Walker, 2001; Farhan, 2005; van Walraven & Demers, 2001). Hasil penelitian di berbagai jurnal menunjukkan bahwa tingkat akurasi kode data klinis telah menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun, namun demikian angka keakurasian rata-rata masih berkisar antara 30-70% (Dimick, 2010).

Banyak faktor yang mempengaruhi akurasi kode data klinis. Pada beberapa penelitian tentang faktor penyebab keakurasian kode data klinis di beberapa literatur, diantaranya dijelaskan adalah kurang jelasnya catatan yang dibuat dokter, kejelasan & kelengkapan dokumentasi rekam medis, penggunaan

sinonim dan singkatan, pengalaman, lama kerja serta pendidikan koder, perbedaan antara penggunaan rekam medis elektronik dan manual, program jaminan mutu, kesalahan pengindeksan, kualitas koder dimana kurangnya perhatian koder terhadap prinsip-prinsip ICD dan aspek-aspek kunci dari proses pengkodean, koder hanya menggunakan panduan daftar tabulasi kode diagnosis yang sering sebagai acuan dalam mengkode bukan buku ICD-10 dan/atau ICPC. Koder masih sering tidak menggunakan buku ICD-10 dalam menetapkan kode diagnosis tetapi hanya menggunakan buku pintar atau langsung mencari di dalam program INA-CBGs yang digunakan untuk proses *grouping*. Meskipun ICD-10 mencakup sejumlah besar kode, tidak berarti koder harus menghafal setiap kode ICD-10 berlaku. Koder harus menggunakan buku referensi dan manual koding untuk mencari kode baru (Bowman & Abdelhak, 2001; Eramo, 2012; Ernawati, 2013; Hasan; Ifalahma, 2013; Nuryati, 2015; O'Malley et al., 2005; Quan; Silfen; Surján; van Walraven & Demers, 2001). Pada penelitian lainnya, menurut Lloyd (1985) ketepatan hasil kode data klinis dipengaruhi oleh Dokter (62%), koder (35%) dan ketepatan pengisian ke dalam software (3%). Penelitian lainnya menjelaskan bahwa pengalaman dan pendidikan koder serta kelengkapan dokumentasi berpengaruh pada kualitas kode data klinis. Koder yang kurang berpengalaman harus lebih memperhatikan prosedur dan topografi untuk meningkatkan kualitas kode data klinis mereka. Koder disarankan berkonsultasi dengan dokter tentang kasus sulit dimana koder memiliki pengetahuan terbatas (Farzandipour & Sheikhtaheri, 2009; Santos, 2008). Koder harus memiliki pengetahuan yang baik terhadap kode data klinis yaitu penggunaan ICD 9-CM

dan ICD 10 dalam penerapan INA CBGs. Koder harus terampil dalam membuat kode diagnosis dan prosedur sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9-CM dengan cepat dan tepat. Pengetahuan koder mempunyai hubungan yang signifikan dengan keakuratan kode diagnosis pasien (Ifalahma, 2013). Menurut penelitian (Ernawati, 2013) Pendidikan tentang kode data klinis yang didapatkan dibangku kuliah dirasakan masih kurang dalam menunjang kemampuan koding sehingga perlu ditambah dengan pelatihan pelatihan dan pengalaman kerja di lapangan. Kompetensi tambahan dalam hal anatomi, fisiologi, terminology medis, farmakologi, ICD-10 dan bahasa Inggris diperlukan untuk meningkatkan kualitas kerja koder.

Dampak kerugian dari ketidakakurasian kode data klinis berpengaruh terhadap pembiayaan pelayanan kesehatan. Sejak diberlakukannya metode pembayaran prospektif (*Prospective Payment System*) dengan pola *case-mix* berbasis *Diagnosis Related Groups* (DRG) di berbagai Negara di dunia, maka keakurasian kode data klinis menjadi penting sebagai jantung pembiayaan Rumah Sakit. *Reimbursement* (pembayaran kembali) pembiayaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan rumah sakit sangat tergantung dari keakurasian kode data klinis (Cheng, 2009). Indonesia saat ini telah memberlakukan metode pembayaran prospektif (*Prospective Payment System*) berbasis *INA CBGs*. Dengan adanya metode pembayaran ini, maka akurasi kode data klinis sangat menentukan pembiayaan pelayanan kesehatan (Danuri, 2006).

Akurasi kode data klinis sangat menentukan kelancaran dari proses pengajuan klaim penggantian biaya pelayanan kesehatan kepada pihak BPJS.

Dalam pelaksanaannya, banyak klaim yang dikembalikan oleh BPJS dikarenakan kurangnya kelengkapan informasi, dan koding yang tidak akurat. Kelengkapan klaim dan kebenaran data menjadi prasyarat utama untuk menentukan validasi. Menurut Ilyas (2003), klaim ditangguhkan penyelesaiannya bila persyaratan klaim belum lengkap dan memerlukan penyelesaian kedua belah pihak.

RSUP Fatmawati pada tahun 2014 mendapatkan predikat juara 2 The Best Role Model Rumah Sakit Vertikal Kemenkes RI dalam Era Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dari Kementerian Kesehatan, dan pada tahun 2015 adalah rumah sakit dengan klaim tepat waktu terbaik dari BPJS. Berdasarkan observasi pendahuluan yang dilakukan rata rata jumlah pasien rawat jalan per bulan 29.200 pasien dan pasien pulang rawat inap per bulan 1600 pasien dengan pengembalian klaim hasil verifikasi bpjs untuk RJ sebesar 9% dan RI sebesar 9%. Namun pengembalian dengan kasus sulit lebih banyak terdapat pada klaim rawat inap. Pengembalian tersebut dibagi menjadi 4 kategori yaitu kelengkapan administrasi, kelengkapan resume, konfirmasi koding, dan pinjam status. Jumlah koder yang dimiliki oleh RSUP Fatmawati adalah 16 koder yang terdiri dari 10 koder untuk menangani RM RJ dan 6 koder untuk menangani RM RI.

Yang menjadi permasalahan koder rawat inap di RSUP Fatmawati diantaranya adalah adanya berkas klaim yang beberapa kali dikembalikan dikarenakan konfirmasi koding. Dari berkas klaim rawat inap yang dikembalikan oleh verifikasi BPJS, rata rata 30% adalah untuk konfirmasi koding. Hal tersebut menghambat kerja koder dimana koder yang seharusnya bisa menangani banyak berkas per harinya, diharuskan untuk mengkaji ulang kembali koding yang

dikembalikan oleh verifikator BPJS. Berdasarkan hasil wawancara pendahuluan dengan beberapa koder didapatkan informasi bahwa pengembalian berkas tersebut diantaranya adalah karena adanya perbedaan paham antara dokter dengan verifikator sehingga sering terjadi ketidaksesuaian antara koding yang sudah dibuat oleh koder, dengan hasil verifikasi BPJS. Koder telah membuat kode sesuai dengan diagnosis yang telah dibuat dokter. Namun walaupun koder sudah sesuai dengan diagnosis dokter, pada hasil verifikasi klaim, ada beberapa kode yang akhirnya berubah. Ada pula yang memang dikembalikan karena kekurangtelitian membaca diagnosis dari koder, dan tidak adanya pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosis.

Pedoman atau aturan yang digunakan oleh verifikator BPJS maupun oleh rumah sakit adalah ICD 10 untuk kode penyakit, ICD 9 CM untuk kode tindakan, dan Permenkes No. 27 tahun 2014 tentang Juknis Sistem INA CBGs. Kemenkes juga telah mengeluarkan surat edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim Ina-Cbg Jaminan Kesehatan Nasional sebagai tindak lanjut hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terutama pada proses klaim INA-CBG di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), dimana rnasih terdapat perbedaan pendapat untuk beberapa kasus antara pihak F'KRTL dengan BPJS Kesehatan yang menyebabkan terjadinya penundaan ataupun permasalahan dalam pembayaran klaim INA-CBG. Surat edaran ini berisikan Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG yang merupakan hasil analisis dan keputusan bersama yang telah disepakati oleh Kementerian Kesehatan, BPJS

Kesehatan dan Perhimpunan/ Organisasi Profesi Dokter Spesialis terkait, dan ditujukan untuk menjadi acuan bagi BPJS Kesehatan serta FKRTL dalam menyelesaikan sejumlah kasus yang pembayaran klaimnya masih tertunda.

Dengan adanya aturan yang berlaku sama antara verifikator BPJS dan rumah sakit, semestinya tidak terjadi perbedaan pendapat dan ketidaksesuaian pemberian kode data klinis.

Untuk itulah penelitian ini dilakukan. Peneliti ingin mengetahui apa yang menyebabkan pengembalian klaim tersebut dengan cara menganalisis akurasi koding pada berkas pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS. Beberapa penelitian telah membahas keakuratan koding terhadap pembiayaan rumah sakit, namun jumlah studi yang menyelidiki penyebab pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS terkait akurasi koding masih terbatas. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi terhadap perkembangan keilmuan dan dapat meminimalkan pengembalian klaim BPJS terkait koding.

Dalam studi ini diteliti penyebab pengembalian klaim pasien rawat inap hasil verifikasi BPJS terkait akurasi koding, serta factor pendukung dan penghambat koder terhadap akurasi kode data klinis. Penelitian ini dilakukan untuk mendukung atau memperluas penelitian yang sudah ada.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Salah satu faktor yang berperan terhadap pengembalian klaim rawat inap BPJS adalah akurasi kode data klinis. Untuk mengetahui apakah kode data klinis yang tertera pada pengembalian klaim rawat inap pasien BPJS sudah sesuai

dengan pedoman atau peraturan yang digunakan perlu adanya penelaahan dokumen dan dibandingkan dengan studi literature berupa penelaahan terhadap aturan yang berlaku. Masalah dalam penelitian ini yaitu belum diketahuinya penyebab terjadinya pengembalian klaim pasien rawat inap hasil verifikasi BPJS terkait akurasi koding di RSUP Fatmawati tahun 2016.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

1. Apa yang menjadi penyebab pengembalian klaim pasien rawat inap hasil verifikasi BPJS terkait akurasi koding?
2. Apa faktor pendukung dan penghambat koder terhadap akurasi kode data klinis?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Diperolehnya informasi mengenai pengembalian klaim hasil verifikasi rawat inap ditinjau dari akurasi kode data klinis di RSUP Fatmawati

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Teridentifikasinya penyebab pengembalian klaim pasien rawat inap hasil verifikasi BPJS di RSUP Fatmawati tahun 2016
2. Teridentifikasinya faktor pendukung dan penghambat koder terhadap akurasi kode data klinis di RSUP Fatmawati tahun 2016

### **1.5 Manfaat Penelitian**

1. Manfaat Teoritis

Mempelajari pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS di RSUP Fatmawati dengan menganalisis resume medis pada berkas klaim, dan membandingkannya dengan pedoman/aturan yang berlaku sesuai dengan teori yang ada pada tinjauan pustaka.

## 2. Manfaat metodologis

Dapat diterapkan untuk perbaikan dan pengembangan yang lebih baik terhadap penentuan kode data klinis di RSUP Fatmawati khususnya dan di Indonesia pada umumnya.

## 3. Manfaat praktis

Diharapkan dapat memberikan solusi dalam upaya untuk mengurangi ketidakakuratan pemberian kode data klinis. Selain itu, hasil dari penelitian ini juga dapat digunakan oleh pemberi kebijakan untuk menentukan program prioritas yang dapat untuk meningkatkan akurasi koding. Bagi koder, penelitian ini bermanfaat untuk mengetahui apa yang menyebabkan berkas klaim rawat inap berulang kali dikembalikan oleh verifikator BPJS. Penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat mengenai proses klaim rawat inap pasien BPJS. Bagi peneliti lain, hasil penelitian ini dapat menjadi sumber ilmu pengetahuan sekaligus sebagai rujukan data yang terkait dengan akurasi kode data klinis.

### **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian yang dilakukan menggunakan pendekatan studi kasus dimana studi ini mempelajari analisis pengembalian klaim rawat inap hasil verifikasi BPJS khususnya terkait akurasi koding di RSUP Fatmawati tahun 2016. Penelitian dilakukan pada bulan Juni 2016 di unit Rekam Medis RSUP Fatmawati dan Unit Piutang Pasien RSUP Fatmawati. Teknik pengambilan data dilakukan dengan observasi, studi literature, dan wawancara. Observasi dilakukan dengan melakukan telaah dokumen terhadap berkas klaim rawat inap yang dikembalikan terkait konfirmasi koding bulan Januari-April 2016.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit

##### 2.1.1 Pengertian dan riwayat

Data asuhan kesehatan dapat direpresentasikan dalam bentuk kode atau sistem numerik. Kode tersebut mewakili suatu deskripsi naratif yang mungkin mempunyai arti yang berbeda bagi masing-masing orang. Sistem koding (klasifikasi dan kodefikasi penyakit) dapat digunakan untuk mendeskripsikan penyakit, prosedur, jasa layanan, operasi, cedera, masalah, alasan kunjungan, derajat keparahan suatu penyakit, obat-obatan, pemeriksaan laboratorium, spesimen patologi, kondisi obstetrik, kondisi mental, sebab-sebab kecelakaan dan cedera, *outcomes* pasien, dan aspek lain dari asuhan kesehatan. Kode berkomunikasi dengan cara yang *predictable*, *consistent* dan *reproducible*. Disamping itu juga memudahkan komunikasi yang *reliable* tentang asuhan kesehatan antara para partisipan yang ada dalam industri kesehatan. Koding adalah mengklasifikasikan data dan menunjuk suatu representasi bagi data tersebut. Misalnya angka dapat digunakan untuk menggantikan data jenis kelamin ( 1 = laki-laki, 2 = perempuan ). Klasifikasi penyakit adalah suatu system pengelompokan (*categories*) penyakit, cedera dan kondisi kesehatan serta prosedur yang disusun sesuai kriteria yang telah ditentukan dan disepakati bersama. Dalam bidang teknologi informasi, koding berarti menerjemahkan instruksi untuk prosesi komputer ke dalam bahasa komputer dalam bentuk

suatu program. Saat ini, dalam bidang kesehatan, koding berarti pemakaian angka untuk mewakili penyakit, prosedur dan alat/bahan yang digunakan untuk pemberian layanan kesehatan (Bowman & Abdelhak, 2001).

Riwayat terkait teori klasifikasi penyakit sudah dimulai sejak abad ke -17, saat John Graunt menyadari kebutuhan pengorganisasian data mortalitas menjadi suatu bentuk informasi yang logis, dikembangkannya London Bills Mortality, suatu studi statistik penyakit yang pertama. Dalam karyanya Graunt mengklasifikasikan kematian semua kanak-kanak yang lahir hidup namun kemudian meninggal sebelum mencapai 6 tahun. Kematian diklasifikasi sebagai akibat thrush, convulsions, rikets, sakit gigi, cacangan, chrymsomes, liver-grown, smallpox, swine pox, measles dan cacing tanpa konvulsi. Dengan harapan informasi yang dihasilkan bias memberi petunjuk jelas tentang sifat dasar dan etiologi dari penyakit penyakit tersebut, sehingga akan dapat diperoleh penjelasan yang mampu menuntunnya ke terapi yang lebih baik.

Klasifikasi dan kodefikasi penyakit merupakan fungsi yang cukup penting dalam jasa pelayanan informasi kesehatan. Data klinis yang terkode dibutuhkan untuk *me-retrieve* informasi guna kepentingan asuhan pasien, penelitian, peningkatan performansi pelayanan, perencanaan dan manajemen sumber daya, serta untuk mendapatkan *reimbursement* yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan. Di Indonesia, sebagaimana juga berlaku di seluruh negara-negara anggota WHO lainnya, koding data klinis dilakukan dengan menggunakan ICD-10 (World Health Organization, 1993) (Bowman & Abdelhak, 2001).

### 2.1.2 ICD Revisi ke-10, WHO

ICD adalah singkatan dari *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. ICD adalah klasifikasi penyakit yang disusun oleh para pakar statistic kesehatan masyarakat, patologi-anatomis, spesialis medis, wakil-wakil resmi dari Negara-negara anggota WHO. Klasifikasi penyakit dimanfaatkan untuk memungkinkan data penyakit yang terkumpul bias disimpan, diambil kembali dan dianalisis untuk komparasi statistic antar rumah sakit, provinsi dan Negara, untuk kepentingan nasional ataupun internasional. (Naga, 2013).

International Classification of Diseases and Related Health Problems revisi ke 10 (ICD-10<sup>th</sup> revision) (1992) atau yang telah diadaptasi (2010,2011,2013) digunakan di banyak Negara anggota WHO, sebagai dasar pengkodean penyakit, cedera dan sebab luar cedera berikut masalah kesehatan yang menyebabkan seseorang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Sampai tahun 2000, di berbagai Negara di luar Indonesia, ICD-revisi ke-9 dan ICD-9CM masih digunakan. Pada tahun 1987-an bersamaan dengan pemberlakuan pengkodean penyakit dengan revisi 9 di Indonesia, pengkodean prosedur dan tindakan dilaksanakan berdasarkan ICPM (ICOPIM) 1975 volume 1 dan 2. Harus diakui bahwa koleksi isi ICPM sudah banyak tertinggal oleh pesatnya perkembangan IPTEK diagnostic dan terapeutik di bidang asuhan klinis.

Di Indonesia baru sejak program pengembangan pelayanan Jamkesmas dan Gakin diselenggarakan pemerintah, saat ini Kementerian Kesehatan mengharuskan pemanfaatan ICD-9-CM Volume 3 (USA, Australia dan Malaysia)

yakni klasifikasi kode prosedur tindakan medis maupun operasi, untuk menggantikan ICPM (1975), bagi kepentingan paparan informasi besaran penagihan biaya rawat peserta program suransi pemerintah Jamkesmas dan Gakin. Pengkodean diagnosisnya tetap menggunakan ICD-10. (Naga, 2013)

Tujuan penyusunan ICD-10 adalah sebagai berikut :

- a. Untuk mempermudah perekaman yang sistematis, untuk keperluan analisis, interpretasi dan komparasi data morbiditas maupun mortalitas yang dikumpulkan dari berbagai daerah pada saat yang berlainan.
- b. Untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan lainnya dari kata-kata menjadi kode alfanumerik, yang memudahkan penyimpanan, *retrieval* dan analisis data (World Health Organization, 1993).

### 2.1.3 Struktur ICD-10

Sebagai satu model klasifikasi penyakit, ICD Revisi ke-10, WHO terdiri dari 3 (tiga) jilid :

1. Volume 1 berisi daftar tabulasi seluruh sebutan penyakit/kondisi sakit atau gejala, simtoma penyakit dan masalah terkait kesehtan berikut sebab luar cedera, yang dikenal di dunia ini sampai dengan terbitan buku yang diadaptasi secara tahunan. Ejaan sebutan penyakit di volume 1 ini menggunakan ejaan bahasa inggris. (contoh : labour, oesophagus, oedema).

2. Volume 2 adalah manual pengenalan dan instruksi cara penggunaan buku volume 1 dan 3 disertai panduan terkait sertifikasi medis dan rules pengkodean morbiditas dan mortalitas, beserta pengaturan presentasi statistical.
3. Volume 3 adalah daftar indeks alfabetis penyakit serta kondisi sakit, sebab luar penyakit/cedera yang bisa ditemukan di daftar tabulasi volume 1 dilengkapi dengan indeks alfabetis nama generic obat dan zat kimia. Ejaan sebutan penyakit di volume 3 ini menggunakan ejaan bahasa Inggris-Amerika. (contoh : labor, esophagus, edema)

ICD Revisi 10, WHO memuat jumlah kode terbatas bagi kategori kode penyakit yang mutually exclusive, yang menjelaskan konsep penyakit. Bagan kode menggunakan struktur kode (sandi) bentuk alfanumerik dengan satu huruf alphabet (dari A-Z) untuk karakter pertama, dengan diikuti 2 (dua) angka. Untuk karakter ke 2 dan ke 3, kemudian 1 (satu) titik dan satu angka di karakter ke 4. Ini yang membedakan struktur kode ICD 10 dari struktur kode ICD 9.

Contoh struktur kode :

<b>Diagnosa</b>	<b>ICD 10</b>	<b>ICD 9</b>
Tuberculosis paru, terbukti melalui hasil kultur baksil tahan asam (BTA)	A15.1	011.9.3
Tuberculosis paru, yang terbukti melalui hasil mikroskopis dengan atau tanpa kultur kuman	A15.0	011.9.2
Tuberculosis, bakteriologis dan histologis (-)	A16.0	011.9.5

## **2.2 Proses penentuan Klasifikasi dan Kodefikasi Penyakit**

### **2.2.1 Prosedur Pengkodean Klinis**

Sebelum penentuan kode, petugas rekam medis yang bertanggungjawab terhadap koding harus memastikan bahwa catatan semua berkas rekam medis telah lengkap. Hal ini dilaksanakan secara rutin melalui kegiatan analisis kualitatif dan kuantitatif, sebelum di assembling, untuk memastikan bahwa dokumentasi yang dilaksanakan oleh dokter terkait betul-betul lengkap komplit, tepat waktu agar dapat dikode dan segera di simpan.

