

Analysis of the Accuracy of Diagnosis and Action Codification with Reconfirmation of BPJS Inpatient Patient Claims for the January-April Period of 2024 at SLG Kediri Hospital

Analisis Keakuratan Kodifikasi Diagnosis dan Tindakan dengan Konfirmasi Ulang Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Periode Bulan Januari-April Tahun 2024 di RSUD SLG Kediri

Syndia Puspitasari^{1*}, Andra Dwitama Hidayat², Ayu Pangestuti³

¹Rumah Sakit Umum Daerah Simpang Lima Gumul Kediri, ¹Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Baptis Kediri, Indonesia

^{2,3}Program Studi D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri, Indonesia

syndiapuss96@gmail.com

Abstract— The accuracy of the coding of diagnoses and procedures is determined based on the completeness of the medical record documents. A dispute case or dispute claim is a claim submitted by a hospital that is declared Dispute by BPJS Health if there is a discrepancy or disagreement between BPJS and the hospital regarding claims involving services or clinical actions that impact payment of patient claims. Accurate disease and procedure coding is very important to support the smooth submission of health service claims health service cost claims. The purpose of this study was to analyze the accuracy of coding diagnoses and actions with reconfirmation of claims for inpatient BPJS patients for the period January-April 2024. The research method used is a case study approach. Techniques data collection techniques in the form of observation, literature study and interviews. The population in this study is the number of BPJS patient claim files returned in January-April 2024. The sample used in this study is the number of BPJS inpatient claim files that are returned with coding inaccuracies in January-April 2024. The research results show that from January to April 2024, reconfirmation of inpatient BPJS patients tends to fluctuate. The highest reconfirmation was in April with a total of 89 documents. Meanwhile, reconfirmation with the highest codification inaccuracy was in January with a total of 26 documents. This reconfirmation is sent in Excel form which must be confirmed by the hospital. From the results of the research conducted, the cause of re-confirmation of inpatient BPJS patients related to coding inaccuracies is still high. Accurate coding can minimize hospital losses and the risk of fraud in health service facilities.

Keywords— Accuracy, Codification, Reconfirmation

Abstrak— Keakuratan kodifikasi diagnosis dan tindakan ditentukan berdasarkan kelengkapan dokumen rekam medis. Kasus dispute atau klaim dispute adalah klaim yang diajukan oleh rumah sakit dinyatakan dispute oleh BPJS Kesehatan apabila terdapat ketidaksesuaian atau terjadi ketidaksepakatan antara BPJS dengan rumah sakit atas klaim yang menyangkut pelayanan atau tindakan klinis yang berdampak terhadap pembayaran pada klaim pasien. Kodifikasi penyakit dan tindakan yang akurat sangat penting untuk mendukung kelancaran pengajuan klaim biaya pelayanan kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis keakuratan kodifikasi diagnosis dan tindakan dengan konfirmasi ulang klaim pasien BPJS rawat inap periode bulan januari-april 2024. Metode penelitian yang digunakan adalah dengan pendekatan studi kasus. Teknik pengumpulan data berupa observasi, studi literatur dan wawancara. Populasi dalam penelitian ini adalah jumlah berkas klaim pasien BPJS yang dikembalikan pada bulan Januari-April 2024. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah jumlah berkas klaim pasien BPJS rawat inap yang dikembalikan dengan ketidakakuratan kodifikasi pada bulan Januari-April 2024. Dari hasil penelitian menunjukkan pada bulan Januari sampai bulan April 2024 konfirmasi ulang pasien BPJS rawat inap cenderung fluktuatif. Untuk konfirmasi ulang tertinggi pada bulan April dengan total 89 dokumen. Sedangkan untuk konfirmasi ulang dengan ketidakakuratan kodifikasi tertinggi pada bulan Januari dengan total 26 dokumen. Konfirmasi ulang dikirim oleh BPJS dalam bentuk file excel dan harus dikonfirmasi oleh pihak rumah sakit. Dari hasil penelitian yang dilakukan penyebab konfirmasi ulang pasien BPJS rawat inap terkait ketidakakuratan kodifikasi masih tinggi. Dengan keakuratan kodifikasi dapat meminimalisir kerugian rumah sakit maupun risiko fraud di fasilitas pelayanan Kesehatan.

