

Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016

Laela Indawati
Universitas Esa Unggul
E-mail : laela.indawati@esaunggul.ac.id

Abstract

This research is expected to contribute to the development of science and can minimize the refund of claim related BPJS coding. The refund claims related hospitalization of patients BPJS coding accuracy or mismatches coding the diagnosis and procedure amounted to 30% of the file that is returned into the background of this research. The method used is a case study approach. Data collection techniques such as observation, literature study and interviews. Cause refund claim related inpatient coding accuracy of them due to the lack of investigations supporting diagnosis, inaccurate coding by the coder, and incompatibility with MB and consensus rule. It is recommended that the guidelines governing the rights assignment of authority and responsibility of each profession such as a doctor, coder, and verifiers BPJS.

Keywords: Accuracy coding, BPJS, Claims, ICD 10, JKN

Abstrak

Penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi terhadap perkembangan keilmuan dan dapat meminimalkan pengembalian klaim BPJS terkait koding. Adanya pengembalian klaim rawat inap pasien BPJS terkait akurasi koding atau ketidaksesuaian pengkodean terhadap diagnosis dan tindakan sebesar 30% dari berkas yang dikembalikan menjadi latar belakang penelitian ini. Metode penelitian yang digunakan adalah dengan pendekatan studi kasus. Teknik pengumpulan data berupa observasi, studi literature dan wawancara. Penyebab pengembalian klaim pasien rawat inap terkait akurasi koding diantaranya karena kurangnya pemeriksaan penunjang pendukung diagnosis, ketidaktepatan pemberian kode oleh koder, dan ketidaksesuaian dengan rule MB dan konsensus. 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 : Akurasi Koding, BPJS, ICD 10, JKN, Klaim

Pendahuluan

Keakurasian dalam pengkodean suatu penyakit dan tindakan sangatlah penting karena terkait dengan pembiayaan pelayanan kesehatan. Beberapa penelitian terdahulu telah membahas keakuratan koding terhadap pembiayaan rumah sakit, namun jumlah studi yang menyelidiki penyebab pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS terkait akurasi koding masih terbatas. Dalam studi ini diteliti penyebab pengembalian klaim pasien rawat inap hasil verifikasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) terkait akurasi koding, serta faktor pendukung dan penghambat koder terhadap akurasi kode data klinis. Penelitian ini dilakukan untuk mendukung atau memperluas penelitian yang sudah ada.

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, et.al, 2001) (Farhan, et.al, 2005) (Van Walfaven & 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 (O'Malley, et.al, 2005) (Bowman & Abdelhak, 2001) (Eramo, 2012) (Ernawati & Kresnowati, 2013) (Ifalahma, 2013) (Nuryati&Saputro, 2015) (Silfen, 2006).

Pada penelitian lainnya, ketepatan hasil kode data klinis dipengaruhi oleh Dokter (62%), koder (35%) dan ketepatan pengisian ke dalam software (3%). Koder disarankan berkonsultasi dengan dokter tentang kasus sulit dimana koder memiliki pengetahuan terbatas (Farzandipour&Sheikhtaheri, 2009) (Santos; et.al, 2008)

Dampak kerugian dari ketidakakurasian kode data klinis berpengaruh terhadap pembiayaan pelayanan kesehatan. *Reimbursement* pembiayaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan rumah sakit sangat tergantung dari keakurasian kode data klinis (Cheng; et.al, 2009). Indonesia 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 agar terverifikasi.

Permasalahan pada 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 verifikasi BPJS.

Berdasarkan hasil wawancara pendahuluan dengan beberapa koder didapatkan informasi bahwa pengembalian berkas tersebut diantaranya adalah karena adanya perbedaan paham antara dokter dengan verifikasi 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 kurang telitian membaca diagnosis dari koder, dan tidak adanya pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosis.

Pedoman atau aturan yang digunakan oleh verifikasi BPJS maupun oleh rumah sakit adalah ICD 10 untuk kode penyakit, ICD 9 CM untuk kode tindakan, Permenkes No. 27 tahun 2014 tentang Juknis Sistem INA CBGs, dan surat edaran No.HK.03.03/MENKES/63/2016 tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBGs Jaminan Kesehatan Nasional Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), dimana 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 verifikasi 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.

