

Available online at:

EDU RMIK Journal

ISSN (Print) XXXX-XXXX ISSN (Online) XXXX-XXXX



KETEPATAN KODE DIAGNOSIS PENYAKIT UNTUK KLAIM BIAYA DITINJAU DARI BERBAGAI LITERATUR

¹Indah Kristina, ²Fenita Purnama Sari Indah, ³Vicy Varia Detyas

^{1,2}Lecture STIKes Widya Dharma Husada Tangerang , Kota Tangerang Selatan dan Kode Pos 15417, Indonesia

³ Student STIKes Widya Dharma Husada Tangerang , Kota Tangerang Selatan dan Kode Pos 15417, Indonesia

ARTICLE INFORMATION	A B S T R A C T
<p>*Corresponding Author Name : Indah kristina E-mail: indahbhj55@gmail.com</p>	<p><i>The accuracy of the diagnosis code in the medical record file is used as a basics for claiming fees. The patient diagnosis code if not coded accurately results in the resulting information will have a low level of validation. Thus, an accurate and absolute code must be obtained in order to be accounted for. Writing a specific main diagnosis can make it easier for coding officers to provide the code, making it easier for officers to analyze and reporting to make disease recapitulation reports, used as a basis for grouping CBG (Case Based Groups) for billing systems for payment of service fees. The purpose of this study is to determine the accuracy of disease diagnosis codes for cost claims in terms of various literature. The method used is the method of Literature Study or Literature Study relating to the accuracy of the disease diagnosis code for cost claims in terms of various literature. From 5 journals found that the level of accuracy of the code is still not perfect because it is not 100%. Coder competence is a factor that influences the level of accuracy of disease code coding for cost claims. So that many claim files are not smooth and returned by verifies. The lack of participation in attending seminars and training on coding and the development of new diseases. In addition, writing a diagnosis that is still less readable causes the code to be incorrect in giving the disease code. The conclusion that can be drawn is that there are several factors that influence the still many inaccuracies in the giving of disease codes, namely writing unclear diagnoses, lack of training code and experience and errors in coding for the main code in the claim process.</i></p>
<p>Keywords: Medical Records _1 Informed Consent _2 Legal Medical Records _3</p>	<p>Keakuratan kode diagnosis pada berkas rekam medis dipakai sebagai dasar terkait dengan klaim biaya. Kode diagnosis pasien apabila tidak terkode dengan akurat mengakibatkan informasi yang dihasilkan akan mempunyai tingkat validasi yang rendah. Dengan demikian kode yang akurat dan mutlak harus diperoleh agar dapat dipertanggungjawabkan. Penulisan diagnosis utama yang spesifik dapat memudahkan petugas koding dalam pemberian kodenya, memudahkan petugas <i>analising</i> dan <i>reporting</i> untuk membuat laporan rekapitulasi penyakit, digunakan sebagai bahan dasar dalam pengelompokkan CBG (Case Based Groups) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan. Tujuan dar penelitian ini adalah untuk mengetahui ketepatan kode diagnosis penyakit untuk klaim biaya ditinjau dari berbagai literatur. Metode yang digunakan adalah metode Studi Literatur atau Studi Pustaka yang berhubungan dengan ketepatan kode diagnosis penyakit untuk klaim biaya ditinjau dari berbagai</p>
<p>Kata Kunci: Ruang Penyimpanan _1 Rak Penyimpanan _2 Dokumen Rekam Medis _3</p>	