Kata Kunci— Keakuratan, Kodifikasi, Konfirmasi Ulang

I. PENDAHULUAN

Pemberian kode adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka dan kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data. Kegiatan dan tindakan serta diagnosis yang ada dalam rekam medis harus diberi kode dan selanjutnya diindeks agar memudahkan pelayanan pada penyajian informasi untuk menunjang fungsi perencanaan, manajemen dan riset di bidang kesehatan (Rista & Jepisah, 2021). Kegiatan pengkodean adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf dan angka atau kombinasi antara huruf dan angka yang mewakili komponen data. Kegiatan yang dilakukan dalam koding meliputi kegiatan pengkodean tindakan medis. Tenaga rekam medis sebagai pemberi kode bertanggung jawab atas keakuratan kode (Sari & Pela, 2017). Kodifikasi diagnosis dan tindakan harus dilaksanakan sesuai aturan sistem koding International statistical classification of disease and related health problem dari WHO. Salah satu fungsi yang cukup penting dalam klasifikasi kodifikasi penyakit dan Tindakan adalah pembiayaan pelayanan kesehatan.

Sistem Jaminan Sosial Nasional menyatakan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, pembayaran pelayanan kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) (Permenkes RI No. 26, 2021). Dalam pelaksanaan JKN, sistem INA-CBG merupakan salah satu instrumen penting dalam pengajuan dan pembayaran klaim pembayaran pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan oleh FKRTL yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan (Permenkes RI No. 76, 2016). BPJS Kesehatan akan membayar pelayanan kesehatan pasien kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dengan Kapitasi. Untuk Fasilitas Kesehatan rujukan Tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket INA-CBG's. INA- CBG merupakan sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan penyakit yang diderita pasien. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh untuk suatu kelompok diagnosis. BPJS membayar RS berdasarkan klaim yang diajukan oleh rumah sakit. BPJS membayar sesuai dengan kode penyakit maupun Tindakan yang dikoding oleh petugas koding RS berdasarkan ICD-10 dan ICD-9CM. Kode tersebut di grouping menggunakan aplikasi INA-CBG (Indawati, 2017).

Kasus dispute atau konfirmasi ulang adalah klaim yang diajukan oleh rumah sakit dinyatakan dispute oleh BPJS Kesehatan apabila terdapat ketidaksesuaian atau terjadi ketidaksepakatan antara BPJS dengan rumah sakit atas klaim yang menyangkut pelayanan atau tindakan klinis yang berdampak terhadap pembayaran pada klaim pasien (Soliha, dkk. 2022). Dalam pelaksanaannya, banyak klaim yang dikonfirmasi ulang oleh BPJS dikarenakan kurangnya kelengkapan informasi, dan koding yang tidak akurat. Kelengkapan klaim dan kebenaran data menjadi prasyarat utama agar terverifikasi. Berdasarkan hasil wawancara pendahuluan dengan beberapa petugas koding didapatkan informasi bahwa penyebab pengembalian klaim pasien rawat inap diantaranya adalah ketidaksesuaian penegakan diagnosis dengan BA (Berita Acara) kesepakatan BPJS Kesehatan, keakuratan kodifikasi penyakit dan tindakan, serta kelengkapan administrasi. Ketidakakuratan kodifikasi penyakit dan tindakan ini disebabkan oleh kurangnya ketelitian petugas koding dalam menentukan kode diagnosis dan penyakit. Selain itu juga disebabkan karena kurangnya pemahaman mengenai reseleksi diagnosis dalam melakukan kodifikasi. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi terhadap perkembangan keilmuan dan dapat meminimalkan pengembalian klaim BPJS terkait kodifikasi penyakit dan Tindakan. Selain itu fasilitas pelayanan kesehatan juga dapat menghindari resiko fraud.