Metode

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'. Penelitian dilakukan di bagian rekam medis dan bagian piutang pasien RSUP fatmawati pada bulan Mei-Juni 2016 dengan menelaah berkas pengembalian klaim BPJS yang berada di bagian pengelola piutang pasien. Wawancara dilakukan untuk keterangan tambahan penelitian.

Hasil

Gambaran Pengembalian Klaim Rawat Inap Pasien BPJS

Tabel 1: Rata-Rata Jumlah Pengembalian Klaim Pasien Rawat Inap Dari BPJS Jaminan Kesehatan Nasional [JKN-BPJS] Bulan Januari-April Tahun 2016

Kete-rangan	BULAN									
	Januari		Februari		Maret		April		TOTAL	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
jumlah klaim	1,919		1,881		2,107		2,080		7,987	
jumlah dikembalikan	473	25%	417	22%	463	22%	366	18%	1,719	22%

Tabel 2: 4 Kategori Pengembalian Klaim Pasien Rawat Inap Dari BPJS Kesehatan Jaminan Kesehatan Nasional [JKN-BPJS] Tahun 2016

Kete-rangan	BULAN									
	Januari		Februari		Maret		April		TOTAL	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
jumlah dikembalikan	473		417		463		366		1,719	
perbaikan administrasi	105	22%	72	17%	88	19%	70	19%	335	19%
pinjam status	10	2%	19	5%	35	8%	52	14%	116	7%

Kete-rangan	BULAN									
	Januari		Februari		Maret		April		TOTAL	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
konfirmasi koding irmpdi	176	37%	153	37%	169	37%	117	32%	615	36%
kelengkapan resume	182	38%	173	41%	171	37%	127	35%	653	38%

Sumber data : Unit Pengelola Piutang Pasien RSUP Fatmawati tahun 2016

Rata rata pengembalian berkas klaim rawat inap per bulan adalah sebesar 22 % dari total keseluruhan berkas yang diklaim. Dari pengembalian berkas klaim pasien rawat inap yang sudah diverifikasi oleh BPJS, dibagi 4 kategori, yaitu :

Perbaikan administrasi : hasil verifikasi menunjukkan ada ketidaksesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs.

Pinjam status : peminjaman dokumen yang ada didalam rekam medis untuk keperluan verifikasi.

Konfirmasi koding : verifikator melihat ada ketidaksesuaian koding yang dibuat dengan diagnosis dan hasil pemeriksaan yang ada di berkas klaim rawat inap.

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.

Jenis Kasus Penyakit pada Pengembalian Klaim Rawat Inap

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

Akurasi Koding pada Pengembalian Klaim Rawat Inap Hasil Verifikasi BPJS

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 akurasi koding pada klaim rawat inap hasil verifikasi BPJS, ada beberapa penyebab yang mengakibatkan pengembalian klaim rawat inap terkait konfirmasi koding hasil verifikasi BPJS sebagai berikut :

Pemeriksaan penunjang tidak mendukung diagnosis

Dari pengembalian berkas klaim rawat inap terkait konfirmasi koding yang penulis teliti, 42% berkas dikembalikan karena pemeriksaan penunjang yang tidak mendukung diagnosis. Koder memberikan kode berdasarkan diagnosis yang telah dibuat oleh dokter. Namun setelah klaim diajukan ke BPJS dan dilakukan pengecekan oleh verifikator, hasil koding tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan penunjang. Sehingga berkas klaim dikembalikan dan dilakukan pengecekan ulang dengan hasil pemeriksaan penunjang di bagian rekam medis. Pada beberapa kasus, hal tersebut menyebabkan perubahan kode ICD 10, dan beberapa kasus lainnya menyebabkan kode ICD 10 tersebut dihilangkan karena pemeriksaan penunjang tidak mendukung diagnosis. Dari 26 kasus tersebut diatas, 11 kasus diantaranya tidak dicantumkan note dari verikator yang menjelaskan alasan perubahan kode. 6 kasus terdapat kesalahan pemberian kode dikarenakan penulisan diagnosis yang tidak lengkap sesuai dengan ICD 10, dan tidak lengkapnya penulisan hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosis.