Runtunan tindakan analisis kualitatif terkait data diagnosis : (Naga, 2013)

1. Kaji lembar pertama RM terkait kelengkapan dan akurasi. Apakah kondisi utama tertera di halaman pertama (front sheet) dan terdapat tandatangan dokter yang merawat.
2. Baca discharge summary (ringkasan pulang) terkait informasi diagnosis pasien dan tindakan yang telah dilakukan terhadapnya.
3. Cek bahwa pernyataan diagnosisnya ditunjang bukti di dalam rekam medis pasien. Contoh : apa ada laporan hasil PA, laboratorium khusus, laboratorium kimia, hasil Xray, hasil MRI atau pemeriksaan lainnya kepada pasien terkait.
4. Kaji kembali catatan tentang kemajuan pasien (progress note)
5. Cek rekam medis untuk menentukan item-item apa saja yang harus dikode
6. Apabila diatur bahwa hanya 1 kondisi utama yang dikode, pengkode harus mencari kode sesuai manual pengkodean ICD-10 volume 2, dan tulis

kodenya di kolom yang tersedia di lembar pertama (front sheet) dari rekam medis yang berlaku. Penentuan kode diagnosis tidak bisa melalui jalan pintas, tanpa menelusuri melalui buku ICD, langsung menghafal kode penyakit yang telah dikenal melalui format laporan, ini berarti data sekunder, bukan data primer.

7. Apabila rumah sakit atau Negara telah menentukan harus mendata external cause (sebab luar) cedera atau gangguan lain, maka pengkode harus tahu kasus yang mana yang benar terjadi akibat suatu sebab luar, dan kepada kondisi tersebut diberi kode sesuai aturan ICD-10 (V,W, X, atau Y) dan dilengkapi dengan peraturan setempat terkait cara pemanfaatan nomor kode sebab luar.
8. Apabila tindakan operasi (pembedahan) harus diberi kode, gunakan ICPM atau system klasifikasi tindakan lain yang diharuskan (diantaranya ICD-9-CM volume 3). Ikutilah manual cara penggunaan buku tersebut dengan tertib, presisi tinggi dan akurat serta tepat.
9. Apabila semua diagnosis per pasien harus dikode (multiple koding), pengkode harus mengikuti semua prosedur dengan menentukan: mana yang utama, mana yang tambahan (additional), mana yang co-morbid dan diagnose mana yang merupakan komplikasi dari kondisi utama, kerjakan sesuai aturan.

Setelah pekerjaan mengkode selesai, maka pengkode membubuhkan tanda “selesai” di rekam medis pasien (stempel stiker) sebagai tanda bahwa pekerjaan pengkodean telah selesai dan rekam medis siap untuk disimpan.

### 2.2.2 Runtunan Proses Pengkodean Diagnosis

Berikut adalah runtunan dalam proses penentuan kode diagnosis : (Naga, 2013)

1. Kenali tipe pernyataan dokter terkait diagnosis pasien yang harus dikode, rujuk istilah tersebut ke daftar indeks volume 3 (bisa sebutan penyakit, bentuk dasar cedera, atau kondisi kondisi yang terklasifikasi ke Bab I-XIX atau XXI dan XXII di seksi 1 volume 3). Pernyataan sebab luar cedera atau even lain yang terklasifikasi di bab XX bisa ditemukan di seksi 2 volume 3. Manakala pernyataan adalah prosedur tindakan bedah/operasi atau intervensi medis/bedah lain-lain, rujuk ke system klasifikasi tindakan yang diharuskan digunakan setempat.(sampai saat ini digunakan ICD-9-CM).
2. Temukan lokasi lead term di indeks alfabetis. Untuk sebutan penyakit atau cedera, umumnya adalah istilah kondisi patologisnya. Namun demikian, kondisi tertentu bisa juga terpapar sebagai kata adjektif atau eponym dalam indeks.
3. Baca dan jalankan perintah yang ada pada note yang mengikuti dibawah “lead-term”
4. Baca istilah yang ada di dalam kurung parentheses (...) tanda baca kurung tutup, yang mengikuti suatu lead-term, dan juga (-) semua modifier esensial yang mengikuti tanda baca (-) hyphen. Pastikan bahwa semua pernyataan terkait diagnosisnya diperhitungkan.

5. Kemudian ikuti dengan teliti semua rujuk silang (cross-references) yang ditemukan di indeks volume 3.
6. Rujuk kode yang anda pilih ke daftar tabulasi di volume 1 (bukan di daftar indeks volume 1) !
7. Perhatikan semua yang tertera sebagai Inclusion, Exclusion, Note yang ada di bawah kode yang akan anda pilih, dbawah judul bab, ataupun dibawah blok , atau dibawah kategori. Apabila ada perintah lain yang menyertainya, jalankan perintah tersebut.
8. Akhirnya : tentukan pilihan kodenya.
9. Adanya kata (see...) dalam kurung adalah mandataris yang harus dijalankan.

Contoh : (243;265;**296**)

Gastrocarcinoma (M8010/3)- see Neoplasm, malignan, stomach

- Dari M8010/3 bisa di cek di ICD 10 volume 1 : M8010/3 Carcinoma NOS, → dari M/.../3 malignant neoplasm, stated or presumed to be primary.
- Silahkan Tanya kepada dokter yang merawat, apakah kondisi yang disandang pasien betul demikian (Ca-primer?)
- Kode M/----/- adalah hasil pemeriksaan patologi anatomic, yang terkadang tidak disertakan di rekam medis pasien terkait.

10. Bedakan antara perintah see dan see also

Contoh :

Sakit kepala = headache (cephalgia)

Headache R51

Cephalgia, cephalalgia (see also Headache) R51

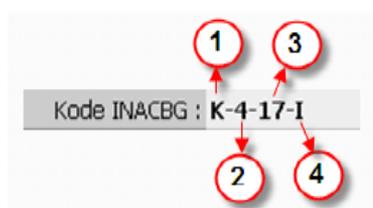
### 2.3 Sistem INA-CBGS

Sistem *casemix* pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia- Diagnosis Related Group*). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 pada 15 rumah sakit vertikal, dan pada 1 Januari 2009 diperluas pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk program Jamkesmas. Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (*United Nation University*) Grouper. Dengan demikian, sejak bulan Oktober 2010 sampai Desember 2013, pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Lanjutan dalam Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) menggunakan INA-CBG. Sejak diimplementasikannya sistem *casemix* di Indonesia telah dihasilkan 3 kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG Tahun 2008, tarif INA-CBG Tahun 2013 dan tarif INA-CBG Tahun 2014. Tarif INA-CBG mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan grouper UNU (*UNU*

*Group*). *UNU-Group* adalah *Group casemix* yang dikembangkan oleh *United Nations University (UNU)*.

### A. STRUKTUR KODE INA-CBGs

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut :



Keterangan :

1. Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*)
2. Digit ke-2 merupakan tipe kasus
3. Digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus
4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*

Gambar 2.1 Struktur Kode INA-CBGs

Struktur Kode INA-CBGs terdiri atas :

a. *Case-Mix Main Groups (CMGs)* Adalah klasifikasi tahap pertama

- Dilabelkan dengan huruf Alphabet (A to Z)

- Berhubungan dengan sistem organ tubuh
- Pemberian Label Huruf disesuaikan dengan yang ada pada ICD 10 untuk setiap sistem organ

Terdapat 30 CMGs dalam UNU *Groupier* (22 *Acute Care CMGs*, 2 *Ambulatory CMGs*, 1 *Subacute CMGs*, 1 *Chronic CMGs*, 4 *Special CMGs* dan 1 *Error CMGs*). Total CBGs sampai saat ini sebanyak 1220.

LIST OF CASEMIX MAIN GROUPS		
NOS.	Case-Mix Main Groups (CMG)	CMG Codes
1	Central nervous system Groups	G
2	Eye and Adnexa Groups	H
3	Ear, nose, mouth & throat Groups	U
4	Respiratory system Groups	J
5	Cardiovascular system Groups	I
6	Digestive system Groups	K
7	Hepatobiliary & pancreatic system Groups	B
8	Musculoskeletal system & connective tissue Groups	M
9	Skin, subcutaneous tissue & breast Groups	L
10	Endocrine system, nutrition & metabolism Groups	E
11	Nephro-urinary System Groups	N
12	Male reproductive System Groups	V
13	Female reproductive system Groups	W
14	Deleiveries Groups	O
15	Newborns & Neonates Groups	P
16	Haemopoeitic & immune system Groups	D

Gambar 2.2. 31 CMGs yang ada dalam INA-CBGs

b. *Case-Based Groups* (CBGs):

Sub-group kedua yang menunjukkan tipe kasus (1-9)  
 Group Tipe Kasus dalam INA-CBGs

TIPE KASUS	GROUP
a. Prosedur Rawat Inap	Group-1
b. Prosedur Besar Rawat Jalan	Group-2
c. Prosedur Signifikan Rawat Jalan	Group-3
d. Rawat Inap Bukan Prosedur	Group-4
e. Rawat Jalan Bukan Prosedur	Group-5
f. Rawat Inap Kebidanan	Group-6
g. Rawat Jalan kebidanan	Group-7
h. Rawat Inap Neonatal	Group-8
i. Rawat Jalan Neonatal	Group-9
j. Error	Group-0

Gambar 2.3 Group Tipe Kasus dalam INA-CBGs

#### c. Kode CBGs

Sub-group ketiga menunjukkan spesifik CBGs yang dilambangkan dengan numerik mulai dari 01 sampai dengan 99.

#### d. Severity Level

Sub-group keempat merupakan *resource intensity level* yang menunjukkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan. Keparahan kasus dalam INA-CBG terbagi menjadi :

- 1) "0" Untuk Rawat jalan
- 2) "I - Ringan" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)
- 3) "II - Sedang" Untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan *mild* komplikasi dan komorbiditi)
- 4) "III - Berat" Untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan *major* komplikasi dan komorbiditi)

Contoh kode INA-CBGs

Tipe Layanan	Kode INA-CBGs	Deskripsi Kode INA-CBGs
Rawat Inap	I - 4 - 10 - I	Infark Miocard Akut Ringan
	I - 4 - 10 - II	Infark Miocard Akut Sedang
	I - 4 - 10 - III	Infark Miocard Akut Berat
Rawat Jalan	Q - 5 - 18 - 0	Konsultasi atau pemeriksaan lain-lain
	Q - 5 - 35 - 0	Infeksi Akut

Gambar 2.4 Contoh kode INA CBGs

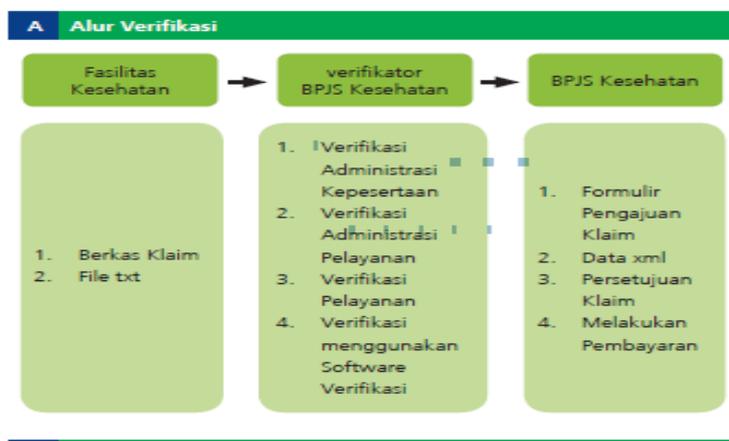
Istilah ringan, sedang dan berat dalam deskripsi dari Kode INA-CBGs bukan menggambarkan kondisi klinis pasien maupun diagnosis atau prosedur namun menggambarkan tingkat keparahan (severity level) yang dipengaruhi oleh diagnosis sekunder (komplikasi dan ko-morbiditi).

Terdapat pembayaran tambahan (*Top Up*) dalam sistem INA-CBGs versi 4.0 untuk kasus – kasus tertentu yang masuk dalam special *casemix main group* (CMG) ,meliputi :

- a. *Special Procedure*
- b. *Special Drugs*
- c. *Special Investigation*
- d. *Special Prosthesis*
- e. *Special Groups Subacute* dan Kronis

*Top up* pada special CMG tidak diberikan untuk seluruh kasus atau kondisi, tetapi hanya diberikan pada kasus dan kondisi tertentu. Khususnya pada beberapa kasus atau kondisi dimana rasio antara tarif INA-CBGs yang sudah dibuat berbeda cukup besar dengan tarif RS.

## 2.4 Verifikasi Klaim BPJS



Gambar 2.1 Alur verifikasi BPJS

Sumber : Petunjuk Teknis verifikasi Klaim, 2014

Tahapan yang dilakukan oleh verifikator BPJS adalah sebagai berikut :

### 1. Tahapan Verifikasi Administrasi

Berkas klaim yang akan diverifikasi meliputi :

#### a.1 Rawat Jalan

- a. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- b. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
- c. Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG diperlukan tambahan bukti pendukung :
  - i. Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus
  - ii. Resep alat kesehatan

- iii. Tanda terima alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll)

#### a.2 Rawat Inap

- a. Surat perintah rawat inap
- b. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- c. Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).4) Pada kasus tertentu bila ada pembayaran

klaim diluar INA CBG diperlukan tambahan bukti pendukung :

- i. Protocol terapi dan regimen (jadual pemberian) obat khusus untuk Onkologi,
- ii. Resep alat bantu kesehatan (alat bantu gerak, collar neck, corset, dll)
- iii. Tanda terima alat bantu kesehatan

#### **Tahap verifikasi administrasi klaim yaitu :**

##### **1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan**

Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs

##### **2) Verifikasi Administrasi Pelayanan**

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah :

- a) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana tersebut pada poin 1a diatas (diuraikan termasuk menjelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas)

b) Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.

c) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

### 3). Verifikasi Pelayanan

Hal-hal yang harus menjadi perhatian adalah :

1) Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau *softcopy*-nya). ketentuan coding mengikuti panduan coding yang terdapat dalam **Juknis INA CBG**

2) Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama. Apabila pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama maka tidak dihitung sebagai episode baru.

3) Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (*One Day Care/Surgery*) termasuk rawat jalan

4) Episode rawat Inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inap dan/atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap.

5) Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat

inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya.

6) Pada kasus special CMGs, bukti pendukung adalah :

- a. Special Drugs : *product batch* (asli) dilampirkan dalam berkas klaim
- b. Special Procedure : laporan asli (lihat)
- c. Special Prosthesis : Product batch (asli) dilampirkan dalam berkas klaim
- d. Special Investigation : expertise pemeriksaan (lihat)
- e. Special Chronic & Sub-acute : instrumen WHO DAS (lihat)

7) Apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki kode diagnosis penyakit (P), hanya perlu kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan, tunggal atau multiple (Z38.-)

8) Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder. diagnose Z (kontrol).

9) Apabila ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10, maka harus menggunakan satu kode tersebut.

Contoh :

Kondisi utama : Renal failure

Kondisi lain : Hypertensive renal disease

Diberi kode hypertensive renal disease with renal failure (I12.0)

10) Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu, tetapi dikode terpisah

Contoh :

Diagnosis Utama : Hipertensi (I10)

Diagnosis Sekunder : Renal disease (N28.9)

Seharusnya dikode jadi satu yaitu Hypertensive Renal Disease (I12.9)

#### 4). Verifikasi Menggunakan *Software* INA CBGs

##### 1. Purifikasi Data

Purifikasi berfungsi untuk melakukan validasi *output* data INACBG yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP.

##### 2. Melakukan proses verifikasi administrasi

Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil *entry* rumah sakit.

##### 3. Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan pending.

##### 4. Proses verifikasi lanjutan

Verifikasi lanjutan dengan tujuh langkah dilaksanakan dengan disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi error verifikasi dan potensi *double* klaim.

##### 5. Finalisasi Klaim

##### 6. Verifikator dapat melihat klaim dengan status pending

##### 7. Umpan balik pelayanan

##### 8. Kirim file

## 2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Akurasi Koding

Dari beberapa literature/penelitian sebelumnya, didapatkan informasi bahwa banyak faktor yang mempengaruhi atau menyebabkan kesalahan dalam pengkodean, diantaranya:

### 1. Tenaga Medis

Tenaga medis sebagai pemberi pelayanan utama pada seorang pasien bertanggung jawab atas kelengkapan dan kebenaran data, khususnya data klinik, yang tercantum dalam dokumen rekam medis. Data klinik berupa riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan, laporan operasi atau prosedur lain merupakan input yang akan di-koding oleh petugas koding di bagian rekam medis. Pasal 3 Permenkes RI No. 749a/Menkes/Per/XII/1999 yang diperbarui dengan SK Menkes RI No : 269/Menkes/PER/III/2008 tentang rekam medis menyebutkan bahwa data dalam rekam medis dibuat oleh dokter atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien, karena dokterlah yang mempunyai kewajiban, hak dan tanggung jawab untuk menentukan diagnosis dan pelayanan yang diberikan, dan oleh karenanya tidak boleh diubah oleh pihak lain. Kualitas kode yang dihasilkan oleh petugas koding terutama ditentukan oleh data dasar yang ditulis dan ditentukan oleh tenaga medis penanggung jawab pasien. Oleh karena itu, penting bagi tenaga medis terkait untuk mengetahui dan memahami proses koding dan data dasar yang dibutuhkan, sehingga dalam proses perekaman dapat memenuhi beberapa persyaratan kelengkapan data guna menjamin keakurasian kode. Di sisi lain, petugas koding

bertanggung jawab atas keakurasian kode diagnosis, oleh karenanya apabila ada hal-hal yang kurang jelas atau meragukan dalam penentuan kode, perlu dikomunikasikan terhadap dokter penanggungjawab. Beberapa hal yang dapat menyulitkan petugas koding antara lain adalah penulisan diagnosis tidak lengkap, tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan atau istilah yang tidak baku atau tidak dipahami, dan keterangan atau rincian penyakit yang tidak sesuai dengan sistem klasifikasi yang digunakan (Dirjen YanMed, 2006; Ernawati, 2013; O'Malley et al., 2005; Permenkes, 2007; Santos, 2008).

## **2. Petugas Koding**

Kunci utama dalam pelaksanaan koding adalah koder atau petugas koding. Akurasi koding (penentuan kode) merupakan tanggung jawab tenaga rekam medis, khususnya tenaga koding. Kurangnya tenaga pelaksana rekam medis khususnya tenaga koding baik dari segi kualitas maupun kuantitas merupakan faktor terbesar dari penyelenggaraan rekam medis di RS di Indonesia.

### **a. Pengalaman Kerja**

Pengalaman kerja yang dimiliki oleh petugas koding sangat mendukung dalam pelaksanaan tugasnya. Petugas koding yang berpengalaman dapat menentukan kode penyakit lebih cepat berdasarkan ingatan dan kebiasaan. Terlebih bila mempunyai buku bantu berisikan nomor-nomor kode yang sering digunakan. Petugas yang berpengalaman juga umumnya mampu membaca tulisan dokter dengan lebih baik, serta mempunyai hubungan interpersonal dan komunikasi yang lebih akrab dengan tenaga medis yang menuliskan diagnosis. Namun demikian, pengalaman kerja saja belumlah

cukup untuk menghasilkan kode yang akurat dan presisi, bila tidak ditunjang dengan pengetahuan dan ketrampilan yang memadai.

#### **b. Pendidikan**

Keakuratan pilihan kode diagnosis dalam ICD adalah essential bagi manajemen kesehatan. Kesalahan mengutip, memindahkan dan memilih kode secara tepat merupakan kesalahan yang sering terjadi pada saat pengkodean diagnosis penyakit. Salah satu penyebab kesalahan tersebut umumnya adalah karena kurangnya pengetahuan mengenai aturan-aturan dalam koding yang menggunakan ICD-10. Dalam kurikulum pendidikan tenaga ahli madya perekam dan informasi kesehatan, kemampuan koding merupakan salah satu kompetensi kritis yang tidak dimiliki oleh tenaga kesehatan lain, karena koding merupakan salah satu tugas pokok tenaga rekam medis. Oleh karenanya dalam pendidikan tenaga rekam medis dan informasi kesehatan, materi tentang tata cara dan aturan terkait proses koding mendapat bobot yang cukup tinggi. Diharapkan lulusan pendidikan tersebut mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang memadai dalam menghasilkan kode yang akurat dan presisi, mengingat pentingnya akurasi koding untuk berbagai pihak. Bahkan dalam Permenkes No 377/Menkes/SK III/2007 Bagian II tentang Kompetensi Perekam Medis, kompetensi klasifikasi dan kodifikasi penyakit merupakan kompetensi pertama dari 7 kompetensi dasar perekam medis, yang menunjukkan pentingnya kemampuan ini bagi seorang ahli madya perekam medis. Dengan telah ditetapkannya jabatan fungsional perekam medis oleh Dirjen YanMed DepKes RI, maka yang dimaksud

dengan pendidikan menurut Juknis Jabatan Fungsional adalah pendidikan sekolah di bidang rekam medis dan mendapatkan gelar / ijazah. Adapun salah satu persyaratan pengangkatan PNS untuk pertama kali dalam jabatan perekam medis antara lain adalah ; berijazah serendah-rendahnya Diploma III bidang Perekam Medis, terkecuali PNS yang telah bekerja pada saat peraturan tersebut ditetapkan, dan mendapat penyesuaian jabatan dan angka kredit.