II. METODE

Metode penelitian yang digunakan adalah dengan pendekatan studi kasus. Teknik pengumpulan data berupa observasi, studi literatur dan wawancara. Dalam penelitian ini rancangan penelitian yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan kualitatif. Penelitian dilakukan di Instalasi Rekam Medis RSUD SLG Kediri. Populasi yang digunakan untuk proses telaah dokumen adalah berkas yang dikembalikan pada periode bulan Januari-April 2024 dengan total 287 Berkas Rekam Medis (BRM) dengan alasan pengembalian karena ketidaksesuaian penegakan diagnosis dan tindakan sesuai Berita Acara (BA) kesepakatan (92 BRM), ketidaksesuaian administratif (118 BRM), dan ketidakakuratan kodifikasi (77 BRM). Sampel pada penelitian ini adalah sebagian berkas klaim pasien BPJS rawat inap yang dikembalikan dengan alasan ketidakakuratan kodifikasi sebanyak 77 berkas. Peneliti menggunakan instrumen dalam bentuk lembar observasi dengan metode checklist pada pengembalian dokumen rawat inap untuk memetakan faktor penyebab ketidakakuratan kodifikasi diagnosis dan tindakan. Sebagai data tambahan, wawancara juga dilakukan kepada petugas koding.

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Gambaran Konfirmasi Ulang Klaim Rawat Inap Bulan Januari-April 2024

	Januari		Februari		Maret		April	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Jumlah Klaim	1050		1091		1271		1239	
Konfirmasi Ulang	72	7	68	6	58	5	89	7%

Berdasarkan penelitian yang dilakukan didapatkan jumlah klaim rawat inap yang diajukan pada bulan Januari sebanyak 1050 berkas rekam medis dengan konfirmasi ulang sebanyak 72 berkas rekam medis atau dengan persentase 7%. Pada bulan Februari didapatkan sebanyak 1091 dengan konfirmasi ulang sebanyak 68 berkas rekam medis atau dengan persentase 6%. Pada bulan Maret didapatkan sebanyak 1271 dengan konfirmasi ulang sebanyak 58 berkas rekam medis atau dengan persentase 5%. Selanjutnya pada bulan April didapatkan sebanyak 1239 dengan konfirmasi ulang sebanyak 89 berkas rekam medis atau dengan persentase 7%. Dari data klaim pasien rawat inap yang diajukan kepada BPJS kesehatan setiap bulannya, pengajuan data klaim pasien rawat inap terus mengalami peningkatan. Tetapi berbeda dengan hasil konfirmasi ulang yang dikirimkan oleh BPJS kesehatan, konfirmasi ulang klaim pasien rawat inap cenderung fluktuatif. RSUD SLG Kediri mengirimkan data pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan pada tanggal 5 setiap bulannya. Kemudian dari BPJS Kesehatan memberikan umpan balik atau konfirmasi ulang hasil verifikasi dalam bentuk file excel. Rumah sakit wajib memberikan jawaban dari hasil verifikasi dan mengirimkan kembali kepada BPJS Kesehatan. Apabila dari hasil konfirmasi ulang pertama masih belum ada kesepakatan antara rumah sakit dan BPJS kesehatan, maka BPJS kesehatan akan mengirimkan kembali hasil verifikasi selanjutnya kepada rumah sakit sampai ada kesepakatan antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan.

Tabel 2. Kategori Alasan Konfirmasi Ulang Klaim Rawat Inap Bulan Januari-April 2024

	Januari		Februari		Maret		April	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Tidak sesuai BA	18	25	23	34	14	24	37	42
Keakuratan Kodifikasi	25	35	26	38	13	22	13	15
Administrasi	29	40	19	28	31	53	39	44

Rata-rata konfirmasi ulang berkas klaim pasien rawat inap per bulan di RSUD SLG Kediri adalah sebesar 6 % dari total keseluruhan berkas yang diajukan kepada BPJS Kesehatan. Dari hasil uraian konfirmasi ulang berkas klaim pasien rawat inap ini didapatkan ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya klaim terpending. Faktor-faktor yang menyebabkan konfirmasi ulang klaim pasien rawat inap adalah sebagai berikut :