Ketidaktepatan penentuan kode oleh koder

Pada beberapa kasus dimana koder salah menentukan kode diagnosis sebanyak 16 kasus (25%), 4 kasus diantaranya adalah karena penggunaan singkatan pada penulisan diagnosis, contoh : singkatan dokter "MR" yang seharusnya dikode "Mitral Regurgitation" menjadi dikode "Mitral Rhematoid" dan 2 kasus karena ketidakjelasan tulisan Dokter. 3 kasus karena tertukarnya diagnosis utama menjadi diagnosis sekunder, dan diagnosis sekunder menjadi diagnosis utama (kesalahan penentuan kode diagnosis utama, dimana koder memilih diagnosis sekunder sebagai diagnosis utama), dan 7 kasus lainnya karena kekurangtelitian dalam menentukan kode penyakit atau tindakan.

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

Koder menentukan kode berdasarkan urutan diagnosis yang ditulis dokter. Namun penentuan diagnosis 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.)

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

Sebanyak 14 kasus (23%) terdapat ketidaksesuaian dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 atau yang biasa disebut konsensus oleh verifikator BPJS.

Faktor Pendukung dan Penghambat Koder terhadap Akurasi Kode Data Klinis

Dari 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

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

Adanya dukungan 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. Adanya dukungan dari manajemen

rumah sakit berupa pelatihan baik inhouse training maupun pelatihan yang diselenggarakan oleh organisasi profesi.

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

Belum adanya rapat rutin khusus koder yang membahas permasalahan yang dialami oleh koder dalam pekerjaannya. Koder sudah berusaha menjaga akurasi koding, namun masih ada berkas klaim yang dikembalikan.

Pengetahuan

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. Dalam era JKN, koder dituntut untuk dapat memahami isi berkas rekam medis. Dari satu diagnosis, koder harus memperhatikan terapi apa yang diberikan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang seperti hasil scan atau rontgen, dan hasil laboratorium untuk mendapatkan hasil koding yang akurat.

Perbedaan persepsi

Adanya perbedaan persepsi antara dokter dan verifikator BPJS terkait penegakan diagnosis membuat koder berada pada posisi sulit. Koder mengkode sesuai dengan tulisan dokter yang dihasilkan berdasarkan pemikiran ilmiah dokter, namun beberapa ada ketidaksesuaian dengan konsensus.

Penyelesaian terhadap Pengembalian Koding

Penyelesaian yang dilakukan oleh koder di RSUP Fatmawati bila ada pengembalian klaim rawat inap terkait konfirmasi koding adalah bertanya dengan rekan sesama koder. Bila tidak menemukan penyelesaian maka ditanyakan ke kepala instalasi rekam medis. Selanjutnya bila tidak diketahui penjelasannya juga maka ditanyakan langsung ke dokter yang menangani pasien. Bila ternyata dari verifikator BPJS masih mengembalikan berkas klaim yang sudah diperbaiki, maka jalan terakhir adalah menyerahkan ke kepala instalasi rekam medis untuk menjembatani berkomunikasi dengan bagian verifikasi BPJS.

Dari penelitian yang telah dilakukan, diketahui bahwa perbaikan yang dilakukan terhadap kode data klinis pada berkas klaim rawat inap mengikuti

aturan dari verifikator BPJS. Dimana pedoman yang digunakan oleh verifikator BPJS adalah sama dengan yang digunakan oleh koder RS yaitu buku ICD 10 volume 1,2,3 tahun 2008 dan Permenkes No. 27 tahun 2014. Selain itu pedoman lain yang digunakan adalah panduan praktik klinis (PPK) dan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 atau biasa disebut konsensus oleh verifikator BPJS.

Pembahasan

Kurang Pemeriksaan Penunjang Pendukung Diagnosis

Data klinik berupa riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnosis, perintah pengobatan, laporan operasi atau prosedur lain merupakan input yang akan dikoding oleh koder. Pada SK Menkes RI No : 268/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 koder 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. Dokter diharapkan dapat menulis dengan lengkap diagnosis pasien dan hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosis.

Di sisi lain, koder bertanggung jawab atas keakurasian kode data klinis, oleh karenanya apabila ada hal-hal yang kurang jelas atau meragukan dalam penentuan kode, perlu dikomunikasikan terhadap dokter penanggungjawab. Koder disarankan berkonsultasi dengan dokter tentang kasus sulit dimana koder memiliki pengetahuan terbatas (Farzandipour & Sheikhtaheri, 2009) (Santos; et.al, 2008) .