TINJAUAN KEAKURATAN KODE PENYAKIT TUBERCULOSIS

	<p>literatur. Dari 5 jurnal didapatkan bahwa tingkat ketepatan kode masih belum sempurna karena belum 100%. Kompetensi koder merupakan faktor yang mempengaruhi tingkat ketepatan pemberian kode penyakit untuk klaim biaya. Sehingga banyak berkas klaim yang tidak lancar dan dikembalikan oleh verifikator. Minimnya partisipasi mengikuti seminar dan pelatihan mengenai koding dan perkembangan penyakit baru. Selain itu, penulisan diagnosa yang masih kurang terbaca menyebabkan koder salah dalam memberi kode penyakit. Kesimpulan yang dapat diambil adalah terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi masih banyaknya ketidaktepatan dalam pemberian kode penyakit yaitu penulisan diagnosa yang kurang jelas, koder yang kurang pelatihan dan pengalaman dan kesalahan dalam pemberian kode untuk kode utama dalam proses klaim.</p>
Manuskrip diterima: DD MM YYYY Manuskrip direvisi: DD MM YYYY Manuskrip dipublikasi: DD MM YYYY	This is an open access article under the CC-BY-NC-SA license. 
	© 2020 Some rights reserved

PENDAHULUAN

Menurut Permenkes 269/Menkes/Per/III/2008, rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Sedangkan penjelasan menurut Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Salah satu komponen dari berkas rekam medis adalah terdapat resume medis (*discharge summary*). Menurut Hatta (2011) resume (ringkasan riwayat pulang) adalah ringkasan seluruh masa perawatan dan pengobatan yang dilakukan para tenaga kesehatan kepada pasien, yang memuat informasi tentang jenis perawatan terhadap pasien, reaksi tubuh terhadap pengobatan, kondisi pada saat pulang dan tindak lanjut pengobatan setelah pasien pulang. Berdasarkan Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008, ringkasan pulang (resume) harus dibuat oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pada pasien. Isi ringkasan pulang sekurang-kurangnya memuat: identitas pasien; diagnosa masuk dan indikasi pasien dirawat; ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosa akhir, pengobatan dan tindak lanjut; dan nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.

Salah satu bentuk pengelolaan dalam rekam medis adalah pengkodean diagnosis. Sistem klasifikasi penyakit merupakan pengelompokan penyakit yang sejenis ke dalam satu grup nomor kode penyakit sejenis sesuai dengan *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Ten Revision* (ICD-10) untuk istilah penyakit dan masalah yang berkaitan dengan penyakit. Dengan ICD-10, semua nama dan golongan penyakit, cedera, gejala dan faktor yang mempengaruhi kesehatan akan menjadi sama di seluruh dunia dengan diterjemahkan ke dalam alfabet, numerik maupun alfanumerik sesuai dengan kode yang ada di dalam ICD-10 (WHO, 2004).

Menteri Kesehatan RI melalui surat keputusan No. 50/MENKES/KES/SK/1/1998, tentang Pemberlakuan Klasifikasi Statistik Internasional mengenai Penyakit Revisi Ke-10 tertanggal 13 Januari 1998 untuk menggantikan ICD-9 yang telah diberlakukan sejak tahun 1979 di Indonesia. Pelaksanaan pengkodean harus lengkap dan akurat sesuai dengan

arahan ICD-10 (WHO, 2004). Menurut Permenkes No. 76 Tahun 2016 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.

Keakuratan kode diagnosis pada berkas rekam medis dipakai sebagai dasar terkait dengan klaim biaya. Kode diagnosis pasien apabila tidak terkode dengan akurat mengakibatkan informasi yang dihasilkan akan mempunyai tingkat validasi yang rendah. Dengan demikian kode yang akurat dan mutlak harus diperoleh agar dapat dipertanggungjawabkan. Proses klaim pasien JKN atau BPJS diperlukan ketepatan coding yang akurat untuk lancarnya administrasi INA CBG's. Dimana coding juga merupakan kompetensi dari petugas rekam medis sehingga petugas coding mampu memberikan kode yang tepat (Angga Eko Pramono dan Nuryati, 2012).

Penulisan diagnosis utama yang spesifik dapat memudahkan petugas coding dalam pemberian kodenya, memudahkan petugas *analising* dan *reporting* untuk membuat laporan rekapitulasi penyakit, digunakan sebagai bahan dasar dalam pengelompokan CBG (*Case Based Groups*) untuk sistem penagihan pembayaran biaya pelayanan, mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan disarana pelayanan kesehatan, serta untuk meningkatkan informasi manajemen rumah sakit dalam pengambilan keputusan yang benar.