Ketidaksesuaian Berita Acara Kesepakatan

Pada hasil verifikasi menunjukkan adanya ketidaksesuaian penegakan diagnosis dan tindakan dengan Berita Acara Kesepakatan bersama panduan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim INA-CBG BPJS tahun 2019, tahun 2023 edisi pertama, dan tahun 2023 edisi kedua. sehingga untuk diagnosis penyakit dan tindakan yang tidak sesuai dengan berita acara kesepakatan tidak dapat di entry pada aplikasi INA-CBG.

Ketidaksesuaian Administrasi Klaim

Pada hasil verifikasi menunjukkan adanya ketidaksesuaian penginputan hak kelas rawat inap antara SEP (Surat Eligibilitas Pasien) dengan aplikasi INA-CBG. selain itu adanya kekurangan lampiran yang diperlukan pada berkas rawat

inap seperti lampiran scan lembar SITB (Sistem Informasi Tuberculosis) pasien, lampiran lembar kronologi kejadian, lampiran bukti pemberian terapi octalbin dan streptokinase. Verifikasi administrasi lainnya terkait dengan pasien readmisi. Readmisi adalah kunjungan rawat inap berulang di FKRTL yang sama dengan diagnosis utama yang sama dari episode rawat inap sebelumnya dalam waktu kurang atau sama dengan 30 hari.

Ketidakakuratan Kodifikasi Penyakit dan Tindakan

Ketidakakuratan kodifikasi penyakit dan tindakan disebabkan karena verifikator melihat adanya ketidaksesuaian kodifikasi penyakit dan tindakan yang dientry pada aplikasi INA-CBG dengan hasil pemeriksaan yang terlampir pada berkas rekam medis. Pada penelitian ini, peneliti akan berfokus pada ketidakakuratan kodifikasi penyakit dan tindakan dengan konfirmasi ulang klaim rawat inap periode bulan Januari-April 2024.

Tabel 3. Kategori Ketidakakuratan Kodifikasi Diagnosis dan Tindakan Konfirmasi Ulang Klaim Rawat Inap Bulan Januari-April Tahun 2024

	Januari		Februari		Maret		April	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Reseleksi Diagnosis	8	31	7	30	3	21	3	21
Ketelitian Petugas Koding	12	46	11	48	7	50	6	43
Ketidaksepa- katan Petugas Koding dengan BPJS	6	23	5	22	4	29	5	36

Pada kategori konfirmasi ulang klaim pasien rawat inap, faktor keakuratan kodifikasi didapatkan 77 bekas rekam medis atau 27% dari seluruh pengajuan klaim pada bulan Januari-April 2024. Faktor keakuratan kodifikasi kemudian dilakukan pengkajian yang mendalam terkait penyebab ketidakakuratan pemberian kodifikasi penyakit dan tindakan pada aplikasi INA-CBG. Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa ketelitian petugas koding merupakan faktor tertinggi yang mempengaruhi ketidakakuratan kodifikasi penyakit dan tindakan dengan total 36 berkas rekam medis atau 47%. Selain ketelitian petugas koding, ketidakakuratan kodifikasi penyakit dan tindakan ini disebabkan oleh kurangnya pemahaman petugas koding mengenai reseleksi diagnosis dan ketepatan pemilihan kodifikasi penyakit dengan total 21 berkas rekam medis atau 27%. Untuk ketidakakuratan kodifikasi yang lain disebabkan oleh ketidaksepakatan antara petugas koding dengan BPJS Kesehatan mengenai kodifikasi penyakit dan tindakan dengan total 20 berkas rekam medis atau 26%.