Berdasarkan hasil penelitian *Current clinical coding practices and implementation of ICD-10 in Africa: A survey of Nigerian hospitals* sebesar 91.6% akurasi kode disebabkan karena penulisan yang tidak lengkap pada resume medis dan *medical errors* sebesar 44% (Adeleke, 2015)

Ketidaktepatan Penentuan Kode oleh Koder

Pada penelitian ini, kesalahan pengkodean disebabkan diantaranya oleh penggunaan singkatan pada penulisan diagnosis, kurang jelasnya tulisan dokter, pemilihan diagnosa utama yang salah, dan penulisan diagnosis tidak lengkap. Peninjauan seluruh catatan dalam berkas rekam medis perlu dilakukan untuk mendapatkan hasil koding yang akurat. Adakalanya dokter mengisi diagnosis kurang jelas sehingga koder perlu mensinkronkan dengan isi berkas rekam medis dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya (Kemenkes, 2016) (WHO, 2016).

Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya, dimana beberapa hal yang dapat menyulitkan koder 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 (O'Malley, et.al, 2005) (Santos; et.al, 2008) (Depkes, 2006) Permenkes, 2007).

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 kodefikasi 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.

Dalam penelitian ini adanya 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 perlu disikapi dengan adanya satu pedoman kerja yang jelas yang mengatur tentang tugas, wewenang, dan tanggungjawab dari

dokter dan koder. Pada Permenkes RI No. 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) dijelaskan bahwa 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. Sehingga koder harus benar benar memahami kaidah koding dan aturan MB1-MB5 (Permenkes, 2014).

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 kurang lengkapnya pengisian pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang pada resume medis serta ketidaksesuaian penulisan diagnosis dengan ICD 10 sehingga koding yang sudah dibuat dipertanyakan kembali karena penegakan diagnosis belum disertai dengan pemeriksaan pendukung. Informasi yang kurang jelas 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. Selain itu, dalam konsep INA-CBGs, yang menimbulkan biaya terbesar dan/atau masa rawat inap paling lama adalah diagnosis utama. Hal ini tidak selalu sejalan dengan konsep diagnosis utama bagi para klinisi dimana ada perbedaan antara ranah klinis medis dengan ranah koding administrasi klaim. Dalam ranah klinis medis, diagnosis utama merujuk pada patofisiologi kasus yang menjadi dasar dari kasus pasien dan bisa bergerak dinamis sesuai perkembangan kondisi pasien, dan berdasarkan pemeriksaan penunjang yang tepat. Dasarnya 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 (Ardyanto, 2016)

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.

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. Sehingga koder dapat lebih mudah dalam menentukan kode penyakit maupun tindakan. Namun dokter juga tetap harus berlandaskan prinsip ilmiah dalam penentuan diagnosis dan tindakan. Bila nanti “diterjemahkan” sebagai kode INA-CBGs adalah ranah lain yang juga sudah ada klausul maupun aturannya. (Ardyanto, 2016) . Tugas dan tanggungjawab koder adalah melakukan kodifikasi dari diagnosis dan prosedur/tindakan yang diisi oleh dokter yang merawat sesuai dengan ICD 10 untuk diagnosis 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 pedoman yang sama terhadap penentuan kode data klinis yaitu ICD 10 volume 1,2,3 tahun 2008. Namun yang perlu disikapi adalah pola pengkodean untuk data statistik 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.

Dengan adanya perbedaan tersebut, maka untuk pembuatan laporan penyakit (laporan RL) yang ditujukan ke Dinas Kesehatan, maupun Kementerian Kesehatan di bagian rekam medis RSUP Fatmawati tetap menggunakan aplikasi sistem informasi RS *Medysis* dan tidak menggunakan laporan penyakit dari data aplikasi INA CBGs. Hal ini dikarenakan kode penyakit pada aplikasi INA CBGs telah banyak dilakukan perubahan untuk keperluan pembiayaan, dan beberapa tidak sesuai dengan kaidah koding, maupun ranah medis yang diperlukan untuk data statistik maupun penelitian.