**c. Pelatihan**

Apabila tenaga koding belum mempunyai kesempatan untuk mendapatkan pendidikan khusus di bidang rekam medis dan informasi kesehatan, maka untuk mendapatkan hasil yang baik, setidaknya petugas memperoleh pelatihan yang cukup tentang seluk-beluk pekerjaannya selaku tenaga rekam medis. Pelatihan yang bersifat aplikatif berupa *in-house* atau *on-the-job training* akan sangat membantu meningkatkan pemahaman dan ketrampilan tenaga koding, terutama bila latar belakang pendidikan sama-sekali tidak menunjang keakuratan penentuan kode. Peranan organisasi profesi juga sangat besar artinya dalam menjamin dan meningkatkan kualitas para anggotanya agar senantiasa dapat mengikuti perkembangan teknologi dan mampu memenuhi kebutuhan institusi pelayanan kesehatan, terlebih di era globalisasi yang menuntut kecanggihan dan kesempurnaan pelayanan kesehatan. Dan mengingat rekam medis merupakan salah satu komponen penting dalam pemberian pelayanan kesehatan, maka kemampuan dan ketrampilan tenaga rekam medis mutlak diperlukan bagi pengembangan

kualitas institusi. Dalam Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Jabatan Fungsional Perkam Medis, salah satu persyaratan pengangkatan PNS untuk pertama kali dalam jabatan tersebut antara lain; telah mengikuti pendidikan dan pelatihan fungsional di bidang rekam medis dan memperoleh sertifikat. Salah satu unsur kegiatan perkam medis yang dinilai angka kreditnya antara lain mengikuti seminar/lokakarya, atau mengikuti pelatihan fungsional yang mendapat sertifikat. Oleh karenanya, tenaga koding juga harus senantiasa mengikuti perkembangan keilmuannya dengan mengikuti pelatihan di bidang rekam medis yang akan meningkatkan kemampuan dan profesionalismenya.

#### **d. Faktor lain**

Sebagaimana halnya tenaga kerja/SDM pada umumnya, tentunya kualitas tenaga juga dipengaruhi oleh berbagai faktor SDM lain seperti usia, motivasi, sistem remunerasi, sanksi, dan lain-lain, namun tidak dibahas lebih jauh di sini.

Menurut (Bowman & Abdelhak, 2001) faktor-faktor yang menyebabkan kesalahan pengkodean adalah sebagai berikut :

1. Kegagalan peninjauan seluruh catatan
2. Pemilihan diagnosis utama yang salah
3. Pemilihan kode yang salah
4. Mengkode diagnosis atau prosedur yang salah oleh karena isi catatan
5. Kesalahan didalam memasukan kode ke dalam database atau pada tagihan

Menurut **Lloyd (1985)** ketepatan hasil koding dipengaruhi oleh Dokter (62%), **koder (35%)** dan ketepatan pengisian ke dalam software (3%). Koding

bersifat sangat subyektif dan bersinergi dengan kesalahan dokter. Kesalahan yang dilakukan oleh dokter meliputi prosedur yang terlupakan (46,3%), diagnosa yang terlupakan (42,9%), diagnosa utama yang kurang tepat (5,4%), terminology yang kurang tepat (4,4%) dan diagnosa yang tidak aktif dianggap sebagai diagnosa aktif (0,9%). Pada koder kesalahan yang lebih sering terjadi adalah keputusan untuk memilih apa yang harus di koding ketimbang kesalahan pemilihan kode. Kebanyakan kesalahan yang terjadi adalah pengkodean untuk prosedur non operatif. Pada penelitian akurasi koding dan prosedur di rumah sakit pendidikan yang berafiliasi dengan Kashan Universitas Ilmu Kesehatan (KAUMS) di Kashan, Iran, ada kesepakatan tentang pengaruh pengalaman dan pendidikan koder serta kelengkapan dokumentasi pada kualitas koding. Selanjutnya, perbedaan antara perspektif koder tentang faktor-faktor yang berpengaruh dan faktor-faktor yang sangat mempengaruhi kualitas koding memerlukan penelitian lebih lanjut tentang akar kesalahan koding dengan fokus pada process (Santos, 2008).

## **2.6 Tugas Dan Tanggung Jawab Dokter, Koder, Dan Verifikator BPJS**

Untuk mendapatkan hasil grouper yang benar diperlukan kerjasama yang baik antara dokter dan koder. Kelengkapan rekam medis yang ditulis oleh dokter akan sangat membantu koder dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan/prosedur yang tepat. Berikut tugas dan tanggung jawab dari dokter dan koder serta verifikator klaim.

### **2.6.1 DOKTER**

Tugas dan tanggung jawab dokter adalah menegakkan dan menuliskan diagnosis primer dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10, menulis seluruh tindakan/prosedur sesuai ICD-9-CM yang telah dilaksanakan serta membuat resume medis pasien secara lengkap dan jelas selama pasien dirawat di rumah sakit.

### **2.6.2 KODER**

Tugas dan tanggung jawab seorang koder adalah melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien. Apabila dalam melakukan pengkodean diagnosis atau tindakan/prosedur koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan aturan umum pengkodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter. Apabila klarifikasi gagal dilakukan maka koder dapat menggunakan aturan (*rule*) MB 1 hingga MB 5.

Klasifikasi dan kodefikasi penyakit masuk kedalam area kompetensi ‘Manajemen Data Kesehatan’ dimana inti kompetensi ini adalah mampu mengelola struktur, isi dan standar data kesehatan, menyusun standard dan persyaratan informasi pelayanan kesehatan, merancang system klasifikasi klinis dan merancang metodologi pembayaran pelayanan kesehatan.

Dalam hal merancang system klasifikasi klinis, lulusan perekam medis dan informasi kesehatan mampu : (PORMIKI, 2014)

1. Memilih aplikasi elektronik untuk system pengkodean dan klasifikasi klinis

2. Melaksanakan dan mengelola aplikasi proses pengkodean dan klasifikasi klinis
3. Menjaga proses, kebijakan dan prosedur untuk memastikan keakuratan data yang telah dikode

Menurut (KepMenkes, No. 377/Menkes/SK/III/2007 ) perekam medis mampu menetapkan kode penyakit dan tindakan dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia (ICD 10) tentang penyakit dan tindakan medis dalam pelayanan dan manajemen kesehatan.

No	Kode Unit Kompetensi	Judul Unit Kompetensi
1.	MIK.KK.01.001.01	Menentukan nomor kode diagnosis pasien sesuai petunjuk dan peraturan pada pedoman buku ICD yang berlaku (ICD-10 Volume 2)
2.	MIK.KK.01.002.01	Mengumpulkan kode diagnosis pasien untuk memenuhi sistem pengelolaan, penyimpanan data pelaporan untuk kebutuhan analisis sebab tunggal penyakit yang dikembangkan
3.	MIK.KK.01.003.01	Mengklasifikasikan data kode diagnosis yang akurat bagi kepentingan informasi morbiditas dan sistem pelaporan morbiditas yang diharuskan
4.	MIK.KK.01.004.01	Menyajikan informasi morbiditas dengan akurat dan tepat waktu bagi kepentingan monitoring KLB epidemiologi dan lainnya
5.	MIK.KK.01.005.01	Mengelola indeks penyakit dan tindakan guna kepentingan laporan medis dan statistik serta permintaan informasi pasien secara cepat dan terperinci.
6.	MIK.KK.01.010.01	Menjamin validitas data untuk registrasi penyakit
7.	MIK.KK.01.011.01	Mengembangkan dan mengimplementasikan petunjuk standar koding dan pendokumentasian

## 2.7 Payung Hukum JKN

No	LANDASAN HUKUM	TENTANG
1.	Peraturan Presiden No. 32/2014	Pengelolaan & Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada FKTP Milik Pemerintah Daerah

2.	Peraturan Menteri Kesehatan No. 19/2014	Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan & Dukungan Biaya Operasional pada FKTP Milik Pemerintah Daerah
3.	SE Mendagri No. 900/2280/SJ 5 Mei 2014	Petunjuk Teknis Penganggaran, Pelaksanaan & Pentatausahaan, serta Pertanggungjawaban Dana Kapitasi JKN pada FKTP Milik Pemda
4.	Peraturan Menteri Kesehatan No. 27/2014	Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA CBG'S)
5.	Peraturan Menteri Kesehatan No. 28/2014	Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional
6.	Rancangan Revisi Permenkes No. 69/2013	Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama & Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dalam Penyelenggaraan Program JKN

Sumber : Sosialisasi JKN Tingkat Propinsi Dalam Rangka Transformasi Jamkesmas Propinsi Mekanisme Kepesertaan Eks Jamkesmas (PBI) Pusat dalam program JKN - **Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Jakarta. 1 Oktober 2014**

## 2.8 Dasar Hukum BPJS



sumber : sosialisasi jaminan kesehatan nasional (jkn) dan bpjs kesehatan, Jakarta, 23 September 2014 dr. Beno Herman, AAK Kepala Cabang

## 2.9 Peraturan terkait BPJS

NO	NAMA PERATURAN	TENTANG
1	Manual Pelaksanaan Jkn-Bpjs Kesehatan	Kumpulan Panduan Praktis Layanan Bpjs Kesehatan Dan Peraturan Pelaksanaannya.
2	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013	Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
3	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 328/Menkes/Sk/VIII/2013	Formularium Nasional
4	Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2014	Tata Cara Pendaftaran Dan Pembayaran Peserta Perorangan Bpjs
5	Surat Edaran No Hk/Menkes/32/1/2014	Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Bpjs Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Faskes Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
6	Surat Edaran No Hk/Menkes/31/1/2014	Pelaksanaan Standar Tarif Pelayanan Faskes Tingkat Pertama Dan Faskes Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
7	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014	Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-Cbgs)
8	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014	Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional
9	Permenkes RI No. 59 tahun 2014	Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
10	Surat Edaran No. HK.03/03/X/1817/2014	Penjelasan Penerapan Tarif INA-CBG's dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
11	Peraturan Direksi BPJS No. 211 Tahun 2014	Petunjuk Teknis Pendaftaran Dan Penjaminan Peserta Perorangan BPJS
12	Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 2 Tahun 2015	Norma Penetapan Besaran Kapitasi Dan Pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

13	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 99 Tahun 2015	Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional
14	Surat No. 610/IV-2/0915	Pelayanan DSA
15	Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2016	Tata Cara Pendaftaran, Penagihan, Pembayaran, Dan Pelaporan Iuran Secara Online Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah Dari Badan Usaha Baru Dalam Rangka Kemudahan Berusaha
16	Permensos No.5 Tahun 2016	Pelaksanaan Pp No. 76 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Pp No.101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
17	Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2016	Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan
18	Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016	Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan
19	Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2016	Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan
20	Surat Edaran Nomor Hk.03.03/ MENKES/ 63/2016	Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim Ina-Cbg Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

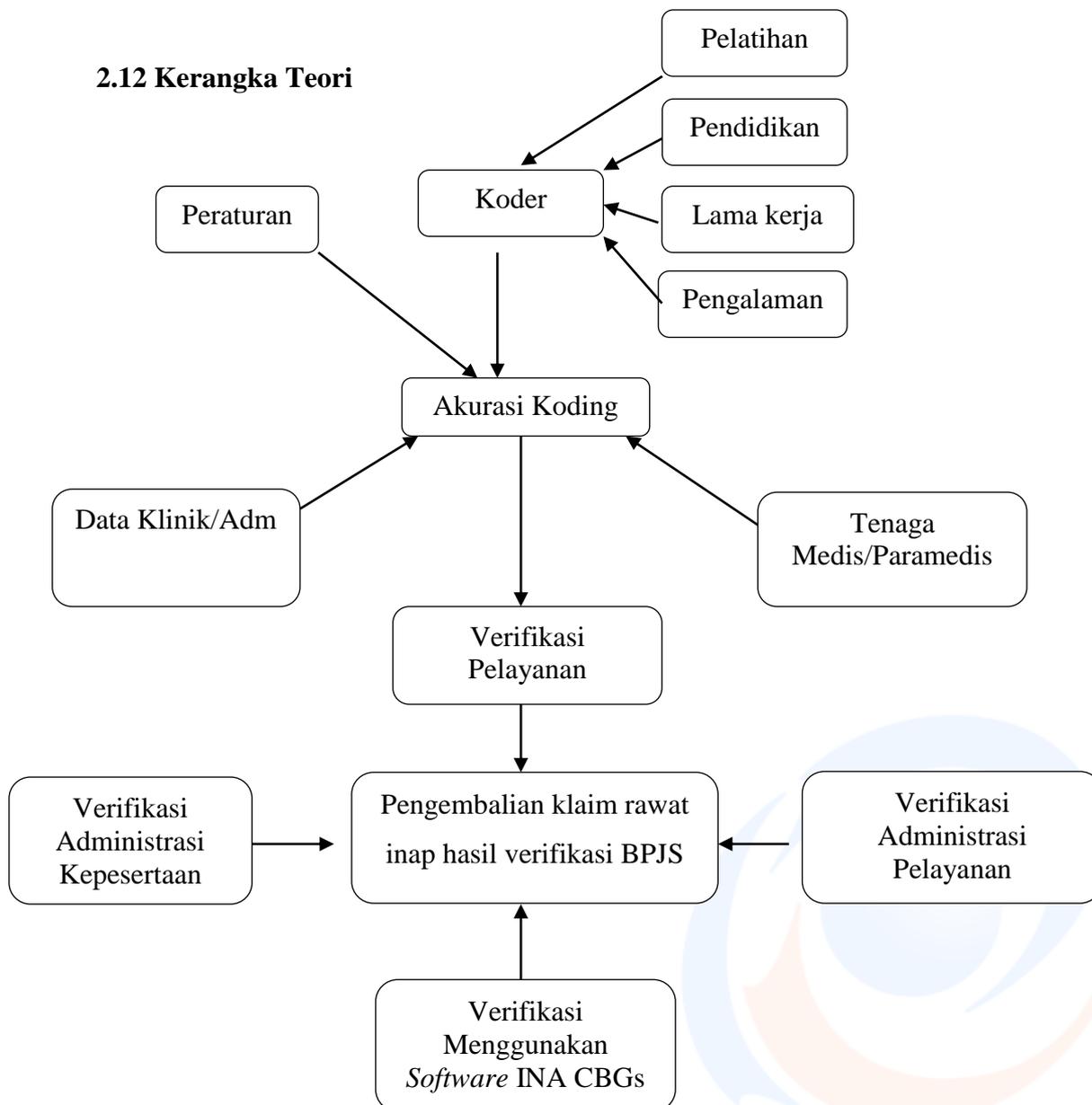
2.9.1 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-Cbgs)

2.9.1 Surat Edaran Nomor Hk.03.03/ MENKES/ 63/2016 Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim Ina-Cbg Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

Surat Edaran ini berisikan Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG yang merupakan hasil analisis dan keputusan bersama yang telah disepakati oleh Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan dan Perhimpunan/ Organisasi Profesi

Dokter Spesialis terkait, dan ditujukan untuk menjadi acuan bagi BPJS Kesehatan serta FKRTL dalam menyelesaikan sejumlah kasus yang pembayaran klaimnya masih tertunda. Dalam surat edaran tersebut disampaikan 36 (tiga puluh enam) kasus terkait permasalahan klinis dan 21 (dua puluh satu) kasus terkait permasalahan koding serta 1 (satu) kasus terkait permasalahan administrasi. Verifikator BPJS menyebut surat edaran ini dengan sebutan **konsensus**.





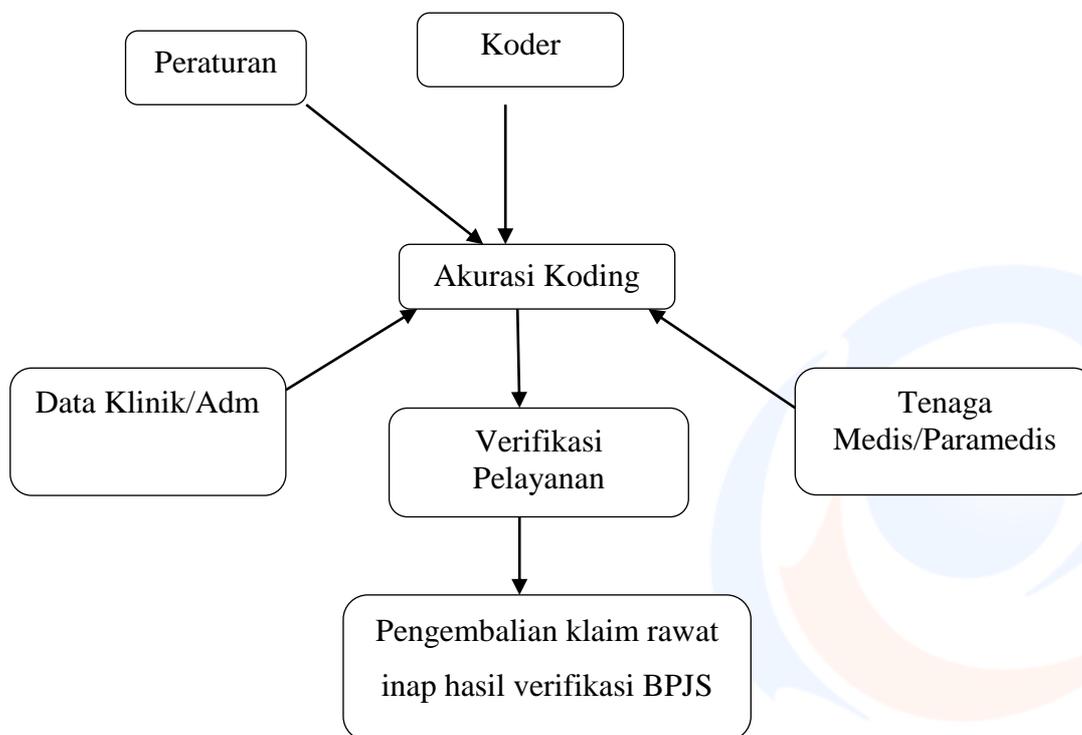
**Gambar 2.1.** Kerangka Teori modifikasi Faktor Penyebab Akurasi Koding (Bowman & Abdelhak, 2001; Hasan; O'Malley et al., 2005; Quan; Silfen; Surján; van Walraven & Demers, 2001) dan Juknis verifikasi klaim BPJS 2014

## BAB 3

### KERANGKA KONSEP

#### 3.1 Kerangka Konsep

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis akurasi koding pada pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS. Berikut model penelitian yang diajukan.



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

### 3.2 Definisi Istilah

Adapun definisi istilah dari komponen penelitian yang ada di kerangka konsep adalah sebagai berikut :

No	Istilah	Definisi Operasional
1	Koder	Tenaga perekam medis yang bekerja pada bagian koding.
2	Peraturan	Peraturan merupakan salah satu bentuk keputusan yang harus ditaati dan dilaksanakan.
4	Akurasi koding	Ketepatan pemberian kode penyakit dan tindakan berdasarkan ICD 10 dan ICD 9-CM.
5	Verifikasi pelayanan	Memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau softcopy-nya). Ketentuan coding mengikuti panduan coding yang terdapat dalam Juknis INA CBG
6	Data klinik	Informasi medis yang ada pada berkas rekam medis yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan pada pasien oleh sarana pelayanan kesehatan
7	Tenaga	Tenaga kesehatan yang berperan terhadap perawatan

	medis/paramedis	pasien dan kelengkapan pengisian hasil pemeriksaan pasien ke dalam rekam medis.
8	Pengembalian klaim rawat inap hasil verifikasi BPJS	Berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS setelah melalui verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan, verifikasi menggunakan software. Dalam penelitian ini adalah berkas klaim yang dikembalikan setelah ada ketidaksesuaian di verifikasi pelayanan berupa ketidaksesuaian koding sehingga perlu dikonfirmasi/dikaji ulang oleh koder.



## **BAB 4**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1. Rancangan Penelitian**

Dalam penelitian ini rancangan penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus dilakukan peneliti untuk menggali informasi penyebab pengembalian klaim rawat inap hasil verifikasi BPJS di RSUP Fatmawati. Pendekatan studi kasus bertujuan untuk memahami objek yang ditelitinya. Meskipun demikian, berbeda dengan penelitian yang lain, penelitian studi kasus bertujuan secara khusus menjelaskan dan memahami objek yang ditelitinya secara khusus sebagai suatu ‘kasus’. Berkaitan dengan hal tersebut, Yin (2003a, 2009) menyatakan bahwa tujuan penggunaan penelitian studi kasus adalah tidak sekadar untuk menjelaskan seperti apa objek yang diteliti, tetapi untuk menjelaskan bagaimana keberadaan dan mengapa kasus tersebut dapat terjadi. Dengan kata lain, penelitian studi kasus bukan sekadar menjawab pertanyaan penelitian tentang ‘apa’ (what) objek yang diteliti, tetapi lebih menyeluruh dan komprehensif lagi adalah tentang ‘bagaimana’ (how) dan ‘mengapa’ (why) objek tersebut terjadi dan terbentuk sebagai dan dapat dipandang sebagai suatu kasus. Sementara itu, strategi atau metode penelitian lain cenderung menjawab pertanyaan siapa (who), apa (what), dimana (where), berapa (how many) dan seberapa besar (how much).

#### **4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan di bagian rekam medis dan bagian piutang pasien RSUP fatmawati. Waktu penelitian adalah bulan Mei-Juni 2016. Pengambilan

data dilakukan sendiri oleh peneliti dengan menelaah berkas pengembalian klaim BPJS yang berada di bagian pengelola piutang pasien. Wawancara dilakukan untuk keterangan tambahan penelitian.