Rincian informasi yang disyaratkan menurut ICD-10 dapat berupa kondisi akut/kronis, letak anatomik yang detail, tahapan penyakit, ataupun komplikasi atau kondisi penyerta. Letak anatomi dan penulisan diagnosis yang tidak spesifik seringkali menyulitkan koder dalam pemilihan kode penyakit yang tepat, dan berujung pada kesalahan pengodean (*miscoding*). Menurut Permenkes No. 27 thn 2014 tentang Juknis Sistem INA CBGs, Penulisan diagnosis harus lengkap dan spesifik (menunjukkan letak, topografi, dan etiologinya).

Pada beberapa penelitian, ditemukan adanya rumah sakit yang mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian jumlah klaim yang dibayar dengan besaran biaya yang telah

dikeluarkan oleh rumah sakit untuk suatu. Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Ungaran menyebutkan bahwa hasil koding yang tidak sesuai berpotensi menurunkan pendapatan rumah sakit rata-rata sebesar 4,04% dari klaim yang seharusnya diterima oleh rumah sakit (Adhani Windari, Anton Kristijono, 2016).

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit Untuk Klaim Biaya Ditinjau Dari Berbagai Literatur.

METODE

Jenis penelitian ini menggunakan metode *literature review*. Peneliti menggunakan 5 jurnal dengan tingkat ketepatan kode masih belum sempurna karena belum 100%.

HASIL

1. Ketepatan Pengkodean Diagnosis Penyakit Untuk Klaim Biaya

Tabel 3.1 Hasil Ketepatan Pengkodean Diagnosis Penyakit Untuk Klaim Biaya Dari Berbagai Literatur

Nama Peneliti	Judul Penelitian	Jenis Penelitian	Populasi dan Sampel	Teknik Pengambilan Sampel	Hasil Penelitian
Siswati, Selvy Lindu Pratami (2015)	Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa Dan Tindakan Terhadap Persetujuan Klaim BPJS	Metode <i>cross sectional</i> melalui pendekatan observasional	86 resume medis rawat inap untuk klaim pada November - Desember tahun 2015 rawat inap di Rumah Sakit Qadr	<i>Systematic Random Sampling</i>	Ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan sebanyak 47 (54,7%) sedangkan ketidaktepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan sebanyak 39 (45,3%).
Andi Nurul Alik (2016)	Hubungan Ketepatan Kode Diagnosa <i>Obstetric</i> Terhadap Kelancaran Klaim BPJS Di RSUD Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan	Deskriptif kuantitatif Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian <i>Cross Sectional</i>	Populasi adalah 182 rekam medis <i>obstetric</i> bulan April 2016, sampel 44 rekam medis	<i>Stratified Random Sampling</i> secara <i>Proportional Sampel</i>	kode diagnosa <i>obstetric</i> yang tidak tepat terhadap klaim BPJS yang tidak lancar sebanyak 18 (66,7%) dan kode diagnosa <i>obstetric</i> yang tidak tepat terhadap klaim BPJS yang lancar sebanyak 9 (33,3%). Namun ditemukan juga kode diagnosa <i>obstetric</i> yang tepat terhadap klaim BPJS yang tidak lancar sebanyak 3 (17,6%) dan kode diagnosa <i>obstetric</i> yang tepat terhadap klaim BPJS

Perbedaan : lokasi penelitian, sampel penelitian dan teknik pengambilan sampel

Berdasarkan penelitian Siswati, Selvy Lindu Pratami (2015) tingkat ketepatan pengkodean dikategorikan menjadi 2 yaitu pengkodean tepat dan tidak tepat. Dikategorikan tepat apabila variabel kode diagnosa diisi sesuai dengan kelengkapan penulisan diagnosa dan tindakan pada resume medis dikategorikan tidak tepat apabila variabel kode diagnosa tidak diisi sesuai dengan kelengkapan penulisan diagnosa dan tindakan pada resume medis.