Reseleksi Diagnosis Utama

Berdasarkan hasil analisis keakuratan kodifikasi penyakit dan tindakan, didapatkan konfirmasi ulang sebanyak 21 berkas rawat inap atau 27% dengan ketidaktepatan dalam reseleksi diagnosis utama. Ketidakakuratan ini sebagian besar disebabkan oleh petugas koding yang tidak kompeten dalam melakukan reseleksi kodifikasi pada kasus penyakit yang kompleks. Salah satu contoh pada sampel penelitian nomor 75 kasus pasien dengan diagnosis utama Ca.Mammae dan diagnosis sekunder Efusi Pleura, Pneumonia, dan Cancer Pain. Hasil konfirmasi ulang dari BPJS kesehatan didapatkan “reseleksi diagnosis utama J90 sesuai dengan pemeriksaan penunjang dan terapi, C50 riwayat 2023 sebagai diagnosis sekunder, J18 tidak memenuhi kriteria PNPk 2023 terkait skor CURB-65 (Confusion, Urea/BUN, Respiration rate, Blood pressure) dan lab mikrobiologi”. Pada kasus ini petugas koding kurang melakukan komunikasi dengan DPJP sehingga melakukan entry kodifikasi diagnosis pada aplikasi INA-CBG sesuai dengan apa yang tertulis pada resume medis pasien. Ketika kondisi minor atau yang telah berlangsung lama atau masalah incidental tercatat sebagai diagnosis utama, sedangkan ada kondisi yang lebih berarti dan relevan dengan pengobatan yang diberikan atau spesialisasi perawatan tercatat sebagai diagnosis sekunder, maka reseleksi kondisi yang berarti tersebut dijadikan sebagai diagnosis utama (Sugiarti, et.al 2022).

Dengan demikian, petugas koding harus memahami seluruh informasi medis pasien dan meningkatkan kompetensinya dalam melakukan kodifikasi pada kasus yang kompleks (Maryati, et.al 2016).

Contoh lain terdapat pada sampel penelitian nomor 71 kasus pasien rawat inap dengan diagnosis utama ISK (Infeksi Saluran Kemih) dan diagnose sekunder Chronic Kidney Disease (CKD) stage 5, Hipertensi (HT). Hasil konfirmasi ulang dari BPJS kesehatan didapatkan “reseleksi I12.0 sebagai DU sesuai resource”. Pada contoh kasus ini petugas koding kurang melakukan komunikasi dengan DPJP dan kurang memahami aturan reseleksi Rule MB. Sesuai Permenkes RI No. 26 (2021) Rule MB 4 merupakan kespesifikan. Jika suatu diagnosis dicatat sebagai diagnosis utama yang menggambarkan kondisi yang bersifat umum, sedangkan ada diagnosis lain yang lebih spesifik/rinci mengenai anatomi atau penyebab, maka dipilih diagnosis yang lebih spesifik/rinci sebagai diagnosis utama. Petugas koding melakukan perubahan pada aplikasi INA-CBG dengan diagnosis utama Chronic Kidney Disease (CKD) stage 5 dan diagnosis sekunder ISK (Infeksi Saluran Kemih).

Apabila dalam melakukan pengkodean diagnosis atau tindakan/prosedur petugas koding menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan aturan umum pengkodean, maka petugas koding harus melakukan klarifikasi dengan dokter. Dalam hal petugas koding tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), maka petugas koding dapat menggunakan aturan reseleksi MB 1 sampai MB 5 untuk memilih kembali kode diagnosis utama atau melakukan reseleksi diagnosis (Permenkes No. 26, 2021). Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Siswanto (2020) yang menyatakan bahwa kesalahan dalam menentukan diagnosis utama juga merupakan faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis. Hasil penelitian ini relevan dengan penelitian yang dilakukan oleh Weningsih & Arintaka (2022) yang menjelaskan bahwa kesalahan reseleksi diagnosis utama akan berdampak pada salah pengkodean diagnosis utama dan diagnosis tambahan yang tercatat. Pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016, telah menjelaskan aturan reseleksi jika petugas koding menggunakan urutan diagnosis yang ditulis dokter tetapi yang ditemui adalah istilah umum maka berlaku rule MB pada aturan ICD-10. Pada penelitian lain terkait reseleksi diagnosis yang dilakukan oleh Ningtyas, dkk (2019) menyebutkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara ketepatan reseleksi kode diagnosis utama dengan pembiayaan di rumah sakit sehingga perlu dilakukan pengkajian terkait ketepatan kode diagnosis utama kasus persalinan sebelum dan sesudah verifikasi oleh BPJS Kesehatan. Petugas koding tidak menerapkan aturan pengkodean morbiditas (rule MB1-MB5) dalam melakukan reseleksi diagnosis sehingga sering terjadi kekeliruan dalam menentukan kode diagnosis utama. kesalahan dalam melakukan reseleksi diagnosis utama menjadi faktor penyebab ketidakakuratan kode diagnosis. Oleh karena itu, rumah sakit perlu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas koding melalui pelatihan kodifikasi sesuai ICD-10.