### **4.3 Populasi dan Sampel Penelitian (Pemilihan Sumber Informasi?)**

Pemilihan sumber informasi dilakukan dengan *purposive* (menetapkan langsung) dengan menggunakan prinsip kecukupan (*adequacy*) dan kesesuaian (*appropriateness*) dengan tujuan penelitian.

#### **4.3.1 Populasi**

Populasi yang digunakan untuk proses telaah dokumen yaitu berkas yang dikembalikan oleh BPJS terkait konfirmasi koding bulan Januari – April 2016 sebanyak 615 berkas. Periode tersebut diambil karena berdekatan dengan waktu penelitian, agar data yang dihasilkan *update*. Tempat melaksanakan penelitian adalah di dalam ruangan rekam medis dan unit pengelola piutang pasien.

#### **4.3.2 Sampel**

Sampel penelitian diambil dari populasi. Teknik pengambilan sampling yang dilakukan adalah teknik *purposive sampling*, yaitu cara pemilihan sampel yang ditentukan sendiri oleh peneliti dengan mempertimbangkan kecukupan (*adequacy*) dan kesesuaian (*appropriateness*) dengan tujuan penelitian. Besaran sampel yang diambil adalah 50% dari populasi per bulan. Sehingga didapatkan besar sampel sebesar 308 berkas. Dari 308 sampel, dipilih dari berkas dengan nomor urut 1200 keatas, dimana berkas tersebut adalah klaim yang sudah lebih dari 1 kali dikembalikan oleh verifikator. Kemudian berkas tersebut dianalisis dan

direkap lagi untuk menentukan kasus penyakit yang paling sering dikembalikan oleh verifikator. Hasil akhir terdapat 64 berkas klaim dengan kasus penyakit yang paling banyak dikembalikan oleh verifikator rawat inap yaitu kasus penyakit Pada Sistem Sirkulasi.

#### **4.3.3 Sumber Data**

Data penelitian ini diperoleh dari data primer dan data sekunder. Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut :

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung melalui pengamatan langsung (observasi) dan wawancara dengan informan. Informan adalah orang yang memberikan informasi atau keterangan data yang diperlukan oleh peneliti. Dalam penelitian ini yang menjadi informan adalah koder, petugas pengelola piutang, dan verifikator BPJS.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung dari sumbernya. Data sekunder dalam penelitian ini didapatkan dari berkas klaim rawat inap hasil verifikasi BPJS bulan Januari – April 2016 dengan dilakukan penelaahan dokumen.

#### **4.4 Tehnik dan prosedur pengumpulan Data**

Adapun teknik pengumpulan data yang penulis lakukan melalui beberapa cara yaitu: studi literature, observasi, wawancara, triangulasi.

1. Observasi

Observasi digunakan untuk mengamati berkas pengembalian klaim hasil verifikasi dari BPJS untuk melihat akurasi koding yang dibuat oleh koder dan hasil verifikasi koding final dari BPJS sehingga dapat mengetahui perbedaan koding antara sebelum dan sesudah verifikasi.

2. Studi literature

Dalam penelitian ini penulis mencari literature berupa peraturan-peraturan yang berkaitan dengan JKN, BPJS, buku-buku yang berkaitan dengan penyakit sistem sirkulasi, serta pedoman penentuan klasifikasi dan kodeikasi penyakit baik ICD volume 2, maupun versi INA-CBGs.

3. Wawancara

Wawancara digunakan untuk keterangan tambahan penelitian. Wawancara dilakukan kepada koder, staf pengelola piutang, dan verifikator BPJS. Sebelum memulai wawancara, peneliti memberikan informed consent penelitian kepada setiap informan. Setelah informan menyetujui dan menandatangani informed consent penelitian, maka peneliti meminta ijin kepada informan supaya proses wawancara direkam dengan recorder. Penelitian dilakukan sesuai kesepakatan bertemu dengan informan. Informan memilih waktu dan tempat terbaik untuknya. Peneliti membuat pedoman wawancara yang memuat pokok pokok pertanyaan yang diajukan saat wawancara.

4. Dokumentasi

Dokumentasi penting sebagai bukti pelaksanaan penelitian ini dan membantu penulis untuk mempelajari kembali proses yang mungkin penulis lewatkan. Dokumentasi dilakukan dengan merekam suara dan mengambil foto selama proses observasi dan ketika wawancara.

#### **4.5 Instrumen Pengumpulan Data**

Beberapa alat bantu peneliti di lapangan adalah sebagai berikut :

1. Pedoman wawancara, sebagai pedoman penulis saat wawancara dengan koder, petugas pengelola piutang, serta verifikator BPJS sehingga proses wawancara lebih efektif, dan terarah.
2. Buku catatan dan pulpen untuk mencatat temuan penting selama proses wawancara, dan mencatat hasil wawancara dikarenakan informan tidak bersedia menggunakan alat perekam.
3. Lembar check list untuk menganalisis klaim rawat inap yang dikembalikan oleh BPJS

#### **4.6 Pengolahan dan Analisis Data**

Pengolahan data dilakukan dengan cara mengelompokkan berkas klaim rawat inap hasil verifikasi BPJS per bulan. Kemudian dilakukan analisis dengan melihat keakuratan kode per kasus penyakit dengan menggunakan daftar tilik/check list. Setelah selesai, data yang ada pada daftar tilik dipindahkan ke program excel untuk kemudian di *sort* berdasarkan kasus penyakit. Setelah

didapatkan data jumlah kasus terbanyak, berkas klaim dengan kasus tersebut dipilah untuk dianalisis lebih lanjut.

Analisa data yang dilakukan adalah dengan menelaah kode sebelum verifikasi dan setelah diverifikasi oleh BPJS. Bila ditemukan adanya kode yang berubah dan atau dihilangkan oleh verifikator BPJS, maka penulis melakukan studi literature ke surat edaran No. HK.03.03/Menkes/63/2016 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, Permenkes RI No. 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs), dan ICD Volume 2 tentang instruksi manual dan pedoman penggunaan ICD 10. Hasil analisa dituangkan dalam lembar checklist, dan terakhir dipindahkan ke program excel untuk dilakukan pengelompokan data berdasarkan penyebab ketidaksesuaian hasil koding.

#### **4.7 Validitas Data**

Untuk pemeriksaan keabsahan hasil penelitian perlu dilakukan validasi, salah satunya adalah dengan melalui metode triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain. Di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu (Moleong, 2006).

Pada penelitian ini, pengecekan keabsahan dilakukan dengan teknik triangulasi sumber dan metode, sebagai berikut :

1. Triangulasi sumber

Triangulasi sumber dilakukan dengan cara membandingkan data yang diperoleh dari berkas klaim rawat inap dengan resume medis pasien.

## 2. Triangulasi metode

Penulis menggunakan tehnik observasi telaah dokumen dan studi literature untuk mencari referensi dari temuan temuan yang ada. Wawancara dilakukan untuk mendukung atau memberi keterangan terhadap permasalahan yang ada.



## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Pada awalnya RSUP Fatmawati bernama Rumah Sakit Ibu Soekarno, terletak di kelurahan Cilandak Barat Kecamatan Cilandak Jakarta Selatan dan direncanakan sebagai Rumah Sakit TBC khusus Anak-anak oleh Yayasan Ibu Soekarno. Dalam proses pembangunannya, yayasan mengalami kesulitan sehingga diserahkan kepada Departemen Kesehatan RI pada tahun 1961. Di bawah Departemen Kesehatan RI, RSUP Fatmawati berkembang dan mengalami beberapa perubahan seiring dengan perubahan kebijakan pemerintah dalam bidang kesehatan. Perubahan status RSUP Fatmawati sebagai berikut :

- a. Tahun 1984 melalui SK Menkes RI No.294/Menkes/SK/V/1984, SK Menkes No. 1306/Menkes/SK/III/1988 RSUP Fatmawati dinyatakan sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas B Pendidikan dan sebagai Pusat Rujukan Wilayah Jakarta Selatan.
- b. Tahun 1992 RSUP Fatmawati ditetapkan sebagai Rumah Sakit Unit Swadana bersyarat dan dua tahun kemudian menjadi Rumah Sakit Umit Swadana tanpa syarat.
- c. Tahun 1997 dengan diberlakukannya UU No.20 Tahun 1997, RSUP Fatmawati berubah menjadi Instansi pengguna PNB (Penerimaan Negara bukan Pajak)
- d. Tahun 2000 berdasarkan PP No.117 tahun 2000 RSUP Fatmawati ditetapkan sebagai Rumah Sakit Perjan (Perusahaan Jawatan)

- e. Tahun 2005 melalui surat Menkes RI No.1861/Menkes/VI/2005 dan SK Menkes RI No.1243/Menkes/VIII/2005, RSUP Fatmawati menjadi Unit Pelaksana Teknis Departemen Kesehatan RI yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU)
- f. Tahun 2008 berdasarkan SK Menkes RI No.424/Menkes/SK/VI/2008 RSUP Fatmawati ditetapkan sebagai RSU dengan pelayanan unggulan Bidang Orthopaedi dan Rehabilitasi Medik.

## 5.2. Gambaran Pengembalian Klaim Rawat Inap Pasien BPJS

**Tabel 5.1**  
**Klaim Dan Rata-Rata Jumlah Perbaikan Dari Bpjs Kesehatan**  
**Jaminan Kesehatan Nasional [ Jkn-Bpjs ]**  
**Tahun 2016**

Keterangan	BULAN									
	Januari		Februari		Maret		April		TOTAL	
	Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%	Jml.	%
<b>JUMLAH KLAIM</b>	<b>1,919</b>		<b>1,881</b>		<b>2,107</b>		<b>2,080</b>			
<b>PERBAIKAN ADMINISTRASI</b>	<b>105</b>	<b>5.5%</b>	<b>72</b>	<b>3.8%</b>	<b>88</b>	<b>4.2%</b>	<b>70</b>	<b>3.4%</b>		<b>2.1%</b>
<b>PINJAM STATUS</b>	<b>10</b>	<b>0.5%</b>	<b>19</b>	<b>1.0%</b>	<b>35</b>	<b>1.7%</b>	<b>52</b>	<b>2.5%</b>		<b>1.3%</b>
<b>KONFIRMASI KODING IRMPDI</b>	<b>176</b>	<b>9.2%</b>	<b>153</b>	<b>8.1%</b>	<b>169</b>	<b>8.0%</b>	<b>117</b>	<b>5.6%</b>		<b>7.0%</b>
<b>KELENGKAPAN RESUME</b>	<b>182</b>	<b>9.5%</b>	<b>173</b>	<b>9.2%</b>	<b>171</b>	<b>8.1%</b>	<b>127</b>	<b>6.1%</b>		<b>7.5%</b>
<b>JUMLAH DIKEMBALIKAN</b>	<b>473</b>	<b>24.6%</b>	<b>417</b>	<b>22.2%</b>	<b>463</b>	<b>22.0%</b>	<b>366</b>	<b>17.6%</b>		<b>18.0%</b>

Sumber data : Unit Pengelola Piutang Pasien RSUP Fatmawati tahun 2016.

Rata rata pengembalian berkas klaim rawat inap per bulan adalah sebesar 20,88 % dari total keseluruhan berkas yang diklaim. Dari pengembalian berkas tersebut, dibagi 4 kategori, yaitu :

1. Perbaikan administrasi : hasil verifikasi menunjukkan ada ketidaksesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs.
2. Pinjam status : peminjaman dokumen yang ada didalam rekam medis untuk keperluan verifikasi.
3. Konfirmasi koding : verifikator melihat ada ketidaksesuaian koding yang dibuat dengan diagnosis dan hasil pemeriksaan yang ada di berkas klaim rawat inap.
4. Kelengkapan resume : pengembalian berkas untuk dilengkapi kembali resume medis dengan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Dari 4 kategori tersebut, 36% dari total klaim rawat inap yang dikembalikan oleh verifikator rawat inap adalah pengembalian untuk konfirmasi koding.

*“Kalo untuk data pengembalian di rekam medis ga ada. Perkiraan dalam 1 minggu ada 50 berkas yang dikembalikan. Tapi ga tentu juga. Itu juga belum tentu kesalahan koding. Ada juga yang diagnosanya ga lengkap, tensi ga ada, hasil lab ga ada”.*(K1)

Bila ada pengembalian berkas klaim rawat inap hasil verifikasi BPJS, prosesnya adalah bagian verifikasi BPJS memberi informasi melalui telpon ke bagian pengelola piutang RSUP Fatmawati. Namun bagian pengelola piutang tidak selalu menunggu kabar, akan tetapi juga ‘menjemput bola’ dengan rutin datang ke bagian verifikasi BPJS untuk menanyakan tentang proses klaim yang diajukan. Bila ada berkas yang dikembalikan, maka petugas pengelola piutang mengecek jumlah berkas dengan tanda terima yang sudah dibuat oleh bagian

verifikasi BPJS dan sudah dipilah berdasarkan 4 kategori. Setelah berkas klaim sampai di bagian pengelola piutang, berkas di pilah kembali oleh petugas pengelola piutang untuk memastikan bahwa tidak ada salah letak terhadap pembagian 4 kategori tersebut. Untuk berkas yang memerlukan perbaikan administrasi disimpan di bagian pengelola piutang untuk kemudian akan diperbaiki di aplikasi INA-CBGs. Untuk konfirmasi koding, kelengkapan resume, dan pinjam status langsung diantar ke bagian rekam medis. Bagian rekam medis memilah kembali berkas klaim yang dikembalikan berdasarkan tulisan koder yang ada di resume medis pasien. Masing-masing koder memiliki tanggungjawab atas kode yang sudah dibuat.

Dari beberapa klaim yang dikembalikan oleh BPJS, ada beberapa data dalam rekam medis yang kerap di minta untuk di lampirkan selain resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang, yaitu :

1. Pengkajian Dokter
2. Lembar Konsultasi
3. Triage IGD
4. Kajian Keperawatan tentang pemasangan ventilator

*“Dari BPJS itu suka minta data lainnya yang ada di rekam medis seperti Pengkajian Dokter, Lembar Konsultasi, Triage IGD, Kajian Keperawatan tentang pemasangan ventilator. Padahal kan itu ga boleh ya, rahasia medis pasien”.*(P1)

Kepemilikan Rekam Medis seringkali menjadi perdebatan dilingkungan kesehatan. Banyak pihak internal maupun pihak eksternal yang ingin mengetahui isi dari Rekam Medis itu sendiri. Karena informasi medis bersifat rahasia, maka

dalam pelepasan informasi kepada pihak lain (*secondary release*) sarana kesehatan bertanggung jawab untuk melindungi informasi kesehatan yang terdapat didalam Rekam Medis terhadap kemungkinan hilang, rusak, pemalsuan dan akses yang tidak sah. Rekam Medis hanya dapat dikeluarkan berdasarkan otoritas Rumah Sakit yang berwenang, dan kerahasiaan isinya dikeluarkan berdasarkan izin dari pasien yang bersangkutan, sehingga informasi yang terdapat didalamnya dapat dipertanggung jawabkan. Pelepasan informasi Rekam Medis harus disertai dengan izin tertulis dari pasien begitu pula dengan pemaparan isi Rekam Medis, haruslah dokter yang merawat pasien tersebut. Ini sejalan dengan PerMenKes No.269/MENKES/PER/III/2008.

### 5.3. Jenis Kasus Penyakit pada Pengembalian Klaim Rawat Inap

**Tabel 5.2**  
**Jenis Kasus Penyakit pada Pengembalian Klaim Rawat Inap**  
**Januari – April Tahun 2016**

NO	KODE	KASUS PENYAKIT	JUMLAH PENGEMBALIAN KLAIM
1	I00-I99	Penyakit Pada Sistem Sirkulasi	62
2	A00-B99	Penyakit infeksi dan parasite	43
3	C00-D48	Neoplasma	36
4	E10-E90	Endokrin, nutrisi dan gangguan metabolic	35
5	D50 - D89	Penyakit darah dan organ pembentuk darah termasuk gangguan sistem imun	29

6	Z00-Z99	Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan dan hubungannya dengan jasa kesehatan	24
7	K00-K93	Penyakit pada sistem pencernaan	17
8	R00-R99	Gejala, tanda, dan hasil abnormal klinis dan laboratorium, not elsewhere classified	15
9	G00-G99	Penyakit yang mengenai sistem saraf	10
10	J00-J99	Penyakit pada sistem pernafasan	9
11	S00-T98	Keracunan, cedera dan beberapa penyebab yang dari luar	7
12	N00-N99	Penyakit pada sistem saluran kemih dan ginjal	7
13	M00-M99	Penyakit pada sistem musculoskeletal	6
14	P00-P96	Keadaan yang berasal dari periode perinatal	4
15	O00-O99	Kehamilan, Melahirkan, dan Nifas	4
<b>Jumlah</b>			<b>308</b>

Dari 308 berkas klaim yang ditelaah, terdapat 15 besar kasus penyakit yang sering dikembalikan oleh verifikator BPJS. Kasus tertinggi adalah pada kasus penyakit system sirkulasi sebanyak 62 kasus.

#### 5.4. Penyebab Pengembalian Klaim Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS

Dari sampel sebanyak 308 klaim, peneliti hanya fokus pada kasus penyakit terbanyak yaitu pada kode ICD I00-I99 yaitu penyakit penyakit pada system sirkulasi yaitu sebanyak 62 kasus. Dari hasil analisis terhadap klaim rawat inap

hasil verifikasi BPJS, ada beberapa penyebab yang mengakibatkan pengembalian klaim rawat inap hasil verifikasi BPJS sebagai berikut :

**Tabel 5.3**  
**Penyebab Pengembalian Klaim Pasien Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS**  
**Pada Kasus Penyakit Sistem Sirkulasi**  
**Bulan Januari-April 2016**

NO	PENYEBAB PENGEMBALIAN	JUMLAH	%
1	KODE TIDAK TEPAT	23	37%
2	KURANG PEMERIKSAAN PENUNJANG PENDUKUNG DIAGNOSIS	19	31%
3	RULE MB4	5	8%
4	KONSENSUS NO. 18	3	5%
5	KONSENSUS NO. 37	3	5%
6	KONSENSUS NO. 26	2	3%
7	KONSENSUS NO. 47	2	3%
8	MB RULE, DAN KONSENSUS NO.2	2	3%
9	KONSENSUS NO. 19	1	2%
10	KONSENSUS NO. 25	1	2%
11	VERIFIKATOR INTERNAL	1	2%
<b>JUMLAH</b>		<b>62</b>	<b>100%</b>

#### 5.4.1 Ketidaktepatan penentuan kode oleh koder

**Tabel 5.4**  
**Ketidaktepatan Penentuan Kode oleh Koder**  
**Pada Klaim Pasien Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS**  
**Kasus Penyakit Sistem Sirkulasi**  
**Bulan Januari-April 2016**

NO	KODER	RESUME MEDIS		VERIFIKATOR		KETERANGAN VERIFIKATOR	KETERANGAN
		DIAGNOSIS	KODE ICD 10	DIAGNOSIS	KODE ICD		
1	k2	Stroke Ec.Aterotrombotik	I63.3	Stroke Ec.Aterotrombotik	I63.8	Mhn Konfirmasi Penunjang Terapi	

2	K3		3859	DP 3859 JADI 042		Kurang Lap Operasi	
3	K5	CVD SI	I63.8	STROKE	I64	CT Scan Dbn	
4	K2	Hematemesis Melena Ec. Pvo, Ds Sirosis Hari, Hepatitis B, Hiponatremia	K74.6+ I98.2*	Hematemesis Melena Ec. Pvo, Ds Sirosis Hari, Hepatitis B, Hiponatremia	I85.0	Sesuai Resume Ec.Pvo (Pendarahan)	I85.0 Oesophageal Varices With Bleeding
5	K2	CVD Stroke Infark/Cerebra l Trombosis	I63.9	CVD Stroke Infark/Cerebral Trombosis	I66.0	Di Resume Cerebral Trombosis	
6	K5	Hemiparese	G82.5	Hemiparese	G81.9	Resume Penurunan Kesadaran , Hemiparese Dextra Ec.Stroke Iskemik.	G82.5 Tetraplegia
7	K2	CHF EC. CAD	I50.0	CHF EC. CAD	I25.1	DU Sesuai Resume	
8	K6	DS BE pada TB BTA -	A16.0	DS BE pada TB BTA -	A16.2	-	DS BE pada TB BTA + A16.0
9	K6	CHF EC. CAD		CHF EC. CAD	I25.1	-	Resume CHF Ec. CAD, Koder Salah Urutan Du
10	K4		J18.9	Ds J189 Hilang			Tidak Ada Tulisan Pneumonia, Tertulis Acute Convulsionate State, Tdk Ada Ronchi

11	K3	Cvd Stroke Iskemik/Cerebral Trombosis	I67.9	Cvd Stroke Iskemik/Cerebral Trombosis	I66.9	Di Resume Cerebral Trombosis	Trombosis Cerebri I66.9
12	K5	Cvd Stroke Iskemik/Cerebral Trombosis	I63.3	Cvd Stroke Iskemik/Cerebral Trombosis	I66.9	Ct Scan Tak Ada Kelainan. Cek Icd 10 Trombosis Cerebri I65.9	Trombosis Cerebri I66.9
13	K3	Stroke Trombosis	I63.3	Stroke	I64		Ct Scan Tidak Tampak Kelainan.
14	K5	CVD Stroke Iskemik	I67.8	Stroke	I64	Stroke	Tidak Ada Ket Pemeriksaan Fisik Lainnya
15	K5		D64.9	D64.9 Hilang			Di Resume Dokter Tdk Menulis Anemia Tp Hb 7
16	K6		I80.2	I80.2 Hilang		Penunjang?	Diresume Tdk Ada Tulisan Phlebitis
17	K5	Cerebral Trombosis	I63.3	Stroke	I64	Ct Scan Tidak Tampak Infark	Koder Sesuai Resume Cerebral Trombosis I63.3, Di Resume Tertulis Tdk Tampak Infark, Pendarahan /Sol Intracerebri Pada Ct Scan Kepala
18	K5	CKD	N17.9	CKD	N18.8	Konfirmasi Dokter CKD Bukan ARF	N17.9 Adalah Acute Renal Failure
19	K2	IVH	I11.0	IVH	I61.5	Di Resume Ivh	Ivh (Intraventricular Hemmorrhagic), Dikode I110 Seharusnya I61.5

20	K3	MR	I05.1	MR	I34.0	Echo Mitral Reguritation	Salah Kode Karena Singkatan Dokter (Dikode Mitral Rhematoid, Harusnya Mitral Regurgitation)
21	K3	Arrythmia	I46.9	Arrythmia	122.9	Tidak Ada Di Resume	Salah Kode, Di Resume Arrythmia, Tp Tulisan Tdk Jelas
22	K3			DS D649 Jadi D630		Fokus Infeksi	Tulisan Dokter Tidak Jelas, Sitopenia?
23	K4	Cvd Stroke Isk/Cerebral Trombosis	I63.3	Cvd Stroke Isk/Cerebral Trombosis	I66.9	Cerebral + Trombosis	Ct Scan Atrofi Cerebri, Infark.

beberapa kasus penyakit dimana koder salah menentukan kode diagnose :

- a. Diagnosis BE pada TB BTA (-), koder salah kode seharusnya A160 dikode A162

1. Ketidakjelasan tulisan Dokter

2. Penggunaan Singkatan pada penulisan diagnose

Beberapa singkatan yang terdapat pada penulisan diagnose membuat koder salah menentukan kode, contoh :

singkatan dokter (mitral rhematoid, harusnya mitral regurgitation) diagnosis

I051 jadi I340

3. Tidak tercantumnya note dari verikator yang menjelaskan alasan perubahan kode, sehingga tidak diketahui alasan perubahan kode.
4. Tertukarnya diagnose utama menjadi diagnose sekunder, dan diagnose sekunder menjadi diagnose utama.