Jika ditinjau dari jurnal lainnya, menurut Andi Tenri Nurrul Izzah Alik (2016) bahwa dari 44 rekam medis diketahui masih ditemukan ketidaktepatan pengkodean diagnosa *obstetric*.

2. Kompetensi Koder Dalam Melaksanakan Pengkodean

Tabel 3.2 Hasil Kompetensi Koder Dalam Melaksanakan Pengkodean Dari Berbagai Literatur

Nama Peneliti	Judul Penelitian	Jenis Penelitian	Populasi dan Sampel	Teknik Pengambilan Sampel	Hasil Penelitian
Luviany Gouw dan Laela Indawati (2017)	Tinjauan Kompetensi Koder Dalam Penentuan Kode Penyakit Dan Tindakan Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati	Deskriptif	Populasi dalam penelitian ini adalah 1 orang kepala instalasi rekam medis dan 6 orang tenaga koder rawat inap.	Sampling jenuh	Kompetensi yang sudah dimiliki koder adalah kompetensi mengenai cara menentukan kode dengan ICD-10 dan kode tindakan menggunakan ICD-9-CM, anatomi, terminologi medis, farmakologi, komunikasi dan bahasa inggris. Dan kompetensi yang belum dimiliki adalah kompetensi mengenai pemeriksaan penunjang, hasil pemeriksaan laboratorium, dan terapi obat. Dari hasil verifikasi kompetensi mengenai akurasi kode didapatkan rata-rata ketepatan kode yang dihasilkan oleh 5 tenaga koder rawat inap adalah 71,98% akurat dan 28,02% tidak akurat.

TINJAUAN KEAKURATAN KODE PENYAKIT TUBERCULOSIS

					Ketidakkuratan disebabkan kurang lengkapnya kode yang ditentukan oleh koder. Kendala koder dalam memiliki kompetensi tersebut karena kurang dalamnya ilmu yang didapatkan Ketika berkuliah, minimnya waktu di kelas saat mengenyam pendidikan, kurangnya minat dalam mendalami ilmu pengetahuan semasa kuliah, kurangnya pelatihan-pelatihan atau seminar mengenai koding, dan perkembangan penyakit baru.
Nur Maimun, Jihan Natassa, Wen Via Trisna, Yeye Supriatin (2018)	Pengaruh Kompetensi <i>Coder</i> Terhadap Keakuratan Dan Ketepatan Pengkodean Menggunakan ICD-10 Di Rumah Sakit “X” Pekanbaru Tahun 2016	Kualitatif dengan rancangan pendekatan studi kasus (<i>case study</i>)	Sampel penelitian berjumlah 5 orang terdiri dari koordinator pengolahan data, kepala unit rekam medis, Ketua <i>case-mix</i> dan pelaksana koding	<i>Total sampling</i>	Masih ada petugas yang belum memahami nomenklatur dan menguasai anatomi dan patologi karena <i>basic</i> pendidikan petugas rekam medis dari SMA dan SMK yang tentu saja ilmu penyakit dan istilah-istilah kesehatan, lebih-lebih bila ada istilah baru yang tidak sering ditemui, nomenklatur pengkodean /pengklasifikasian penyakit/tindakan. Latar belakang pendidikan petugas koding di rumah sakit “X” pekanbaru D3 rekam medis, petugas juga sudah pernah mengikuti pelatihan.

Perbedaan : lokasi penelitian, jenis penelitian, jumlah sampel dan teknik pengambilan sampel.

Menurut Luviany Gouw dan Laela Indawati (2017) ketidak akuratan koding rekam medis pada umumnya disebabkan karena kurang terbacanya tulisan dokter. Namun setelah melakukan wawancara dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa hal yang berperan dalam menunjang kompetensi koder untuk memberikan kode yang tepat. Dimulai dari latar belakang pendidikan berperan dalam menunjang kompetensi yang dibutuhkan seorang koder untuk menghasilkan kode yang akurat.