Ketelitian Petugas Koding

Berdasarkan hasil analisis keakuratan kodifikasi penyakit dan tindakan, didapatkan kasus konfirmasi ulang sebanyak 36 berkas rawat inap atau 47% dengan masalah ketelitian petugas koding dalam melakukan penegakan kode diagnosis dan tindakan. Seperti yang dideskripsikan dalam Permenkes No. 26 tahun 2021 bahwa tugas dan tanggung jawab seorang petugas koding adalah melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision) Tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification) Tahun 2010 untuk tindakan/ prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien. Namun, dalam melakukan tugasnya sebagai seorang petugas koding seringkali mengalami hambatan atau kendala. Hambatan dalam melakukan kodifikasi dapat bersumber dari berbagai hal seperti kurangnya pengalaman dari petugas koding, ketelitian dari petugas koding hingga tulisan dari dokter yang sulit terbaca (Handynata, dkk. 2022).

Pada penelitian ini, penyebab ketidak-akuratan kode salah satunya adalah kurangnya ketelitian petugas koding dalam melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan dimana petugas koding lupa tidak melakukan entry kode tindakan pada aplikasi INA-CBG. Sebagai contoh pada sampel penelitian nomor 19 kasus pasien dengan diagnosis Cerebrovascular Accident (CVA) Infarct dan dilakukan Tindakan pemeriksaan CT-Scan. Hasil konfirmasi ulang dari BPJS kesehatan didapatkan pernyataan “Prosedur CT-Scan belum di input”.

Selain itu petugas koding juga kurang teliti dalam mempelajari isi dari berkas rekam medis pasien. Contoh pada sampel penelitian nomor 48 kasus pasien dengan diagnosis utama Cerebrovascular Accident (CVA) Infarct dan diagnosis sekunder Diabetes Mellitus (DM) tipe II. Pada kasus pasien tersebut, pasien sudah pernah mengalami CVA pada episode perawatan sebelumnya dan sudah terekam pada asuhan keperawatan. Hasil konfirmasi ulang dari BPJS kesehatan didapatkan pernyataan “untuk riwayat stroke lama menggunakan: I69.* sehingga revisi diagnose utama menjadi I69.* Jadi I63.9 revisi menjadi I69.3”.

Contoh lain terdapat pada sampel penelitian nomor 43 kasus pasien rawat inap dengan diagnosis utama Acute Decompensated Heart Failure (ADHF) dan diagnosis sekunder Chronic Kidney Disease (CKD) stage 5, Coronary Artery