#### 5.4.2 Pemeriksaan penunjang tidak mendukung diagnose sekunder

**Tabel 5.5**  
**Hasil Analisis Akurasi Koding terhadap Pemeriksaan Penunjang**  
**Pada Klaim Pasien Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS**  
**Kasus Penyakit Sistem Sirkulasi**  
**Bulan Januari-April 2016**

NO	KODER	RESUME MEDIS		HASIL VERIFIKASI BPJS	KETERANGAN VERIFIKATOR
		DIAGNOSIS	KODE		
1	K4	Pneumonia Thorax + Ronchi -	J18.9	Hilang	Thorax +, Ronchi -
2	K4	Acute Lung Edema	J81	Hilang	Kesan Ro?
3	K3	Gastritis	K29.7	Hilang	Lembar Bukti Tindakan Disertai Stenosis
4	K4	Dbd	A91	Hilang	Trombosit 85.000 Bukti Plasma?
5	K4	Bph , Neurogenic Bladder Jd Hilang	N40, N31.9	Hilang	Penunjang? Apakah Terdapat Resource?
6	K5	Dm Type 2	E11.9	Hilang	-
7	K4	Hypoglikemia	E16.2	Hilang	-

8	K2	ADHF EC CAD (UAP)	I20.0, I50.9	Hilang	Dilatasi Cf 56-60
9	K1	herniasi otak	G93.5	Hilang	Penunjang, Expertise Ct Scan Utk Melihat Herniasi Otak
10	K5	DM Type 2	E11.9	Hilang	-
11	K4	ARF	N17.9	Hilang	Cr 1,7? Sesuai Ekg?
12	K4	Pneumonia	J18.9	Hilang	Lihat Penunjang
13	K3	Acs Stemi	I21.9	I22.9	Tidak Ada Pemeriksaan Pendukung Yang Menjelaskan/Bahwa Hasil Ekg Stemi
14	K3	Hyperuricemia	E79.0	Hilang	-
15	K4	Aki	N17.9	Hilang	-
16	K5	Dm Type 2	E11.9	Hilang	-
17	K6	Pneumonia	J18.9	Hilang	-
18	K6	Hemiparese Ec.Stroke	G81.9	Hilang	Motorik Pem Fisik?

#### **5.4.3 Ketidaksesuaian dengan Permenkes RI No. 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) tentang aturan reseleksi diagnosis**

##### **a. Rule MB 4 Spesifitas**

**Tabel 5.6**  
**Hasil Analisis dengan Permenkes RI No. 27 tahun 2014 Rule MB4**  
**Pada Klaim Pasien Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS**  
**Kasus Penyakit Sistem Sirkulasi**  
**Bulan Januari-April 2016**

NO	K	RESUME MEDIS				KLAIM HASIL VERIFIKASI BPJS			
		DU	KODE ICD	DS	KODE ICD	DU	KODE ICD	DS	KODE ICD
1	K6	Cerebral Infarction	I63.8	Hypertensi	I10	Hypertensi	I10	Cerebral Infarction	I63.8
2	K3	Anemia Gravis	D64.9	Hemoroid interna	I84.2	Hemoroid interna	I84.2	Anemia	D64.9
3	K3	Kejang Demam Sederhana	R56.0	DHF	A91	DHF	A91	Kejang Demam Sederhana	R56.0
4	K3	Batuk berdarah ec.pemanjangan INR berat ec. Simarc	R04.2	Atrial Fibrilasi, CHF ec. HHD	I48, I13.2	HHD	I13.2	Haemoptysis, Atrial Firilasi	R04.2, I48
5	K2	Hemiparese ec. CVD SI DD SH	G81.9, I63.3	Hypertensi	I10	Stroke	I64	Hypertensi	I10

Koder menentukan kode berdasarkan urutan diagnose yang ditulis dokter. Namun penentuan diagnose utama dan sekunder yang ada di resume tidak sesuai. Pada Rule MB 4 menyebutkan bahwa bila diagnosis yang terekam sebagai diagnosis utama adalah istilah yang umum, dan ada istilah lain yang memberi informasi

lebih tepat tentang topografi atau sifat dasar suatu kondisi, maka reseleksi kondisi terakhir sebagai diagnosis utama : Contoh:

Diagnosis Utama : *Cerebrovascular accident*

Diagnosis Sekunder : Diabetes mellitus, Hypertensi, Cerebral haemorrhage

*Reseleksi cerebral haemorrhage* sebagai diagnosis utama ( I61.9.)

**5.4.3 Ketidaksesuaian dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 (Konsensus) tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.**

**Tabel 5.7**  
**Hasil Analisis dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016**  
**(Konsensus)**  
**Pada Klaim Pasien Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS**  
**Kasus Penyakit Sistem Sirkulasi**  
**Bulan Januari-April 2016**

NO	KODER	RESUME MEDIS		HASIL VERIFIKASI BPJS	KETERANGAN BPJS	KETERANGAN	HASIL ANALISIS
		DIAGNOSIS	ICD 10				
1	K1	Anemia	D63.8	Hilang	Hb 9,6, Tranfusi -		Konsensus No. 18
2	K3	Anemia	D64.9	Hilang	-	Hb 7,9, Tranfusi -	Konsensus No. 18
3	K2	Anemia	D64.9	Hilang	-	Hb 10,4	Konsensus No. 18
4	K3	Leukositosis	D72.8	Hilang	-	Leuko 10, 17.4, 6.9	Konsensus No. 19
5	K6	Gagal Nafas	J96.9	Hilang	Terapi Rjp?	Ds J969, Apakah Pengaruh Ke Biaya? Gagal Nafas Tdk Dijelaskan. Apa Beda Dg Konsensus	Konsensus No. 25

						Respiratory Arrest?	
6	K6	Pneumonia Aspirasi	J69.0		-	Pneumonia Aspirasi, Sesuai Resume Medis	Konsensus No.26
7	K4	Bronchopneumonia	J18.0		Ronchi? Kesan Paru Obstruksi	Di Resume Tertulis Bronchopneumonia. Koder Sesuai Resume	Konsensus No.26
8	K1	Hypokalemia	E87.6			K:3,09	Konsensus No.37
9	K6	Hypokalemia	E87.1		-	Di Resume Hypokalemia, Terkode Hypoosmolity And Hyponatremia, K:2,84 (<3)	Konsensus No.37
10	K1	Anemia Ec.Gi Bleeding	D64.9, E87.6		Shock Focus Infeksi	Di Resume Ds Anemia Ec.Gi Bleeding.Hb 6,9.Hypokalemia K 4,29	Konsensus No.37
11	K3	Cardiogenic Shock	R57.0		-	Ada Pemberian Obat Dobutan, Td Tidak Kurang Dari 80	Konsensus No.47
12	K3	Hypovolemic Shock	R57.6		Sesuai Konsensus		Konsensus No.47
13	K4	HHD, AKI	I11.9, N17.9	I120	Gabung		Pmk Mb Rule, Dan Konsensus No.2

14	K2	ADHF PD HHD	I12.0	I11.0	Hhd W/ Chf, Cardiomeg aly +	Pmk Mb Rule, Dan Konsensus No.2
----	----	----------------	-------	-------	--------------------------------------	--

**Tabel 5.8**  
**Hasil Analisis dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016**  
**(Konsensus No. 18)**  
**Pada Klaim Pasien Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS**  
**Kasus Penyakit Sistem Sirkulasi**  
**Bulan Januari-April 2016**

NO	KO DE R	RESUME MEDIS		HASIL VERIFIKA SI BPJS	KETERANGAN BPJS	KETERANGA N
		DIAGNOS IS	ICD 10			
1	K1	Anemia	D63.8	Hilang	Hb 9,6, Tranfusi -	
2	K3	Anemia	D64.9	Hilang	-	Hb 7,9, Tranfusi -
3	K2	Anemia	D64.9	Hilang	-	Hb 10,4

Di resume medis tertulis diagnose sekunder Anemia, namun hasil pemeriksaan tidak mendukung diagnose.

Konsensus menyebutkan bahwa Penggunaan anemia sebagai diagnosis sekunder pada beberapa diagnose utama seperti : persalinan, gagal ginjal, dll menyebabkan peningkatan biaya klaim. Dampaknya peningkatan severity level menjadi II. Anemia sebagai diagnosis sekunder adalah anemia yang disebabkan oleh :

1. Komplikasi penyakit utamanya (dimana terapi anemia berbeda dengan terapi utamanya, contoh : pasien kanker payudara yang

diradioterapi, pada perjalanannya timbul anemia maka anemia tersebut dapat dimasukkan diagnose sekunder dan stadium lanjut, dll) yang memerlukan transfuse darah dan eritropoetin harus dimasukkan.

2. Anemia Gravis (dibawah 8) pada penyakit kronik (bila gagal ginjal kronik, kanker kedalam diagnose sekunder karena memerlukan pengobatan khusus yang berbeda dari penyakit dasarnya.

**Tabel 5.9**  
**Hasil Analisis dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016**  
**(Konsensus No. 37)**  
**Pada Klaim Pasien Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS**  
**Kasus Penyakit Sistem Sirkulasi**  
**Bulan Januari-April 2016**

NO	KO DE R	RESUME MEDIS		HASIL VERIFIKA SI BPJS	KETERAN GAN BPJS	KETERANGAN
		DIAGNOSIS	ICD 10			
1	K1	Hypokalemia	E87.6			K:3,09
2	K6	Hypokalemia	E87.1		-	di resume hypokalemia, terkode hypoosmolity and hyponatremia, K:2,84 (<3)
3	K1	Anemia Ec.GI Bleeding	D64.9, E87.6		Shock Focus Infeksi	Di Resume Ds Anemia Ec.GI Bleeding.Hb 6,9.Hypokalemia K 4,29

Di resume medis tertulis diagnose sekunder hypokalemia, kode ICD : E87.6, dan hasil pemeriksaan darah K : 3,09. Pada hasil verifikasi BPJS kode tersebut di hilangkan.

Menurut konsensus no. 37, dikatakan bahwa penambahan kode E87.6 (hypokalemia) sebagai diagnosis sekunder, sering disalahgunakan pada hasil laboratorium yang menurun tidak bermakna. Dampaknya peningkatan severity level menjadi II. Kondisi Hypokalemia dapat menjadi diagnosis sekunder berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium dengan kadar  $K < 3,5$  mEq/L

**Tabel 5.10**  
**Hasil Analisis dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016**  
**(Konsensus No. 2)**  
**Pada Klaim Pasien Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS**  
**Kasus Penyakit Sistem Sirkulasi**  
**Bulan Januari-April 2016**

NO	KO DE R	RESUME MEDIS		HASIL VERIFIKA SI BPJS	KETERAN GAN BPJS	KETERANGAN
		DIAGNOS IS	ICD 10			
1	K4	HHD, AKI	I11.9, N17.9	I120	Gabung	
2	K2	ADHF PD HHD	I12.0	I11.0	Hhd W/ Chf, Cardiomegal y +	

Pada resume medis tertulis diagnosis sekunder hypertensive heart disease (kode ICD: I11.9) dan acute renal failure (kode ICD:N17.9). Hasil verifikasi BPJS kedua diagnosis sekunder tersebut dijadikan satu yaitu kode ICD: I12.0 (Hypertensive renal disease with renal failure).

Pada PMK No. 27 tahun 2014 halaman 33 di poin e tentang kode kategori kombinasi dijelaskan bahwa dalam ICD 10, ada kategori tertentu dimana dua

kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode.

Kondisi utama : renal failure

Kondisi lain : hypertensive renal disease

Diberi kode hypertensive renal disease with renal failure.

Pada consensus no. 2 dijelaskan bahwa kodng hipertensi disertai dengan kode Congestive Heart Failure, dan koding hipertensi disertai dengan kode renal failure, dampaknya adalah peningkatan severity level. Diagnosis hipertensi dan gagal jantung dan atau gagal ginjal hanya dapat dikoding dengan satu koding kombinasi tanpa mengentri gagal jantung/gagal ginjalnya.

**Tabel 5.11**  
**Hasil Analisis dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016**  
**(Konsensus No. 26)**  
**Pada Klaim Pasien Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS**  
**Kasus Penyakit Sistem Sirkulasi**  
**Bulan Januari-April 2016**

NO	KODE R	RESUME MEDIS		HASIL VERIFI KASI BPJS	KETERANGAN BPJS	KETERANGAN
		DIAGNOSIS	ICD 10			
1	K6	Pneumonia Aspirasi	J69.0	Hilang	-	Pneumonia Aspirasi, Sesuai Resume Medis
2	K4	Bronchopneumonia	J18.0	Hilang	Ronchi? Kesan Paru Obstruksi	Di Resume Tertulis Bronchopneumonia .Koder Sesuai Resume

Diagnosis Utama pada resume medis *stroke ec. Pendarahan intracerebral* (kode: I61.6). Diagnosis sekunder tertulis *bronchopneumonia* (kode: J18.0). Pada hasil pemeriksaan rontgen yang dilampirkan pada berkas klaim tertulis kesan paru dalam batas normal. Pada resume medis tidak ada keterangan tentang ronki. Setelah diverifikasi oleh BPJS kode J18.0 dihilangkan.

Konsensus no. 26 mengatakan bahwa penggunaan pneumonia sebagai diagnose sekunder tanpa hasil rontgen atau tanda klinis dampaknya adalah peningkatan severity level II. Pneumonia dapat ditegakkan berdasarkan pemeriksaan imaging minimal foto thoraxs dan berdasarkan anamnesis didapatkan keluhan batuk produktif yang disertai dengan perubahan warna sputum (purulensi) dan dari pemeriksaan fisik didapatkan suara nafas tambahan berupa ronki atau suara nafas bronkial.

**Tabel 5.12**  
**Hasil Analisis dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016**  
**(Konsensus No. 47)**  
**Pada Klaim Pasien Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS**  
**Kasus Penyakit Sistem Sirkulasi**  
**Bulan Januari-April 2016**

NO	KODE R	RESUME MEDIS		HASIL VERIFIKASI BPJS	KETERANGAN BPJS	KETERANGAN
		DIAGNOSIS	ICD 10			
1	K3	Cardiogenic Shock	R57.0		-	Ada Pemberian Obat Dobutan, Td Tidak Kurang Dari 80
2	K3	Hypovolemic Shock	R576.6		Sesuai Konsensus	

Diagnosis utama pada resume medis Acute Myocardial Infarction (I21.9). Penyebab kematian Shock Cardiogenic dan dikode oleh koder R 57.0. Pada kolom pemeriksaan tertulis TD 94/70. Setelah di verifikasi oleh BPJS, kode R57.0 tersebut dihilangkan.

Konsensus No. 47 menyebutkan bahwa penggunaan syok kardiogenik sebagai diagnose sekunder terutama pada pasien jantung yang meninggal dampaknya adalah peningkatan severity level menjadi III. Kondisi syok kardiogenik dapat menjadi diagnosis sekunder terutama pada pasien jantung dengan bukti tertulisnya kriteria klinis dalam rekam medis berupa :

1. penurunan tekanan darah
  - a. TD<90 mmHg tanpa inotropic, atau
  - b. TD<80 mmHg dengan inotropic
2. penurunan Ejection Fraction (EF<50%)

**Tabel 5.13**  
**Hasil Analisis dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016**  
**(Konsensus No. 19)**  
**Pada Klaim Pasien Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS**  
**Kasus Penyakit Sistem Sirkulasi**  
**Bulan Januari-April 2016**

NO	KODE R	RESUME MEDIS		HASIL VERIFIKASI BPJS	KETERANGAN BPJS	KETERANGAN
		DIAGNOSIS	ICD 10			
1	K3	Leukositosis	D72.8	Hilang	-	Leuko 10, 17.4, 6.9

**Tabel 5.14**

**Hasil Analisis dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016  
(Konsensus No. 25)  
Pada Klaim Pasien Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS  
Kasus Penyakit Sistem Sirkulasi  
Bulan Januari-April 2016**

NO	KO DE R	RESUME MEDIS		HASIL VERIFIKA SI BPJS	KETERAN GAN BPJS	KETERANGA N
		DIAGNOS IS	ICD 10			
1	K6	Gagal Nafas	J96.9	Hilang	Terapi Rjp?	DS J969, Apakah Pengaruh Ke Biaya? Gagal Nafas Tdk Dijelaskan. Apa Beda Dg Konsensus Respiratory Arrest?

Contoh : pada resume medis tertulis diagnose utama Cerebrovascular disease SI (kode ICD: I63.9), dan penyebab kematiannya adalah gagal nafas (kode ICD: J96.9) karena pada kolom pemeriksaan tidak dijelaskan adanya resusitasi jantung paru dan terapi. Hasil verifikasi dari BPJS kode J96.9 dihilangkan.

Bila melihat consensus no. 25 dikatakan bahwa penggunaan respiratory arrest sebagai diagnosis sekunder terutama pada kasus yang meninggal dampaknya adalah peningkatan severity level menjadi III. Respiratory arrest dapat ditegakan sebagai diagnosis sekunder bila

1. terdapat usaha resusitasi dan atau pemakaian alat bantu nafas
2. bila terkait dengan diagnosis primer
3. merupakan perjalanan penyakit primer

Namun pada kasus ini adalah koder mengkode J96.9 (respiratory failure, unspecified), dan bukan R09 (respiratory arrest). Tetapi dari hasil verifikasi, kode tetap dihilangkan. Tidak dijelaskan apakah kode J96.9 termasuk ke dalam consensus no. 25 atau tidak. Karena pada consensus tersebut hanya tertulis untuk kode R09.

### **5.5. Faktor Pendukung dan Penghambat Koder terhadap Akurasi Kode Data Klinis**

Dari beberapa wawancara yang penulis lakukan terhadap koder rawat inap di RSUP Fatmawati, terdapat beberapa faktor pendukung dan penghambat terhadap akurasi kode data klinis sebagai berikut.

Faktor pendukung :

Adanya pemanfaatan teknologi informasi berupa internet untuk mencari informasi bila ditemukan kasus penyakit atau istilah medis yang tidak dipahami oleh koder. Fasilitas internet tersedia di rumah sakit. Namun para koder merasa lebih praktis bila mencari informasi melalui *HP*.

*“..., internet juga mendukung banget. Biasanya kita sering browsing kalo ada hal hal yang kita ga ngerti. Cuma perkembangan di internet lebih maju. Kalo kita cari kode yang tampil udah 6 digit. Versi amerika. Padahal kita pake kode yang 5 digit”. (K2)*

*“..ada internet, tapi seringnya pake HP..”. (K4)*

Adanya dukungan dari teman teman seprofesi, dimana mereka saling memberi informasi bila terjadi pengembalian klaim dari verifikator BPJS, agar pengembalian dengan kasus yang sama tidak terulang kembali.