Menurut Nur Maimun, Jihan Natassa, Wen Via Trisna, Yeye Supriatin (2018), Kompetensi petugas baik tenaga medis maupun koder di Rumah Sakit “X” Pekanbaru sudah memiliki kompetensi/keterampilan dalam mengkode. Tenaga *coder* telah

memiliki kualifikasi yang cukup terkait latar belakang pendidikan maupun pelatihan, namun pengetahuan tentang jenis-jenis tindakan, terminologi medis, anatomi, dan fisiologi penyakit masih kurang sehingga koder belum optimal dalam penentuan kode secara akurat.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Klaim Biaya

Tabel 3.3 Hasil Faktor Yang Mempengaruhi Klaim Biaya Dari Berbagai Literatur

Nama Peneliti	Judul Penelitian	Jenis Penelitian	Populasi dan Sampel	Teknik Pengambilan Sampel	Hasil Penelitian
Andi Tenri Nurrul Izzah Alik (2016)	Hubungan Ketepatan Kode Diagnosa <i>Obstetric</i> Terhadap Kelancaran Klaim BPJS Di RSUD Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan	Deskriptif kuantitatif Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian <i>Cross Sectional</i>	Populasi adalah 182 rekam medis <i>obstetric</i> bulan April 2016, sampel 44 rekam medis	<i>Stratified Random Sampling</i> secara <i>Proportional Sampel</i>	Faktor yang menyebabkan kelancaran klaim adalah ketepatan diagnosa. Proses klaim juga masih sangat lambat walaupun kode diagnosa sudah tepat dikarenakan beberapa berkas klaim memerlukan konfirmasi sedangkan Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP) yang terkadang tidak berada di tempat. Diketahui juga bahwa ketidaklengkapan resume medis pasien <i>obstetric</i> akan mempengaruhi kelancaran klaim BPJS karena kelengkapan rekam medis merupakan sangat penting nilainya karena resume medis yang lengkap selain menjaga mutu rekam medis juga digunakan untuk administrasi klaim asuransi.
Haryani Octaria (2015)	Peningkatan Kualitas Pengkodean Pada Ketepatan Dan Kecepatan Pengkodean Penyakit Untuk Penagihan Klaim BPJS Di RSUD Petala Bumi Pekanbaru	kuantitatif analitik dengan <i>pre posttest</i>	Sampel terdiri dari 36 orang yang terdiri dari 15 petugas rekam medis dan 21 dokter	<i>Total Sampling</i>	Penelusuran dokumen rekam medis dan laporan 3 bulan terakhir dimana pada bulan januari sampai maret 2015 pasien rawat jalan BPJS berjumlah 2314 orang, dimana pengkodean diagnosa penyakit yang dikembalikan dari verifikator BPJS ke petugas rekam medis berjumlah rata-rata 60 kode diagnosa penyakit tiap bulannya, sedangkan untuk jumlah pasien rawat inap BPJS berjumlah 333 orang, dimana pengkodean

diagnosa penyakit yang dikembalikan dari verifikator BPJS ke petugas rekam medis berjumlah rata-rata 20 kode diagnosa penyakit tiap bulannya. Hal ini disebabkan petugas rekam medis salah dalam membaca diagnosa akhir dokter dan tidak lengkapnya penulisan diagnosa penyakit sehingga tidak dapat memberi kode diagnosis yang sesuai dengan tindakan.

Perbedaan : lokasi penelitian, jenis penelitian, sampel penelitian, teknik pengambilan sampel

Berdasarkan tabel diatas, Faktor yang menyebabkan kelancaran klaim adalah ketepatan diagnosa. Proses klaim juga masih sangat lambat walaupun kode diagnosa sudah tepat dikarenakan beberapa berkas klaim memerlukan konfirmasi sedangkan Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP) yang terkadang tidak berada di tempat. Diketahui juga bahwa ketidaklengkapan resume medis pasien *obstetric* akan mempengaruhi kelancaran klaim BPJS karena kelengkapan rekam medis merupakan sangat penting nilainya karena resume medis yang lengkap selain menjaga mutu rekam medis juga digunakan untuk administrasi klaim asuransi.