Simpulan

Rata rata pengembalian berkas klaim rawat inap per bulan sebesar 20,88 % dimana 36% dari total klaim rawat inap yang dikembalikan adalah pengembalian untuk konfirmasi koding. Penyebab pengembalian klaim terkait konfirmasi koding adalah karena pemeriksaan penunjang yang tidak mendukung diagnosis, ketidaktepatan penentuan kode oleh koder, ketidaksesuaian dengan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 dan Permenkes RI No. 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs).

Dukungan dari kepala instalasi rekam medis, kebiasaan berbagi informasi dengan rekan sesama koder, dukungan dari manajemen RS terhadap kesempatan pelatihan 20jam/orang/tahun dan teknologi informasi berupa internet merupakan faktor pendukung koder dalam hal keakurasian kode data klinis di RSUP Fatmawati. Faktor 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.

Upaya penyelesaian terhadap perbaikan kode data klinis pada berkas klaim rawat inap mengikuti aturan dari verifikator BPJS. Dimana pedoman

yang digunakan oleh verifikator BPJS adalah sama dengan yang digunakan oleh koder RS yaitu buku ICD 10 volume 1,2,3 tahun 2008, Permenkes No. 27 tahun 2014, dan Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 atau biasa disebut konsensus oleh verifikator BPJS.

Ucapan Terima Kasih

Penelitian ini tidak dapat terlaksana tanpa bantuan dari berbagai pihak. Terima kasih yang tak terhingga kepada Pihak RSUP Fatmawati yang telah memberikan ijin penelitian dan bantuan informasi khususnya bagian Rekam Medis, bagian Klaim, dan Bagian Diklat.

Daftar Rujukan

Adeleke, Ibrahim Taiwo.(2015). Current clinical coding practices and implementation of ICD-10 in Africa: A survey of Nigerian hospitals. *American Journal of Health Research*, 2015; 3(1-1): 38-46.

Bowman, E, & Abdelhak, Mervat. (2001). Coding, classification, and reimbursement systems. Health information: management of a strategic resource. 2nd edition. Philadelphia: WB Saunders Company,2001.p229-258.

Campbell, Susan E., Campbell, Marion K., Grimshaw, Jeremy M., & Walker, Anne E.(2001). A systematic review of discharge coding accuracy. *Journal of Public Health*;2001:23(3):205-211.

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*; 2009: Vol. 38 No I.

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*;2010:81:7.

Dirjen YanMed, Depkes RI, Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. DepKes RI, 2006. 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. 2013.

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*;2005:1:46-49.

Farzandipour, Mehrdad, & Sheikhtaheri, Abbas. (2009). Evaluation of Faktors Influencing Accuracy of Principal Procedure Coding Based on ICD-9-CM: An Iranian Study. *Perspectives in Health Information Management*;2009: 6(5):p.1-5.

http://www.kompasiana.com/tonangardiyanto/rs-dan-verifikator-maribergandengtangan_5754b85e727a61750968bec5

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*; 2 Agustus 2013:VOL.3.

Nuryati, Niko Tesni Saputro.(2015) Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Puskesmas Mojolaban Sukoharjo Jawa Tengah. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*; Maret 2015:Vol.3 No.1.

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*;2005:40(5p2):1620-1639.

Santos, Suong; Murphy, Gregory; et.al., (2008). Organizational Faktors Affecting The Quality of Hospital Clinical Coding. *Health Information Management Journal*; 2008:Vol. 37 No. I

- Silfen, E. (2006). Documentation and Coding of ED Patient Encounters: An Evaluation of the Accuracy of an Electronic Medical Record. *American Journal of Emergency Medicine*; 2006;6:p. 664–678.
- Republik Indonesia. Permenkes RI No. 337/Menkes/SK III/2007 tentang Rekam Medis
- Republik Indonesia . Permenkes No. 27 Tahun 2014 Tentang Juknis INA CBGs .
- Kementerian Kesehatan. Surat Edaran No. HK.03.03/MENKES/63/2016 Tentang Pedoman Penyelesaian Permasalahan Klaim INA-CBG Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.
- 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*;2001:7(3):289-297.
- World Health Organization. ICD-10. World Health Organization, ICD-10, 2016, Volume 2 : Instruction Manual, Geneva.