*“Sering Tanya jawab sama temen2. Biar kalo ada tindakan dan kode yang sama biar tau, persepsinya sama”.(K4)*

Adanya ukungan dari atasan, yaitu kepala instalasi rekam medis, dimana kepala instalasi adalah dokter. Sehingga bila terjadi pengembalian klaim dan teman sesama koder tidak bisa membantu penyelesaiannya, maka koder langsung berkonsultasi dengan atasannya.

*“Atasan mendukung, internet juga, teman teman juga mendukung. Jadi kalo ada apa apa pasti cerita dan dipecahkan bersama. Karena kalo tidak dipecahkan, berkas terpending” (K1)*

*“..... kalo ada kesulitan saya bertanya sama temen, coordinator, kepala instalasi, kalo udah mentok banget, nanya ke dokter” (K1)*

Adanya dukungan dari manajemen rumah sakit berupa pelatihan baik inhouse training maupun pelatihan yang diselenggarakan oleh organisasi profesi.

*“Ada. Karena kita ada program 20 jam/orang selama setahun. Jadi gantian aja ikut pelatihannya”. (K5)*

*“iya ada. Tapi kan ga semua. Bergantian. Lihat anggaran dan pekerjaannya juga. Ga mungkin pekerjaan ditinggal semua. Kalo pelatihan hari minggu kita suka ikut, kalo murah pake biaya sendiri. Kalo pelatihan internal sudah beberapa kali diadakan. Ya..mungkin ke depannya difasilitasi lagi karena kan kebutuhan STR juga”. (K4)*

Selain faktor pendukung, ada juga faktor penghambat terhadap akurasi kode data klinis sebagai berikut :

Belum adanya rapat rutin khusus koder yang membahas permasalahan yang dihadapi oleh koder dalam pekerjaannya.

*“Kalo rapat rutin rekam medis ada 1 bulan sekali, dipimpin langsung sama kepala instalasi rekam medis. Itu membahas semua masalah intern di rekam medis atau RS mulai dari pendaftaran sampai penyimpanan.*

*Jadi ga cukup waktunya kalo membahas masalah koder. Jadi kalo rapat khusus koder yang membahas permasalahan koder belum ada”.(K1)*

Koder sudah berusaha menjaga akurasi koding, namun masih ada berkas klaim yang dikembalikan.

*“Kalo saya bekerja semaksimal mungkin. Karena kalo kode ga tepat juga pasti dibalikin ke saya juga. Jadi kita berusaha supaya apa yang kita kode sudah sesuai sama terapi, dan pemeriksaan lainnya. Hanya ya itu mentoknya di BPJS. Kita sudah menjalankan sesuai rule pengkodean, tapi karena harus mengikuti aturan bpjs, jadi apa yang sudah dipelajari disekolah dulu jadi ga kepeke rulenya”.(K1)*

Koder merasa pengetahuan yang dimiliki terkait ilmu penyakit, terminology medis, dan farmakologi masih kurang. Mereka merasa ilmu yang mereka dapat di bangku kuliah masih harus ditingkatkan lagi.

*“Masih kurang sih..karena ilmu penyakit kan berkembang terus. Apalagi yang terkait sama koding. Untuk 1 diagnosa kita harus tau terapi apa yang dikasih, pemeriksaan fisiknya, pemeriksaan penunjang, scan, thoraxnya. Jadi kita harus sering banyak baca. Karena buat koder ilmunya ga itu-itu aja. Berkembang terus. Ya.. di ilmu penyakit, terminology medis juga (K1)*

*“Masih kurang..masih pengen lebih lagi. Karena ilmu koding selalu berkembang. Masih perlu belajar lagi terminology medis, farmasi, ilmu penyakit. Karena tugas kita sebagai koder berat. Bukan hanya mengkode aja, tapi seperti analisis kualitatif. Dalam 1 diagnosa kita harus tau mulai dari pemeriksaan awal sampai akhir.pemeriksaan fisiknya, hasil lab, sampai obat obatan juga kita harus tau. Kalo ga lengkap nanti berkasnya dikembalikan lagi sama bpjs”.(2)*

Adanya perbedaan persepsi antara dokter dan verifikator BPJS terkait penegakan diagnose membuat koder berada pada posisi sulit.

*“... Cuma yang jadi masalah selalu beda persepsi antara koder, dokter, dan BPJS. Koder ada di tengah tengah. BPJS bilang datanya harusnya ga seperti itu. Begitu kita sampaikan ke dokter, dokternya marah karena beliau kan yang menangani pasien langsung. Koder jadi serba salah. Mungkin yang harus di edukasi itu dokternya supaya ada kesamaan persepsi dengan aturan bpjs”. (K3)*

*“Kalo saya bekerja semaksimal mungkin. Karena kalo kode ga tepat juga pasti dibalikin ke saya juga. Jadi kita berusaha supaya apa yang kita kode sudah sesuai sama terapi, dan pemeriksaan lainnya. Hanya ya itu mentoknya di bpjs. Kita sudah menjalankan sesuai rule pengkodean, tapi karena harus mengikuti aturan bpjs, jadi apa yang sudah dipelajari disekolah dulu jadi ga kepike rulenya.”(K1)*

Adanya kekeliruan dalam penentuan kode data klinis karena banyaknya kasus penyakit yang di kode.

*“Seringnya salah persepsi. Kadang salah tulis juga. Yg di otak itu mau nulis A91, tapi yang ketulis A09. Mungkin karena terlalu banyak yang dikode hehehe jadi overload”.(K1)*

*“Iya suka. Jadi diingatkan harus lebih teliti lagi kodingnya salah. Tensinya ga ada. Kode tindakannya salah”(K3)*

*“Saya berusaha sebaik mungkin mengurangi kesalahan. Karena kalo ada kesalahan berkas dikembalikan lagi. Jadi mempersulit juga. Jadi berusaha semaksimal mungkin mengurangi kesalahan.karena kan tulisan kita satu sama lain mengenali. Jadi kalo ada berkas dikembalikan, langsung di kembalikan ke kodernya masing masing sesuai tulisannya.”(K5)*

### 5.6. Penyelesaian terhadap Pengembalian Koding

Dari beberapa kasus tersebut, penyelesaian yang dilakukan oleh koder adalah menyerahkan ke kepala rekam medis untuk menjembatani berkomunikasi dengan bagian verifikasi BPJS.

*“pertama Tanya ke temen, kalo temen ga bisa ke kepala instalasi rm, terakhir ke dokter. Kalo ada istilah yang ga ada di ICD kita confirm ke dokter..”K1*

*“..Tapi kalo ada kesulitan saya bertanya sama temen, coordinator, kepala instalasi, kalo udah mentok banget, nanya ke dokter” K3*



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan dalam proses penelitian ini, diantaranya adalah dalam pemilihan topik penelitian. Penulis hanya membatasi pada pengembalian klaim rawat inap hasil verifikasi BPJS karena keterbatasan waktu, dan tenaga. Namun berdasarkan teori yang ada, pelayanan rawat inap merupakan salah satu revenue center bagi rumah sakit. Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan yang kompleks, membutuhkan banyak sumber daya, sehingga bila terjadi permasalahan didalamnya, akan berdampak besar terhadap proses pelayanan dan keberlangsungan sistem di rumah sakit. Diharapkan pada kesempatan yang lain akan dilakukan analisis terhadap pengembalian klaim rawat jalan. Keterbatasan kedua adalah penulis hanya menganalisis pada satu kasus penyakit terbanyak. Diharapkan akan ada penelitian lainnya yang menganalisis lebih dari satu kasus penyakit terbanyak.

#### **6.2. Penyebab Pengembalian Klaim Hasil Verifikasi BPJS Terkait Konfirmasi Koding**

##### **6.2.1 Ketidaktepatan Penentuan Kode oleh Koder**

Beberapa hal yang dapat menyulitkan petugas koding antara lain adalah penulisan diagnosis tidak lengkap, tulisan yang tidak terbaca, penggunaan singkatan atau istilah yang tidak baku atau tidak dipahami, dan keterangan atau

rincian penyakit yang tidak sesuai dengan sistem klasifikasi yang digunakan (Dirjen YanMed, 2006; O'Malley et al., 2005; Permenkes, 2007; Santos, 2008).

Menurut (Bowman & Abdelhak, 2001) faktor-faktor yang menyebabkan kesalahan pengkodean adalah sebagai berikut :

1. Kegagalan peninjauan seluruh catatan
2. Pemilihan diagnosis utama yang salah
3. Pemilihan kode yang salah
4. Mengkode diagnosis atau prosedur yang salah oleh karena isi catatan
5. Kesalahan didalam memasukan kode ke dalam database atau pada tagihan

### **6.2.2 Kurang Pemeriksaan Penunjang Pendukung Diagnosis**

Data klinik berupa riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan, laporan operasi atau prosedur lain merupakan input yang akan di-koding oleh petugas koding di bagian rekam medis. Pasal 3 Permenkes RI No. 749a/Menkes/Per/XII/1999 yang diperbarui dengan SK Menkes RI No : 269/Menkes/III/ 2008 tentang rekam medis menyebutkan bahwa data dalam rekam medis dibuat oleh dokter atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien, karena dokterlah yang mempunyai kewajiban, hak dan tanggung jawab untuk menentukan diagnosis dan pelayanan yang diberikan, dan oleh karenanya tidak boleh diubah oleh pihak lain. Kualitas kode yang dihasilkan oleh petugas koding terutama ditentukan oleh data dasar yang ditulis dan ditentukan oleh tenaga medis penanggung jawab pasien. Oleh karena itu, penting bagi tenaga medis terkait untuk mengetahui dan memahami proses

koding dan data dasar yang dibutuhkan, sehingga dalam proses perekaman dapat memenuhi beberapa persyaratan kelengkapan data guna menjamin keakurasian kode.

Di sisi lain, petugas koding bertanggung jawab atas keakurasian kode diagnosis, oleh karenanya apabila ada hal-hal yang kurang jelas atau meragukan dalam penentuan kode, perlu dikomunikasikan terhadap dokter penanggungjawab

### **6.2.3 Ketidaksesuaian dengan Permenkes RI No. 27 tahun 2014 Petunjuk Teknis *Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)* tentang aturan reseleksi diagnosis Rule MB 4 Spesifitas dan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 (Konsensus)**

Tugas dan tanggung jawab dokter adalah menegakkan dan menuliskan diagnosis primer dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10, menulis seluruh tindakan/prosedur sesuai ICD-9-CM yang telah dilaksanakan serta membuat resume medis pasien secara lengkap dan jelas selama pasien dirawat di rumah sakit.

Tugas dan tanggung jawab seorang koder adalah melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien. Apabila dalam melakukan pengkodean diagnosis atau tindakan/prosedur koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan aturan umum pengkodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter. Apabila klarifikasi gagal dilakukan maka koder dapat menggunakan aturan (*rule*) MB 1 hingga MB 5.

### **6.3. Peran Koder, Dokter, dan Verifikator BPJS terhadap Akurasi Koding pada Klaim BPJS**

Dalam era JKN ini koder, dokter, dan verifikator memiliki peranan yang penting. Dengan adanya sistem INA CBGs, koder, dokter, dan verifikator memiliki hubungan yang saling berkaitan. Dari beberapa penyebab pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS terkait konfirmasi koding, yang menjadi hambatan terbesar oleh koder adalah ketidaksesuaian penulisan diagnose dengan ICD 10 dan kurang lengkapnya pengisian pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang pada resume medis sehingga koding yang sudah dibuat dipertanyakan kembali karena penegakan diagnose belum disertai dengan pemeriksaan pendukung. Informasi yang kurang jelas juga menyebabkan koder salah dalam penentuan kode penyakit maupun tindakan. Hambatan kedua adalah adanya perbedaan konsep/persepsi terhadap diagnosis dan pengkodeannya antara dokter yang merawat di RS dan verifikator BPJS. Seperti ; untuk diagnosis anemia harus disertai tranfusi, padahal tidak semua anemia harus di tranfusi (Litbang Kemenkes, 2015). Dalam konsep INA-CBGs, diagnosis utama adalah yang menimbulkan biaya terbesar dan/atau masa rawat inap paling lama. Pemahaman ini tidak selalu selaras dengan konsep diagnosis utama bagi klinisi. Ada perbedaan antara ranah klinis medis dengan ranah koding administrasi klaim. Dalam ranah klinis medis, diagnosis utama merujuk pada patofisiologi kasus, yaitu yang menjadi dasar dari kasus pasien. Diagnosis itu bisa bergerak dinamis sesuai perkembangan kondisi pasien, untuk kemudian diputuskan setelah diperoleh data-data meyakinkan. Patokannya adalah konsep ilmiah. Demikian

juga dalam hal menentukan tindakan atau prosedur utama dan prosedur sekunder. Di sisi lain, koding adalah upaya menjembatani diagnosis dan tindakan secara klinis medis dengan kode grouper aplikasi INA-CBGs. Selanjutnya berdasarkan kode tersebut, ditentukan besaran klaim. Diagnosis utama dalam kepentingan ini didefinisikan sebagai: (a) Diagnosis yang paling berbahaya atau mengancam kehidupan, (b) Diagnosis yang paling banyak membutuhkan sumber daya pelayanan, dan/atau (c) diagnosis yang menyebabkan masa perawatan paling lama. Begitu pula, tindakan atau prosedur utama adalah tindakan yang berhubungan dengan diagnosis utama. Seterusnya juga tindakan sekunder mengikuti diagnosis sekunder. Secara umum, tidak banyak hambatan mempertemukan keduanya. Tetapi pada beberapa hal, sangat terasa jarak antara keduanya (tonangardyanto, 2014).

Adanya perbedaan konsep ini terkadang membuat koder sebagai pemberi kode merasa berada pada posisi sulit. Koder sudah membuat kode sesuai dengan diagnosis yang ditulis oleh dokter. Namun karena kepentingan pembayaran, ada beberapa diagnosis utama yang berubah urutan menjadi diagnosis sekunder. Begitu pula sebaliknya.

Oleh karenanya perlu ada yang menjembatani agar meminimalkan perbedaan pendapat untuk sama sama menyepakati mentaati penulisan diagnosis dan tindakan sesuai ICD-X dan ICD-9 sehingga memudahkan saling pemahaman antara DPJP dengan koder.

Tugas dan tanggung jawab dokter adalah menegakan dan menuliskan diagnosis primer dan diagnosis sekunder apabila ada, sesuai dengan ICD 10, serta

menulis seluruh prosedur/tindakan yang telah dilaksanakan dan membuat resume medis secara lengkap dan jelas selama pasien dirawat di rumah sakit. Namun dokter juga tetap harus berlandaskan prinsip ilmiah dalam penentuan diagnosis dan tindakan. Soal nanti "diterjemahkan" sebagai kode INA-CBGs adalah ranah lain yang juga sudah ada klausul maupun aturannya.

Tugas dan tanggungjawab koder adalah melakukan kodifikasi dari diagnosis dan prosedur/tindakan yang diisi oleh dokter yang merawat sesuai dengan ICD 10 untuk diagnose dan ICD 9 CM untuk prosedur/tindakan.

Tugas dan tanggungjawab verifikator adalah memastikan bahwa proses koding berjalan sesuai regulasinya dengan melakukan tujuh tahap proses verifikasi untuk memastikan kelayakan dari berkas yang di klaim.

Baik koder maupun verifikator BPJS memiliki *guideline* yang sama terhadap penentuan kode data klinis yaitu ICD 10 tahun 2008. Namun yang perlu disikapi adalah pola pengkodean untuk data statistic dengan pola pengkodean dalam sistem pembayaran INA-CBGs sedikit berbeda karena tergantung dengan logic dalam aplikasi INA-CBGs itu sendiri, dimana ada beberapa pola pengkodean yang tidak dapat diakomodir dalam aplikasi tersebut, terutama *additional code*. *Additional code* harus dikode bersamaan dengan kode utamanya, sedangkan di aplikasi ina cbgs satu kondisi pasien diwakili dengan satu kolom. Yang terjadi adalah *additional code* tersebut banyak yang jadi terpisah. Contoh *additional code* adalah pada outcome of delivery (keadaan bayi lahir Z37.0 dipakai pada kondisi bayi lahir sehat, single atau multipel (ICD10 vol.3) sebagai *additional code* pada rekaman ibunya. Z37.0-Z37.9)

## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1. Kesimpulan**

##### **7.1.1 Gambaran Pengembalian Klaim Rawat Inap**

Rata rata pengembalian berkas klaim rawat inap per bulan adalah sebesar 20,88 % dari total keseluruhan berkas yang diklaim dimana 36% dari total klaim rawat inap yang dikembalikan oleh verifikator rawat inap adalah pengembalian untuk konfirmasi koding.

##### **7.1.2 Jenis Kasus Penyakit Pada Pengembalian Klaim Rawat Inap**

Kasus penyakit yang paling sering dikembalikan dari hasil verifikasi BPJS adalah kasus penyakit sistem sirkulasi sebesar 20,13%.

##### **7.1.3 Penyebab Pengembalian Klaim Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS terkait Konfirmasi Koding**

Penyebab pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS terkait konfirmasi koding, diantaranya adalah ketidaktepatan penentuan kode oleh koder, pemeriksaan penunjang yang tidak mendukung diagnosis, ketidaksesuaian dengan consensus dan Permenkes RI No. 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs).

##### **7.1.4 Faktor Pendukung Dan Penghambat Koder Terhadap Akurasi Kode Data Klinis**

Dukungan dari kepala instalasi rekam medis, kebiasaan berbagi informasi dari rekan sesama koder, dukungan dari manajemen RS terhadap kesempatan pelatihan 20jam/orang/tahun dan teknologi informasi berupa internet merupakan

factor pendukung koder dalam hal keakurasian kode data klinis di RSUP Fatmawati.

Factor penghambatnya adalah adanya keterbatasan pengetahuan yang dimiliki koder terhadap ilmu penyakit, terminology medis, dan farmakologi, adanya perbedaan konsep penentuan diagnosis antara dokter dan verifikator BPJS, banyaknya kasus yang dikode adakalanya membuat koder salah menulis kode, dan belum adanya rapat rutin khusus yang membahas permasalahan pada koder.

## **7.2. Saran**

### **7.2.1 Rumah Sakit**

Perlu adanya pelatihan kepada koder bukan hanya terkait penentuan kode data klinis tetapi juga pelatihan terkait ilmu penyakit, terminology medis, maupun farmakologi.

### **7.2.2 Organisasi Profesi**

Memfasilitasi permasalahan yang dihadapi oleh koder di rumah sakit dengan membuat forum komunikasi, dimana didalamnya koder dapat menyampaikan kendala terkait penentuan kode data klinis dan mereka dapat saling berbagi informasi dan berbagi pengetahuan.

### **7.2.2 Pengambil Kebijakan**

Perlu adanya satu pedoman kerja yang mengatur tugas hak wewenang dan tanggung jawab dari masing masing profesi seperti dokter, koder, dan verifikator BPJS

### **7.2.3 Penelitian Selanjutnya**

1. Disarankan penelitian selanjutnya menggali lebih dalam lagi tentang factor-faktor yang menyebabkan pengembalian klaim pasien rawat jalan.

2. Disarankan pada penelitian selanjutnya, informan penelitian melibatkan tenaga medis dan para medis lainnya, serta verifikator BPJS yang terkait dalam penentuan klasifikasi dan kodefikasi penyakit untuk menggali informasi yang lebih dalam lagi.



## Lampiran 1

### FORMULIR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

**ANALISIS PENGEMBALIAN KLAIM VERIFIKASI BPJS PASIEN  
RAWAT INAP DI RSUP FATMAWATI TAHUN 2016**

Peneliti : Laela Indawati

**Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan  
Universitas Esa Unggul**

HP : 085778844703, Email : [laela.indawati@gmail.com](mailto:laela.indawati@gmail.com)

Setelah mendengar penjelasan mengenai tujuan dan manfaat penelitian ini, maka yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

Telepon : \_\_\_\_\_

Informan/Informan Kunci\*

Menyatakan bahwa saya bersedia ikut serta dalam penelitian ini dan jika diperlukan, bersedia menjadi informan.

Apabila suatu saat merasa dirugikan, saya berhak membatalkan persetujuan ini tanpa sanksi apapun.

Tanggal :

Tanda tangan

(Nama jelas : \_\_\_\_\_)

\*lingkari salah satu yang sesuai

**FORMULIR PERSETUJUAN/PENOLAKAN  
MENGUNAKAN ALAT PEREKAM**

**ANALISIS PENGEMBALIAN KLAIM VERIFIKASI BPJS PASIEN  
RAWAT INAP DI RSUP FATMAWATI TAHUN 2016**

Peneliti : Laela Indawati

**Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan  
Universitas Esa Unggul  
HP : 085778844703**

Email : [laela.indawati@gmail.com](mailto:laela.indawati@gmail.com)

Selama penelitian/wawancara, Anda akan di rekam menggunakan *Audio recorder* seperti HP/alat perekam lainnya. Setelah penelitian, file rekaman akan disimpan selama satu tahun, setelah itu akan dihapus. Transkrip wawancara akan disimpan selama dua tahun, setelah itu akan dimusnahkan.

Silahkan Anda tandatangani formulir di bawah ini bila Anda setuju/menolak menggunakan alat perekam selama wawancara. Anda bisa tetap berpartisipasi dalam penelitian ini walaupun Anda menolak untuk direkam.

Setelah membaca hal tersebut di atas, saya setuju/menolak\* untuk di rekam selama wawancara berlangsung.