Berdasarkan penelitian Haryani Octaria (2015), penelusuran dokumen rekam medis dan laporan 3 bulan terakhir dimana pada bulan januari sampai maret 2015 pasien rawat jalan BPJS berjumlah 2314 orang, dimana pengkodean diagnosa penyakit yang dikembalikan dari verifikator BPJS ke petugas rekam medis berjumlah rata-rata 60 kode diagnosa penyakit tiap bulannya, sedangkan untuk jumlah pasien rawat inap BPJS berjumlah 333 orang, dimana pengkodean diagnosa penyakit yang dikembalikan dari verifikator BPJS ke petugas rekam medis berjumlah rata-rata 20 kode diagnosa penyakit tiap bulannya. Hal ini disebabkan petugas rekam medis salah dalam membaca diagnosa akhir dokter dan tidak lengkapnya penulisan diagnosa penyakit sehingga tidak dapat memberi kode diagnosis yang sesuai dengan tindakan.

PEMBAHASAN

1. Ketepatan Pengkodean Diagnosis Penyakit Untuk Klaim Biaya

Dari hasil observasi yang diperoleh dari 86 resume medis rawat inap terdapat ketidaktepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan. Ketidaktepatan disebabkan karena kode R digunakan sebagai kode utama dalam proses klaim, dokter yang tidak menulis diagnosa secara lengkap, kurangnya ketelitian dalam menentukan kode diagnosa penyakit dan tindakan dan belum adanya SPO tetap dalam proses pengkodean secara terperinci dalam pelaksanaan klaim dan ketidaklengkapan pengisian diagnosa dan tindakan dan pada resume medis yang mengakibatkan kode tidak akurat. Selain itu, hasil penunjang yang tidak mendukung diagnosis ketepatan kode diagnosis dan tindakan serta tidak adanya cap komite medik pada kasus berat dan faktor lain seperti verifikator menginginkan satu kode untuk beberapa diagnosis.

Jika ditinjau dari jurnal lainnya, menurut Andi Tenri Nurrul Izzah Alik (2016) bahwa dari 44 rekam medis diketahui masih ditemukan ketidaktepatan pengkodean diagnosa *obstetric* yang disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain :

1. Beberapa tulisan dokter sulit dibaca, penulisan diagnosa kurang jelas dan kurang spesifik, tulisan dokter sulit dibaca dan menggunakan singkatan sehingga menyulitkan petugas koding dalam menetapkan kode.
2. Kurangnya fasilitas bagi petugas koding yaitu ICD-10 yang digunakan masih versi tahun 2002 dan 2004 sehingga kode ICD tidak *update*.
3. Petugas koding hanya ada 2 orang sehingga melebihi beban kerja petugas koding.
4. Petugas koding sering tidak membaca rekam medis seutuhnya tapi melihat diagnosa hanya pada ringkasan keluar (resume medis).
5. Petugas koding sering tidak merujuk ke ICD-10 Volume 1.
6. Standar Prosedur Operasional (SPO) pengkodean rekam medis tidak dijelaskan secara spesifik.

Semua hal tersebut diatas menyebabkan ketidaktepatan terhadap kode yang dibuat. Tingkat ketepatan berguna untuk sistem penangihan pembayaran biaya pelayanan, pelaporan nasional morbiditas dan mortalitas, tabulasi data pelayanan kesehatan bagi

proses evaluasi perencanaan pelayanan medis menentukan bentuk pelayanan yang harus direncanakan dan dikembangkan sesuai kebutuhan zaman, analisis pembiayaan pelayanan kesehatan, dan untuk penelitian epidemiologi dan klinis (Hatta, 2008).

Dari beberapa sumber yang telah ditelaah, peneliti dapat menyimpulkan bahwa persentase dari ketepatan pemberian kode diagnosis untuk klaim biaya dinilai masih jauh dari sempurna. Hal ini disebabkan karena beberapa faktor seperti tulisan dokter yang kurang terbaca dan spesifik, kesalahan dalam pemberian kode untuk kode utama dalam proses klaim, dan SPO yang tidak tersedia dan tidak dijelaskan secara spesifik.