Tanggal :

Tanda tangan

(Nama jelas : \_\_\_\_\_)

\*lingkari salah satu yang sesuai

## **RINCIAN INFORMASI KEPADA CALON INFORMAN**

### **ANALISIS PENGEMBALIAN KLAIM VERIFIKASI BPJS PASIEN**

#### **RAWAT INAP DI RSUP FATMAWATI TAHUN 2016**

#### **Pendahuluan**

Keakurasian dalam pengkodean suatu penyakit dan tindakan sangatlah penting. Dampak kerugian dari ketidakakurasian kode data klinis berpengaruh terhadap pembiayaan pelayanan kesehatan. Keakuratan kode dalam era JKN ini erat kaitannya dengan proses pengajuan klaim. Dalam pelaksanaannya, banyak klaim yang dikembalikan oleh BPJS dikarenakan kurangnya kelengkapan, dan koding yang tidak akurat. Kelengkapan klaim dan kebenaran data menjadi prasyarat utama untuk menentukan validasi.

Oleh karena itu peneliti bermaksud mempelajari bagaimana pengembalian klaim pasien rawat inap hasil verifikasi BPJS di RSUP Fatmawati. Dalam studi ini akan diteliti mengenai gambaran pengembalian klaim pasien rawat inap BPJS, jenis kasus penyakit pada pengembalian klaim rawat inap, factor-faktor yang mempengaruhi pengembalian klaim pasien rawat inap hasil verifikasi BPJS, serta factor pendukung dan penghambat koder terhadap akurasi kode data klinis.

#### **Tahapan Penelitian**

**Tahap 1 :** Penjelasan rincian informasi penelitian kepada calon informan, dan pemberian surat persetujuan (*informed consent*)

**Tahap 2 :** Wawancara mendalam terhadap informan terpilih

**Tahap 3 :** Wawancara mendalam terhadap informan kunci

#### **Calon Informan**

Calon informan adalah yang bersedia ikut serta, memiliki latar belakang pendidikan rekam medis, dan bekerja di bagian koding rawat inap maupun rawat jalan. Para calon informan yang bersedia ikut serta dalam penelitian ini akan diminta untuk mengisi "Formulir Persetujuan".

#### **Data yang akan Diambil**

Data yang akan diambil meliputi gambaran pengembalian klaim pasien rawat inap BPJS, jenis kasus penyakit pada pengembalian klaim rawat inap, factor-faktor yang mempengaruhi pengembalian klaim pasien rawat inap hasil verifikasi BPJS, serta factor pendukung dan penghambat koder terhadap akurasi kode data klinis.

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan untuk pengembangan penelitian, dan diharapkan dapat memberikan solusi dalam upaya untuk mengurangi ketidakakuratan pemberian kode data klinis. Selain itu, hasil dari penelitian ini juga dapat digunakan oleh pemberi kebijakan untuk menentukan program prioritas untuk meningkatkan pengetahuan koder dan mengurangi kesenjangan pengetahuan antar koder. Karenanya partisipasi Anda untuk menjawab pertanyaan sejujur-jujurnya sangat diharapkan.

**Manfaat**

Meskipun Anda mungkin tidak langsung mendapat manfaat dari penelitian ini, orang lain dapat mengambil manfaat karena penelitian ini dapat menjelaskan bagaimana Anda dan individu di dalamnya berbagi pengetahuan dan bekerja sama.

**Risiko dan ketidaknyamanan**

Peneliti telah mengambil langkah-langkah untuk meminimalkan risiko penelitian ini. Meski begitu, Anda mungkin masih mengalami beberapa risiko yang terkait dengan keterlibatan partisipasi Anda. Risiko ini mungkin termasuk yang berikut: Anda dapat menyampaikan informasi yang mungkin membuat Anda tidak nyaman. Sebagai contoh Anda mungkin menceritakan pengalaman pribadi yang relevan dengan penelitian. Namun dikarenakan kebutuhan penelitian, informasi tersebut akan tetap digunakan.

**Deskripsi keterlibatan subjek**

Jika Anda memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, partisipasi Anda akan terdiri dari 50 menit. 20 menit untuk wawancara ditindaklanjuti oleh 30 menit untuk mengkonfirmasi keakuratan transkrip wawancara. Sesi wawancara akan dijadwalkan dengan izin atasan Anda untuk mengambil tempat dan waktu yang cocok. Selama wawancara saya akan mengajukan serangkaian pertanyaan dengan tindak lanjut pertanyaan. Jika dapat diterima oleh Anda, sesi wawancara akan direkam untuk memastikan bahwa informasi yang didapat tidak terlewat dan akurat. File audio akan ditranskripsikan oleh peneliti. Jika Anda memilih untuk tidak menerima rekaman audio pada sesi wawancara, catatan lapangan manual akan digunakan untuk menangkap informasi dari wawancara. File-file audio dan atau transkrip asli akan aman dikelola oleh peneliti. Setelah penelitian selesai, file audio dan transkrip akan dibuang pada periode dua tahun setelah sidang tesis.

**Kompensasi**

Tidak ada kompensasi dalam penelitian ini

**Hak Calon Informan**

Partisipasi Anda dalam penelitian ini sepenuhnya bersifat sukarela. Anda dapat memutuskan untuk berhenti kapan saja anda menghendaknya dan tidak ada sanksi apapun. **Nama dan jati diri anda akan dirahasiakan** dan sepenuhnya hanya akan digunakan untuk keperluan penelitian ini.

Anda berhak menanyakan hal-hal yang belum jelas mengenai penelitian ini sebelum memutuskan kesediaan anda. Bila anda mempunyai pertanyaan lebih lanjut tentang penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti.

Jakarta, Juni 2016  
Peneliti,  
Laela Indawati  
HP. 085778844703

**Lampiran 2****FIELD NOTES****Catatan Lapangan**

- I. Tanggal dan waktu pengamatan
- II. Pre-interview Obserasi Umum lingkungan
  - a. Cuaca di luar
  - b. Suhu di dalam
  - c. Deskripsi kamar
    - i. Ukuran
    - ii. Penerangan
    - iii. Perabot
      1. Telepon
      2. Komputer
      3. Meja
    - iv. Kondisi
    - v. Bagaimana ruang diatur untuk fungsionalitas
- III. Pengamatan umum dari Informan
  - i. Kesan pertama
  - ii. Sikap

- iii. Sifat
  - iv. Penggunaan bahasa
  - iv. Percaya diri
- IV. Selama wawancara
- a. Menangkap nuansa percakapan
  - b. Menangkap atau komunikasi nonverbal yang tidak terlihat pada transkrip
- V. Post wawancara
- a. Refleksi pada tindakan dan jawaban orang
  - b. Refleksi pada pertanyaan yang harus ditanyakan dalam menindaklanjuti wawancara
  - c. Refleksi wawancara lainnya
- VI. Catatan lain



### Lampiran 3

#### SEMI STRUCTURED INTERVIEW QUESTIONS

#### PEDOMAN WAWANCARA SEMI TERSTRUKTUR

#### Bagian I Identitas Informan

##### A. JOB INFORMATION

1. Inisial informan :
2. Pekerjaan: \_\_\_\_\_
3. Jabatan:  Kepala RM  Staff
4. Berapa lama anda bekerja pada RS tempat anda bekerja sekarang?  
\_\_\_\_\_Tahun \_\_\_\_\_Bulan
5. Berapa lama anda bekerja sebagai koder pada RS tempat anda bekerja sekarang?  
\_\_\_\_\_Tahun \_\_\_\_\_Bulan
6. Berapa lama anda bekerja sebagai koder sebelum anda bekerja di RS ini?  
\_\_\_\_\_Tahun \_\_\_\_\_Bulan
7. Berapa kali anda pernah mengikuti pelatihan yang berkaitan dengan pekerjaan Anda sebagai koder?  
 Tidak pernah  1-5 kali   $\geq 6$  kali

##### B. DEMOGRAPHICS

1. Umur:  
  $\leq 19$   20 – 29  30 – 39  40 – 49   $\geq 50$
2. Jenis Kelamin:  
 Wanita  Pria
3. Pendidikan terakhir:  
 D4 Rekam Medis  S1 lainnya  D3 Rekam Medis  D3 lainnya  
 SLTA

## I. Pertanyaan

<b>KINERJA KODER</b>
<b>Pengetahuan Tentang Pekerjaan (<i>Knowledge of Job</i>)</b>
1. Menurut anda, bagaimana pengetahuan yang anda miliki saat ini terkait ilmu klasifikasi dan kodefikasi penyakit?
2. Bisakah anda menceritakan bagaimana pengetahuan yang anda miliki saat ini dalam hal mengatasi masalah/kesulitan-kesulitan pada lingkup pekerjaan anda ?
<b>Kualitas kerja</b>
1. Bisakah anda menceritakan, bagaimana bila dalam pekerjaan anda terjadi kesalahan/kekeliruan dalam pemberian kode penyakit/tindakan? Seberapa sering kekeliruan dalam pengkodean terjadi ?
2. Menurut pendapat anda, bagaimana kualitas kerja yang anda miliki saat ini?
3. Pernahkan anda diinformasikan terkait keakuratan dan ketelitian anda dalam bekerja? Dapatkah anda menceritakannya?
<b>Faktor-faktor pendukung atau penghambat dalam akurasi koding</b>
1. Dapatkah anda menjelaskan faktor-faktor apa yang mendukung anda dalam melakukan pengkodean yang akurat di RSUP Fatmawati tahun 2016
2. Dapatkah anda menjelaskan faktor-faktor apa yang menghambat anda dalam melakukan melakukan pengkodean yang akurat di RSUP Fatmawati tahun 2016



**Lampiran 4****TRIANGULASI INFORMAN KUNCI (KEPALA REKAM MEDIS)****SEMI STRUCTURED INTERVIEW QUESTIONS****PEDOMAN WAWANCARA SEMI TERSTRUKTUR**

<b>AKURASI KODING</b>
1. <i>Bagaimana anda melihat proses koding yang dihasilkan koder di RSUP Fatmawati?</i>
2. <i>Apakah perusahaan mendorong para koder untuk meningkatkan pengetahuan ? Mengapa / mengapa tidak?</i>
3. <i>Apakah perusahaan menyediakan Anda fasilitas untuk meningkatkan pengetahuan?</i> a. <i>E-mail?</i> b. <i>Seminar/pelatihan?</i> c. <i>Rapat atau pertemuan informal?</i>
4. <i>Apa fasilitas tersebut, jika ada, menurut Anda berguna untuk meningkatkan pengetahuan?</i>
5. <i>Apakah ada pertemuan rutin melibatkan pihak pihak tertentu terkait ketepatan kode data klinis (misalnya dokter, pihak bpjs, unit penunjang) yang membahas permasalahan para koder?</i>
1. <i>Pernahkah koder mengajukan permohonan untuk mengikuti pelatihan/seminar untuk meningkatkan kinerjanya sebagai koder?</i>
2. <i>Apa yang koder lakukan untuk meningkatkan pengetahuannya?</i>
3. <i>Bila ada koder yang selesai melakukan pelatihan/seminar, bagaimana tanggapan/reaksi rekan kerja yang lain?</i>
<b><u>KINERJA KODER</u></b>
<b>Pengetahuan Tentang Pekerjaan (<i>Knowledge of Job</i>)</b>
1. <i>Dalam pandangan anda, bagaimana pengetahuan koder terkait klasifikasi dan kodefikasi penyakit?</i>
2. <i>Bisakah anda menceritakan bagaimana pengetahuan dimiliki oleh koder saat ini</i>

<i>dalam hal mengatasi masalah/kesulitan-kesulitan pada lingkup pekerjaannya ?</i>
<b>Kualitas kerja</b>
1. <i>Bisakah anda menceritakan, bagaimana bila dalam pekerjaan koder terjadi kesalahan/kekeliruan dalam pemberian kode penyakit/tindakan? Seberapa sering kekeliruan dalam pengkodean terjadi ?</i>
2. <i>Menurut pendapat anda, bagaimana kualitas kerja koder yang dihasilkan saat ini?</i>
3. <i>Seberapa sering terjadi ketidakakuratan dan ketidakteelitian pada koder dalam bekerja? Dapatkah anda menceritakan bagaimana bila terjadi ketidakakuratan kode?</i>
<b>Faktor-faktor pendukung atau penghambat dalam akurasi koding</b>
3. <i>Dapatkah anda menjelaskan faktor-faktor apa yang mendukung anda dalam melakukan pengkodean yang akurat di RSUP Fatmawati tahun 2016</i>
4. <i>Dapatkah anda menjelaskan faktor-faktor apa yang menghambat anda dalam melakukan melakukan pengkodean yang akurat di RSUP Fatmawati tahun 2016</i>



## **KODING INA-CBGs**

### **A. PENGENALAN KODING ICD-10 DAN ICD-9-CM**

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit.

Koding dalam INA–CBGs menggunakan ICD-10 Tahun 2008 untuk mengkode diagnosis utama dan sekunder serta menggunakan ICD-9-CM untuk mengkode tindakan/prosedur. Sumber data untuk mengkoding berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur yang terdapat pada resume medis pasien.

Ketepatan koding diagnosis dan prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG.

1. ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) Terdiri dari 3 volume dan 21 BAB dengan rincian sebagai berikut:

- a. Volume 1 merupakan daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter dengan inklusi dan eksklusi, beberapa aturan pengkodean, klasifikasi morfologis neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian serta peraturan mengenai nomenklatur.
- b. Volume 2 merupakan manual instruksi dan pedoman penggunaan ICD-10
- c. Volume 3 merupakan Indeks alfabetis, daftar komprehensif semua kondisi yang ada di daftar Tabulasi (volume 1), daftar sebab luar gangguan (*external cause*),

tabel neoplasma serta petunjuk memilih kode yang sesuai untuk berbagai kondisi yang tidak ditampilkan dalam Tabular *List*. Untuk penggunaan lebih lanjut ICD-10 lihat buku manual penggunaan ICD-10 volume 2 yang diterbitkan oleh WHO, rumah sakit diharapkan dapat menyediakan buku tersebut.

## 2. ICD-9-CM (*International Classification of Diseases Revision Clinical Modification*)

ICD-9-CM digunakan untuk pengkodean tindakan/prosedur yang berisi kode prosedur bedah/operasi dan pengobatan serta non operasi seperti CT Scan, MRI, dan USG. ICD-9-CM berisi daftar yang tersusun dalam tabel dan Index Alfabetis. Prosedur bedah operasi dikelompokkan pada bagian 01-86 dan prosedur bukan bedah/non operasi dibatasi pada bagian 87-99. Struktur klasifikasi berdasarkan anatomi dengan kode berupa numerik. ICD-9-CM terdiri dari 16 bab.

### **B. LANGKAH – LANGKAH KODING MENGGUNAKAN ICD-10**

1. Identifikasi tipe pernyataan yang akan dikode dan lihat di buku ICD volume 3 (*Alphabetical Index*). Jika pernyataannya adalah *penyakit* atau *cedera* atau lainnya diklasifikasikan dalam bab 1-19 dan 21 (Section I Volume 3). Jika pernyataannya adalah *penyebab luar* atau *cedera* diklasifikasikan pada bab 20 (Section II Volume 3)
2. Tentukan *Lead Term*. Untuk penyakit dan cedera biasanya adalah kata benda untuk kondisi patologis. Namun, beberapa kondisi dijelaskan dalam kata sifat atau xxx dimasukkan dalam index sebagai *Lead Term*.
3. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.

4. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi dibawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
5. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam index
6. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada volume 1. Untuk Kategori 3 karakter dengan.- (point dash) berarti ada karakter ke 4 yang harus ditentukan pada Volume 1 karena tidak terdapat dalam Index
7. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau dibawah blok atau dibawah judul kategori.
8. Tentukan Kode

### **C. PEDOMAN KODING DIAGNOSIS DALAM INA-CBGs**

Kriteria diagnosis utama menurut *WHO Morbidity Reference Group* adalah diagnosis akhir/final yang dipilih dokter pada hari terakhir perawatan dengan kriteria paling banyak menggunakan sumber daya atau hari rawatan paling lama. Diagnosis Sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan. Diagnosis sekunder merupakan ko-morbiditas ataupun komplikasi. Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi pasien saat masuk dan membutuhkan pelayanan/asuhan khusus setelah masuk dan selama rawat.

Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa pengobatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang

disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul akibat dari pelayanan yang diberikan kepada pasien.

### 1. Penentuan diagnosis utama

- a) Penulisan diagnosis harus lengkap dan spesifik (menunjukkan letak, topografi, dan etiologinya). Diagnosis harus mempunyai nilai informatif sesuai dengan kategori ICD yang spesifik. Contoh :

- Acute appendicitis with perforation
- Diabetic cataract, insulin-dependent
- Acute renal failure

- b) Kode diagnosis Dagger (†) dan Asterisk (\*)

Jika memungkinkan, kode dagger dan asterisk harus digunakan sebagai kondisi utama, karena kode-kode tersebut menandakan dua pathways yang berbeda untuk satu kondisi. Contoh :

*Measles pneumonia* = B05.2† J17.1\*

*Pericarditis tuberculosis* = A18.8† I32.0\*

NIDDM karatak = E11.3† H28.0\*

- c) *Symptoms* (gejala), tanda dan temuan abnormal dan situasi yang bukan penyakit : Hati-hati dalam mengkode diagnosis utama untuk BAB XVIII (kode “R”) dan XXI (kode “Z”) untuk KASUS RAWAT INAP. Jika diagnosis yang lebih spesifik (penyakit atau cedera) tidak dibuat pada akhir rawat inap maka diizinkan memberi kode “R” atau kode “Z” sebagai kode kondisi utama. Jika diagnosis utama masih disebut “suspect” dan tidak ada

informasi lebih lanjut atau klarifikasi maka harus dikode seolah-olah telah ditegakkan. Kategori Z03.- (*Medical observation and evaluation for suspected diseases and conditions*) diterapkan pada “Suspected” yang dapat dikesampingkan sesudah pemeriksaan. contoh :

Kondisi utama : Suspected acute Cholecystitis

Kondisi lain : -

Diberi kode Acute Cholecystitis (K81.0) sebagai diagnosis utama

d) Kode kondisi multiple

Pada suatu episode perawatan dengan kondisi multiple (injury, sequelae, HIV), kondisi yang nyata lebih berat dan membutuhkan resources lebih dari yang lain harus dicatat sebagai kondisi utama. Bila terdapat kondisi “Multiple ....” dan tidak ada kondisi tunggal yang menonjol, diberi kode “multiple.....” dan kode sekunder dapat ditambahkan untuk daftar kondisi individu Kode ini diterapkan terutama pada yang berhubungan dengan penyakit HIV, Cedera dan Sequelae

e) Kode kategori kombinasi

Dalam ICD 10, ada kategori tertentu dimana dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode.

Kondisi utama : Renal failure

Kondisi lain : Hypertensive renal disease

Diberi kode Hypertensive renal disease with renal failure (I12.0)

Kondisi utama : Intestinal obstruction

Kondisi lain : Hernia inguinalis kiri

Diberi kode Unilateral or unspecified inguinal hernia, with obstruction, without gangren (K40.3)

f) Kode morbiditas penyebab eksternal

Untuk cedera dan kondisi lain karena penyebab eksternal, kedua sifat dasar kondisi dan keadaan penyebab eksternal harus diberi kode. Biasanya sifat dasar diklasifikasi pada BAB XIX (S00-T98). Kode penyebab external pd BAB XX (V01-Y98) digunakan sebagai kode tambahan. contoh :

Kondisi utama : Fraktur colum femoris karena jatuh tersandung pd trotoar yang tidak rata. Diberi kode *Fracture of neck of femur* (S72.0) sebagai kode utama. Kode penyebab eksternal pada *fall on the same level from slipping, tripping or stumbling on street or highway* (W01.4) sebagai kode sekunder.

g) Kode sequelae pada kondisi tertentu

“Sequelae of ...”(B90-B94, E64-E68, G09, I69, O97, T90-T98, Y85-Y89) digunakan untuk kondisi yang sudah tidak ada lagi saat ini (telah diobati/diperiksa). Kode utamanya adalah sifat dasar sequelae itu sendiri, kode “sequelae of ..” (*old; no longer present*) sebagai kode sekunder opsional. Jika terdapat beberapa sequaleae yang sangat spesifik, namun tidak ada yang dominan dalam tingkat keparahan dan penggunaan sumber daya terbanyak, “Sequalae of ....” dapat dicatat sebagai kondisi utama.

Contoh :

Kondisi utama : *Dysphasia* dari *old cerebral infarction*

Diberi kode *Dysphasia (R47.0)* sebagai kode utama.

Kode untuk *sequelae cerebral infarction (I69.3)* sebagai kode sekunder.

Kondisi utama : *Late effect dari poliomyelitis*

Kondisi lain : -

Diberi kode *Sequelae poliomyelitis (B91)* sebagai kode utama karena tidak ada informasi lain.

h) Kode kondisi Akut dan Kronis

Bila kondisi utama adalah akut dan kronis dan dalam ICD dijumpai kategori atau sub kategori yang terpisah, tetapi bukan kode kombinasi, kode kondisi akut digunakan sebagai kondisi utama yang harus dipilih.

contoh :

Kondisi utama : *Cholecystitis akut dan kronis*

kondisi lain : -

Diberi kode *acute cholecystitis (K81.0)* sebagai kode utama dan *chronic cholecystitis (K81.1)* digunakan sebagai kode sekunder.