Sedangkan menurut Hatta (2013), elemen kualitas pengodean adalah konsisten bila dikode petugas berbeda kode tetap sama (*reliability*), kode tepat sesuai diagnosis dan tindakan (*validity*). mencakup semua diagnosis dan tindakan yang ada di rekam medis (*completeness*). tepat waktu (*timeliness*).

2. Kompetensi Koder Dalam Melaksanakan Pengkodean

Menurut Nur Maimun, Jihan Natassa, Wen Via Trisna, Yeye Supriatin (2018), Kompetensi petugas baik tenaga medis maupun koder di Rumah Sakit “X” Pekanbaru sudah memiliki kompetensi/keterampilan dalam mengkode. Tenaga *coder* telah memiliki kualifikasi yang cukup terkait latar belakang pendidikan maupun pelatihan, namun pengetahuan tentang jenis-jenis tindakan, terminologi medis, anatomi, dan fisiologi penyakit masih kurang sehingga koder belum optimal dalam penentuan kode secara akurat.

Disimpulkan apabila kompetensi tidak dikuasai maka dapat dikatakan bahwa tugas-tugas yang dikerjakan kurang baik. Apabila kompetensi koder tidak terpenuhi maka kode penyakit atau tindakan yang dihasilkan menjadi kurang akurat sehingga dapat memperlambat klaim. Supaya kompetensi akan keterampilan dalam mengkode penyakit dapat tercapai atau terpenuhi maka diperlukan adanya pelatihan mengenai kompetensi tersebut.

Berdasarkan Kepmenkes No. : HK.01.O7/Menkes/312/2020 Untuk penjabaran kompetensi dalam bidang Keterampilan Klasifikasi Klinis, Kodefikasi Penyakit, dan Masalah Kesehatan Lainnya, serta Prosedur Klinis Kompetensi inti yaitu mampu menetapkan klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit, dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia. Lulusan PMIK mampu :

- a) Memahami konsep klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit, dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis.
 - 1) Mengembangkan dan mengimplementasikan petunjuk standar klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit, dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis.
 - 2) Memahami struktur, karakteristik sistem klasifikasi klinis, dan kodifikasi, dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis yang digunakan di berbagai tingkatan pelayanan kesehatan di Indonesia, serta internasional.
 - 3) Memahami jenis-jenis klasifikasi, kodifikasi penyakit, dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis.
- b) Mampu menggunakan berbagai jenis klasifikasi klinis, penyakit dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Klaim Biaya

Dari beberapa sumber yang telah melakukan penelitian. Peneliti dapat menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi dari klaim biaya adalah ketepatan kode yang diberikan oleh koder, kelengkapan rekam medis terutama isi dari resume medis, penulisan diagnosis oleh dokter yang masih kurang terbaca dan yang paling penting adalah kompetensi dari koder. Kompetensi yang dimiliki seorang koder belum cukup optimal dikarenakan masih minimnya partisipasi mengikuti seminar dan pelatihan mengenai koding dan perkembangan penyakit baru.

Hal ini tertuang dalam Kepmenkes No: HK.01.O7/Menkes/312/2020 Tentang Standar Profesi Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan menyebutkan bahwa kemampuan PMIK dalam standar kompetensi ini dapat ditingkatkan melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan dalam rangka menyerap perkembangan ilmu dan teknologi yang diselenggarakan oleh Organisasi Profesi atau lembaga lain yang terakreditasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan demikian pula untuk kemampuan PMIK lain di dalam standar kompetensi PMIK yang telah ditetapkan.

KESIMPULAN

1. Persentase dari ketepatan pemberian kode diagnosis untuk klaim biaya dinilai masih jauh dari sempurna. Hal ini disebabkan karena beberapa faktor seperti tulisan dokter yang kurang terbaca dan spesifik, kesalahan dalam pemberian kode untuk kode utama dalam proses klaim, dan SPO yang tidak tersedia dan tidak dijelaskan secara spesifik.
2. Apabila kompetensi tidak dikuasai maka dapat dikatakan bahwa tugas-tugas yang dikerjakan kurang baik. Apabila kompetensi koder tidak terpenuhi maka kode penyakit atau tindakan yang dihasilkan menjadi kurang akurat sehingga dapat memperlambat klaim. Supaya kompetensi dapat tercapai atau terpenuhi maka diperlukan adanya pelatihan mengenai kompetensi tersebut.
3. Faktor yang dapat mempengaruhi dari klaim biaya adalah ketepatan kode yang diberikan oleh koder, kelengkapan rekam medis terutama isi dari resume medis, penulisan diagnosis oleh dokter yang masih kurang terbaca dan yang paling penting adalah kompetensi dari koder. Kompetensi yang dimiliki seorang koder belum cukup optimal dikarenakan masih minimnya partisipasi mengikuti seminar dan pelatihan mengenai koding dan perkembangan penyakit baru.

DAFTAR PUSTAKA

- Alik, Andi Tenri Nurrul Izzah. 2016. *Hubungan Ketepatan Kode Diagnosa Obstetric Terhadap Kelancaran Klaim BPJS Di RSUD Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan*. Jakarta : Universitas Esa Unggul
- BPJS Kesehatan. 2014. *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. Jakarta : BPJS Kesehatan
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta : Depkes RI
- Gouw, Luviany dan Indawati, Laela. 2017. *Tinjauan Kompetensi Koder Dalam Penentuan Kode Penyakit Dan Tindakan Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati*. Jakarta : Universitas Esa Unggul
- Hatta, Gemala R. 2008. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia
- Hatta, Gemala R. 2011. Tujuan, Kegunaan, Pengguna dan Fungsi Rekam Medis Kesehatan, dalam Hatta, G, editor. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia

- Hatta, Gemala R. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan (Revisi 2)*. Jakarta : Universitas Indonesia
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor No. 27 Tahun 2014 tentang Juknis Sistem INA CBGs*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor No.36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia No: HK.01.07/Menkes/312/2020 Tentang Standar Profesi Perekam Medis Dan Informasi Kesehatan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Maimun, Nur. dkk. 2018. *Pengaruh Kompetensi Coder Terhadap Keakuratan Dan Ketepatan Pengkodean Menggunakan ICD-10 Di Rumah Sakit "X" Pekanbaru Tahun 2016*. Pekanbaru : STIKes Hang Tuah Pekanbaru
- Octaria, Haryani. 2015. *Peningkatan Kualitas Pengkodean Pada Ketepatan Dan Kecepatan Pengkodean Penyakit Untuk Penagihan Klaim BPJS Di RSUD Petala Bumi Pekanbaru*. Pekanbaru : STIKes Hang Tuah Pekanbaru
- Pemerintah Republik Indonesia. 2004. *Undang-Undang Republik Indonesia No.29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran*. Jakarta : Pemerintah RI
- Siswati dan Pratami, S. L. 2015. *Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa Dan Tindakan Terhadap Persetujuan Klaim BPJS*. Jakarta : Universitas Esa Unggul
- Ulfah, Siti Maria, Kresnowati, Lily dan Ernawati, Dyah. 2011. *Hubungan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Dengan Persetujuan Klaim Jamkesmas Oleh Verifikator Dengan Sistem INA CBGs Periode Triwulan IV Tahun 2011 Di RSI Sultan Agung Semarang*. Semarang : Poltekkes Kemenkes Semarang
- Vandari, Veni Vais. 2014. *Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Pasien Caesarian Section Terhadap Pembiayaan Klaim Jamkesmas*. Jakarta : Universitas Esa Unggul

Windari, A dan Kristijono, A. 2016. *Analisis Ketepatan Koding Yang Dihasilkan Koder Di RSUD Ungaran*. Semarang : Poltekkes Kemenkes Semarang

World Health Organization. 2004. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision, Volume 2 second edition*. Geneva : World Health Organization