Kondisi utama : *Acute exacerbation of chronic bronchitis*

Kondisi lain : -

Diberi kode *Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation (J44.1)* sebagai kode utama karena ICD memberikan kode yang tepat untuk kombinasi

i) Kode kondisi dan komplikasi post prosedur

Bab XIX (T80-T88) digunakan untuk komplikasi yang berhubungan dengan pembedahan dan tindakan lain, misalnya, Infeksi luka operasi,

komplikasi mekanis dari implant, shock dan lain-lain. Sebagian besar bab sistem tubuh berisi kategori untuk kondisi yang terjadi baik sebagai akibat dari prosedur dan teknik khusus atau sebagai akibat dari pengangkatan organ, misalnya, sindrom *lymphoedema postmastectomy*, *hypothyroidism postirradiation*. Beberapa kondisi misalnya pneumonia, pulmonary embolism yang mungkin timbul dalam periode postprocedural tidak dipandang satu kesatuan yang khas dan diberi kode dengan cara yang biasa, tetapi kode tambahan opsional dari Y83-Y84 dapat ditambahkan untuk identifikasi hubungan tersebut dengan suatu prosedur. Bila kondisi dan komplikasi postprocedural dicatat sebagai kondisi utama referensi untuk modifier atau qualifier dalam indeks alfabet adalah penting untuk pemilihan kode yang benar.

Contoh :

Kondisi utama : *Hypothyroidism* karena *thyroidektomi* satu tahun lalu

kondisi lain : -

Diberi kode *postsurgical hypothyroidism* (E89.0) sebagai kode utama

Kondisi utama : *Haemorrhage* hebat setelah cabut gigi

Kondisi lain : Nyeri

Spesialisasi : Gigi dan mulut

Diberi kode *Haemorrhage resulting from a procedure* (T81.0) sebagai

kode utama

j) Aturan Reseleksi Diagnosis MB1-MB5

**RULE MB1 :**

Kondisi minor direkam sebagai "diagnosis utama" (*main condition*), kondisi yang lebih bermakna direkam sebagai "diagnosis sekunder" (*other condition*).

Diagnosis utama adalah kondisi yang relevan bagi perawatan yang terjadi, dan jenis spesialis yang mengasuh □□ pilih kondisi yang relevan sebagai "Diagnosis utama"

Contoh :

Diagnosis utama : *Sinusitis akut*

Diagnosis sekunder : *Carcinoma endoservik, Hypertensi*

Prosedur : *Histerektomi Total*

Spesialis : *Ginekologi*

Reseleksi *Carcinoma endoserviks* sebagai kondisi utama.

#### **RULE MB2 :**

Beberapa kondisi yang direkam sebagai diagnosis utama

- Jika beberapa kondisi yang tidak dapat dikode bersama dicatat sebagai diagnosis utama dan informasi dari rekam medis menunjukkan salah satu dari diagnosis tersebut sebagai diagnosis utama maka pilih diagnosis tersebut sebagai diagnosis utama.
- Jika tidak ada informasi lain, pilih kondisi yang disebutkan pertama

Contoh :

1. Diagnosis Utama : *Osteoporosis*

*Bronchopneumonia*

*Rheumatism*

Diagnosis Sekunder : -

Bidang specialisasi : Penyakit Paru

Reseleksi Diagnosis utama *Bronchopneumonia* (J 18.9)

2. Diagnosis Utama : Ketuban pecah dini, presentasi bokong dan anemia

Diagnosis Sekunder : Partus spontan

Reseleksi Diagnosis Utama Ketuban pecah dini

### **RULE MB3 :**

Kondisi yang direkam sebagai diagnosis utama menggambarkan suatu gejala yang timbul akibat suatu kondisi yang ditangani.

Suatu gejala yang diklasifikasikan dalam Bab XVIII (R.-), atau suatu masalah yang dapat diklasifikasikan dalam bab XXI (Z) dicatat sebagai kondisi utama, sedangkan informasi di rekam medis, terekam kondisi lain yang lebih menggambarkan diagnosis pasien dan kepada kondisi ini terapi diberikan maka reseleksi kondisi tersebut sebagai diagnosis utama.

Contoh:

Diagnosis Utama : *Hematuria*

Diagnosis Sekunder : Varises pembuluh darah tungkai bawah, *Papiloma* dinding posterior kandung kemih

Tindakan : *Eksisi diatermi papilomata*

Specialis : *Urologi*

Reseleksi Papiloma dinding posterior kandung kemih (D41.4) sebagai diagnosis utama.

### **RULE MB4 :**

### **Spesifisitas**

Bila diagnosis yang terekam sebagai diagnosis utama adalah istilah yang umum, dan ada istilah lain yang memberi informasi lebih tepat tentang topografi atau sifat dasar suatu kondisi, maka reseleksi kondisi terakhir sebagai diagnosis utama :

Contoh:

Diagnosis Utama : *Cerebrovascular accident*

Diagnosis Sekunder : Diabetes mellitus, Hypertensi, Cerebral haemorrhage

*Reseleksi cerebral haemorrhage* sebagai diagnosis utama ( I61.9.)

### **RULE MB5 :**

#### **Alternatif diagnosis utama**

Apabila suatu gejala atau tanda dicatat sebagai kondisi utama yang karena satu dan lain hal gejala tersebut dipilih sebagai kondisi utama. Bila ada 2 atau lebih dari 2 kondisi direkam sebagai pilihan diagnostik sebagai kondisi utama, pilih yang pertama disebut.

Contoh :

Diagnosis Utama : Sakit kepala karena stress dan tegang atau sinusitis akut

Diagnosis Sekunder : -

Reseleksi sakit kepala headache (R51) sebagai Diagnosis utama

Diagnosis Utama : akut *kolesistitis* atau akut *pankreatitis*

Diagnosis Sekunder : -

Reseleksi akut *kolesistitis* K81.0 sebagai diagnosis utama

## **2. Penentuan kode morbiditas penyebab eksternal:**

Untuk cedera dan kondisi lain karena penyebab eksternal, kedua sifat dasar kondisi dan keadaan penyebab eksternal harus diberi kode.

Biasanya sifat dasar diklasifikasi pada BAB XIX (S00-T98). Kode penyebab eksternal pd BAB XX (V01-Y98) digunakan sebagai kode tambahan

contoh :

Kondisi utama : Fraktur *colum femoris* karena jatuh tersandung pada trotoar yang tidak rata. Diberi kode *Fracture of neck of femur* (S72.0) sebagai kode utama.

Kode penyebab eksternal pada *fall on the same level from slipping, tripping or stumbling on street or highway* (W01.4) sebagai kode sekunder

#### **D. LANGKAH-LANGKAH KODING MENGGUNAKAN ICD-9-CM**

*(International Classification of Diseases Ninth Revision–Clinical Modification)*

1. Identifikasi tipe pernyataan prosedur/tindakan yang akan dikode dan lihat di buku ICD-9-CM *Alphabetical Index*.
2. Tentukan *Lead Term* Untuk prosedur/tindakan.
3. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.
4. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi dibawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
5. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“*see*” dan “*see also*”) yang ditemukan dalam index :
6. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada Tabular List.

7. Baca setiap inclusion atau exclusion dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau dibawah blok atau dibawah judul kategori.
8. Tentukan Kode

#### **E. PEDOMAN KODING PROSEDUR DALAM INA-CBGs**

##### 1. Prosedur Operasi

Didefinisikan sebagai prosedur diagnostik terapeutik atau besar yang melibatkan penggunaan instrumen atau manipulasi bagian dari tubuh dan pada umumnya terjadi dalam ruang operasi. Beberapa prosedur yang dilakukan dalam ruang operasi dan atau dengan menggunakan general anestesi termasuk pasien melahirkan normal.

##### 2. Prosedur Non Operasi

Prosedur Investigasi dan terapi lainnya yang tidak termasuk operasi seperti radiologi, laboratorium, fisioterapi, psikologi dan prosedur lainnya.

#### **F. ATURAN KODING LAINNYA UNTUK INA-CBGs**

1. Apabila kondisi pencatatan diagnosis inkonsisten atau salah dicatat maka harus dilakukan klarifikasi kepada dokter penanggung jawab pelayanan.
2. Apabila klarifikasi kepada dokter penanggung jawab pasien tidak bisa dilakukan, maka koder menggunakan aturan koding MB 1 sampai dengan MB 5 sesuai dengan pedoman Volume 2 ICD 10 Tahun 2008
3. Apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki kode diagnosis penyakit (P), hanya perlu kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan, tunggal atau multiple (Z38.-)

4. Untuk bayi lahir dipengaruhi oleh faktor ibunya yaitu komplikasi saat hamil dan melahirkan dapat digunakan kode P00-P04 tetapi yang dapat diklaimkan hanya yang menggunakan kode P03.0 – P03.6
5. Kondisi-kondisi tertentu yang timbul saat periode perinatal dengan kode P05-P96 dapat diklaimkan tersendiri, kecuali bayi lahir mati dengan kode P95 diklaimkan satu paket dengan ibunya.
6. Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Kondisi utama : Kemoterapi

Kondisi lain : Ca. Mammae

Pasien datang ke RS untuk dilakukan kemoterapi karena Ca. Mammae. Diberi kode kemoterapi (Z51.1) sebagai diagnosis utama dan Ca. Mammae (C50.9) sebagai diagnosis sekunder.

Kondisi utama : Palliative Care

Kondisi lain : Ca. Mammae

Pasien datang ke RS untuk dilakukan palliative care karena Ca. Mammae. Diberi kode kemoterapi (Z51.5) sebagai diagnosis utama dan Ca. Mammae (C50.9) sebagai diagnosis sekunder.

Kondisi utama : Kontrol Hipertensi

Kondisi lain : -

Pasien datang ke rumah sakit untuk kontrol Hipertensi. Diberi kode kontrol (Z09.8) sebagai diagnosis utama dan Hipertensi (I10) sebagai diagnosis sekunder.

7. Apabila ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10, maka harus menggunakan satu kode tersebut.

Contoh :

Kondisi utama : Renal failure

Kondisi lain : Hypertensive renal disease

Diberi kode hypertensive renal disease with renal failure (I12.0)

8. Pengkodean untuk pasien Thalasemia :
  - a. Pasien selain Thalasemia Mayor tidak mendapatkan *top-up special drug*.
  - b. Pasien Thalasemia Mayor adalah pasien yang mempunyai diagnosis baik diagnosis primer maupun sekunder mempunyai kode ICD-10 yaitu D56.1.
  - c. Jika pasien Thalasemia Mayor pada saat kontrol tidak diberikan obat kelasi besi (Deferipone, Deferoksamin, dan Deferasirox) maka tetap diinputkan sebagai rawat jalan dengan menggunakan kode Z09.8 sebagai diagnosis utama
  - d. Jika pasien Thalasemia Mayor dirawat inap hanya untuk tranfusi darah tanpa diberikan obat kelasi besi maka tetap menggunakan

kode D56.1 sebagai diagnosis utama dan tidak mendapatkan *top-up special drug*.

9. Pengkodean untuk persalinan :

Sesuai dengan kaidah koding dalam ICD-10 kode O80-O84 digunakan sebagai diagnosis sekunder jika ada penyulit dalam persalinan, kecuali jika penyulitnya kode O42.0 dan O42.1 maka O80-O84 digunakan sebagai diagnosis utama.

Contoh :

1) Diagnosis utama : Kehamilan (dilahirkan)

Diagnosis sekunder : Kegagalan *trial of labour*

Tindakan : Seksio sesar

Diberi kode pada *failed trial of labour, unspecified* (O66.4) sebagai diagnosis utama. Kode untuk *caesarean section delivery, unspecified* (O82.9), dapat digunakan sebagai kode diagnosis sekunder

2) Diagnosis utama : Ketuban Pecah Dini kurang dari 24 jam

Diagnosis sekunder : -

Tindakan : Seksio sesar

Diberi kode *caesarean section delivery, unspecified* (O82.9) sebagai diagnosis utama dan *Premature rupture of membranes, onset of labour within 24 hours* (O42.0), dapat digunakan sebagai kode diagnosis sekunder.

b. Pasien seksio sesar dalam satu episode rawat dilakukan tindakan sterilisasi maka kode tindakan sterilisasi tidak perlu diinput ke dalam aplikasi INA-CBGs

c. Persalinan normal maupun tidak normal tidak diperbolehkan menginput *high risk pregnancy* (Z35.5, Z35.6, Z35.7, dan Z35.8) ke dalam aplikasi INA-CBGs

d. Kasus umum disertai dengan kehamilan yang tidak ditangani oleh dokter obstetri pada akhir episode perawatan maka diagnosis utamanya adalah kasus umumnya

Contoh :

Diagnosis utama : Dengue Hemoragic Fever (DHF)

Diagnosis sekunder : Keadaan hamil

Dokter yang merawat : dokter penyakit dalam

Pasien dalam keadaan hamil, maka diberi kode A91 sebagai diagnosis utama dan O98.5 sebagai diagnosis sekunder.

d. Kasus umum disertai dengan kehamilan yang ditangani oleh dokter obstetri sampai akhir episode perawatan maka diagnosis utamanya adalah kasus kehamilan.

Contoh :

Diagnosis utama : Keadaan hamil

Diagnosis sekunder : Dengue Hemoragic Fever (DHF)

Dokter yang merawat : dokter obstetri

Pasien dalam keadaan hamil, maka diberi kode O98.5 sebagai diagnosis utama dan A91 sebagai diagnosis sekunder.

e. Pemasangan infus pump hanya menggunakan kode 99.18

f. Jika beberapa prosedur yang diberikan dalam pelayanan diinputkan ke dalam software INA-CBGs menyebabkan perubahan grouping dan tarif menjadi turun, maka prosedur-prosedur yang menurunkan tarif tidak diinput.

### **G. CODE CREEP**

Menurut Seinwald dan Dummit (1989) *code creep* diartikan sebagai ”perubahan dalam pencatatan Rumah Sakit (rekam medis) yang dilakukan praktisi untuk meningkatkan penggantian biaya dalam sistem Casemix”.

*Code Creep* sering disebut sebagai *upcoding*, dan apabila mengacu pada konteks Tagihan Rumah Sakit (*hospital billing*) maka disebut *DRG Creep*. Kurangnya pengetahuan koder juga dapat menimbulkan *code creep*. Namun, tidak semua variasi yang timbul dalam pengkodean dapat disebut *code creep*. Pengembangan, revisi sistem koding dan kebijakan yang diambil oleh suatu negara dalam pengklaiman kasus tertentu dapat menyebabkan variasi pengkodean.

Contoh:

1. Kode “Z” dan “R” dipakai sebagai diagnosis utama, padahal ada diagnosis lain yang lebih spesifik.

Contoh :

Diagnosis Utama : Chest Pain (R07.1)

Diagnosis Sekunder : Unstable Angina Pectoris (I20.0),

Seharusnya

Diagnosis Utama : Unstable Angina Pectoris (I20.0)

Diagnosis Sekunder : Chest Pain (R07.1)

2. Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu, tetapi dikode terpisah

Contoh :

Diagnosis Utama : Hypertensi (I10)

Diagnosis Sekunder : Renal disease (N28.9)

Seharusnya dikode jadi satu yaitu Hypertensive Renal Disease (I12.9)

3. Kode *asteris* diinput menjadi diagnosis utama dan *dagger* sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Myocardium (I41.0\*)

Diagnosis Sekunder : Tuberculosis of after specified organs  
(A18.5†)

Seharusnya

Diagnosis Utama : Tuberculosis of after specified organs  
(A18.5†)

Diagnosis Sekunder : Myocardium (I41.0\*)

4. Kode untuk rutin prenatal care Z34-Z35 digunakan sebagai diagnosis sekunder pada saat proses persalinan.

Contoh :

Diagnosis Utama : Persalinan dengan SC (O82.9)

Diagnosis Sekunder : Supervision of other high-risk pregnancies (Z35.8)

Ketuban Pecah Dini (O42.9)

Seharusnya

Persalinan dengan SC (O82.9)

Ketuban Pecah Dini (O42.9)

5. Diagnosis Utama tidak signifikan dibandingkan diagnosis sekundernya

Contoh :

Diagnosis utama : D69.6 Thrombocytopenia

Diagnosis sekunder : A91 Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)

Seharusnya

Diagnosis Utama : A91 Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)

Diagnosis sekunder : D69.6 Thrombocytopenia

6. Tindakan/Prosedur seharusnya relevan dengan diagnosis utama

Contoh :

Diagnosis utama : K30 Dyspepsia

Diagnosis sekunder : I25.1 Atherosclerotic heart disease (CAD)

Tindakan : 36.06 Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)

Seharusnya

Diagnosis Utama : I25.1 Atherosclerotic heart disease (CAD)

Diagnosis sekunder : K30 Dyspepsia

Tindakan : 36.06 Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)

## DAFTAR PUSTAKA

- Bowman, E, & Abdelhak, Mervat. (2001). Coding, classification, and reimbursement systems. *Health information: management of a strategic resource. 2nd edition. Philadelphia: WB Saunders Company*, 229-258.
- Campbell, Susan E., Campbell, Marion K., Grimshaw, Jeremy M., & Walker, Anne E. (2001). A systematic review of discharge coding accuracy. *Journal of Public Health*, 23(3), 205-211. doi: 10.1093/pubmed/23.3.205
- Cheng, Ping; Gilchrist, Annette. (2009). The Risk and Consequences of Clinical Miscoding Due To Inadequate Medical Documentation : A Case Study of the Impact on Health Services Funding. *Health Information Management Journal, Vol. 38 No 1*.
- Danuri, Ahmad. (2006). Analisis penyebab terjadinya data ungroupable menurut tahapan pengumpulan form case-mix IR-DRG 2,0 di RSUP dr Kariadi Semarang. *Skripsi Prodi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang*.
- Dimick, Chris. . (2010). Achieving Coding Consistency. *Journal of AHIMA*, 81. No. 7.
- Dirjen YanMed, Depkes RI, 2006. (2006). Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. *DepKes RI, Jakarta*.
- Eramo, Lisa A. (2012). Don't let fear prevent coders from learning ICD-10.
- Ernawati, D; Kresnowati, L. (2013). Studi Kualitatif tentang Kompetensi Tenaga Koder dalam Proses Reimbursement Berbasis System Case-mix di Beberapa Rumah Sakit yang Melayani Jamkesmas. *Penelitian Internal LPPM Universitas Dian Nuswantoro Semarang*.
- Farhan, J., S. Al-Jummaa, A. A. Alrajhi, H. Al-Rayes, and A. Al-Nasser. (2005). Documentation and Coding of Medical Records in a Tertiary Care Center: A Pilot Study. *Annals of Saudi Medicine* 25(2005): 46–49, 1.
- Farzandipour, Mehrdad, & Sheikhtaheri, Abbas. (2009). Evaluation of Factors Influencing Accuracy of Principal Procedure Coding Based on ICD-9-CM: An Iranian Study. *Perspectives in Health Information Management*, 6(5), 1-5.
- Hasan, M., R. J. Meara, and B. K. Bhowmick. The Quality of Diagnostic Coding in Cerebrovascular Disease.
- Ifalahma, Darah. (2013). Hubungan Pengetahuan Coder Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Jaminan Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Icd-10 Di Rsud Simo Boyolali. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan, INFOKES, VOL. 3 NO. 2 Agustus 2013*.
- Standar Profesi Perkam Medis & Informasi Kesehatan (No. 377/Menkes/SK/III/2007 ).

- Naga, dr. Mayang Anggraini. (2013). *Buku Kerja Praktik Pengkodean Klinis Berdasarkan Rules dan Konvensi ICD-10, WHO*.
- Nuryati, Niko Tesni Saputro. (2015). Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Puskesmas Mojolaban Sukoharjo Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, ISSN:2337-585X, Vol.3, No.1, Maret 2015.
- O'Malley, Kimberly J., Cook, Karon F., Price, Matt D., Wildes, Kimberly Raiford, Hurdle, John F., & Ashton, Carol M. (2005). Measuring Diagnoses: ICD Code Accuracy. *Health Services Research*, 40(5p2), 1620-1639. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00444.x
- Permenkes. (2007). rekam Medis. *Permenkes RI No. 337/Menkes/SK III/2007*.
- Standar Kompetensi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan (2014).
- Quan, H., G. A. Pearsons, and W. A. Ghali. *Validity of Procedure Codes in International Classification of Diseases*.
- Santos, Suong; Murphy, Gregory; et.al,. (2008). Organizational Factors Affecting The Quality of Hospital Clinical Coding. *Health Information Management Journal*, Vol. 37, No. 1. .
- Silfen, E. . Documentation and Coding of ED Patient Encounters: An Evaluation of the Accuracy of an Electronic Medical Record. *American Journal of Emergency Medicine* 24, no. 6 (2006): 664–678.
- Surján, G. . Questions on Validity of International Classification of Diseases-Coded Diagnosis. *International Journal of Medical Informatics* 54, no. 2 (1999): 77–95.
- van Walraven, C., & Demers, S. V. (2001). Coding diagnoses and procedures using a high-quality clinical database instead of a medical record review. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, 7(3), 289-297.
- World Health Organization. (1993). ICD-10. *World Health Organization, ICD-10, 1993, Volume 2 : Instruction Manual, Geneva*.