Disease (CAD), dan Diabetes Mellitus (DM) tipe 2. Kode diagnosis yang diajukan kepada BPJS kesehatan menggunakan kode utama I13.1 dengan deskripsi penyakit jantung dan ginjal hipertensi dengan gagal ginjal, kode sekunder I25.1 dengan deskripsi penyakit arteri koroner, dan E11.9 dengan deskripsi DM tipe 2. Hasil konfirmasi ulang dari BPJS kesehatan didapatkan pernyataan “Kode I10-I15 sudah termasuk (include) pada kategori sub bab I20-I25 ICD-10 Tahun 2010, sehingga I10-I15 tidak dapat dikoding terpisah”. Petugas koding melakukan pengecekan ulang pada buku ICD-10 volume 1 terkait kode diagnosis yang dikonfirmasi ulang dengan hasil Ischaemic Heart Diseases (I20-I25) Incl.: with mention of hypertension (I10-I15). Kode diagnosis yang tidak sesuai dilakukan penghapusan kode pada aplikasi INA-CBG dan reseleksi diagnosis utama menjadi kode diagnosis CAD dengan kode I25.1 dan diagnosis sekunder DM tipe 2 dengan kode E11.9. Kemudian melakukan konfirmasi pada kolom excel yang telah tersedia dengan kalimat “baik, sudah direvisi”.

Hasil ini relevan dengan penelitian yang dilakukan oleh Siswanto (2022) Sebagian petugas koding ada yang menggunakan ingatan dan hafalan beberapa kode sehingga menjadi sebuah kebiasaan dalam proses pengkodean diagnosis dan tindakan medis. Proses pengkodean menggunakan hafalan rentan terhadap ketidakakuratan kodifikasi, karena tidak merujuk langsung pada buku ICD-10. Petugas koding dalam melakukan entry kodifikasi penyakit sering kali tidak membuka buku ICD-10 volume 3 dan juga tidak meninjau kembali pada ICD-10 volume 1. Pada penginputan kode tindakan, petugas koding juga tidak membuka buku pedoman ICD-9CM. Hal tersebut menyebabkan ketidakakuratan kode yang ditegaskan, sehingga perlunya melakukan kodifikasi baik diagnosis maupun tindakan medis sesuai dengan standar prosedur operasionalnya.

Ketidaksepatan Petugas Koding dengan BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil analisis keakuratan kodifikasi penyakit dan tindakan, didapatkan konfirmasi ulang sebanyak 20 berkas rawat inap atau 26% ketidaksepatan antara petugas koding dengan BPJS Kesehatan. Penyebab ketidaksepatan antara petugas koding dengan BPJS Kesehatan adalah tidak samanya persepsi pengetahuan antara petugas koding dan BPJS Kesehatan dalam mendefinisikan makna kode diagnosis dan tindakan medis. Beberapa contoh ketidaksamaan persepsi antara petugas koding dan BPJS Kesehatan terjadi pada sampel penelitian nomor 65 kasus pasien rawat inap dengan diagnosis utama Soft Tissue Tumor (STT) Colli sinistra. Pasien dilakukan Tindakan operasi eksisi STT Colli Sinistra. Kode tindakan yang diajukan kepada BPJS kesehatan adalah kode 83.39 dengan deskripsi eksisi lesi jaringan lunak lainnya. Hasil konfirmasi ulang dari BPJS kesehatan didapatkan pernyataan “eksisi STT tumor menggunakan kode tindakan 86.3”. Kemudian petugas koding melakukan pengecekan ulang pada buku ICD-9CM terkait kode tindakan yang dikonfirmasi ulang tersebut, Kode 86.3 adalah kode tindakan untuk Eksisi lokal lainnya atau penghancuran lesi atau jaringan kulit dan jaringan subkutan. Pada deskripsi laporan operasi tertulis “Disinfeksi dan demarkasi lapangan operasi dan dilanjutkan dengan insisi colli S dan diperdalam sampai dengan dibawah otot leher sambil dirawat perdarahan”. Kode Tindakan yang sudah sesuai dengan kodifikasi tindakan yang telah diajukan, maka dikonfirmasi pada kolom excel yang telah tersedia dengan kalimat “kodifikasi tindakan sudah sesuai”.

Contoh lain terdapat pada sampel penelitian nomor 53 kasus pasien rawat inap dengan diagnosis utama Coronary Artery Disease (CAD), dan diagnosis sekunder Pneumonia, Diabetes Mellitus (DM) tipe 2. Hasil konfirmasi ulang dari BPJS kesehatan didapatkan pernyataan “pasien tdk ada batuk, dahak, suhu tubuh dbn, leukosit dbn, hapus J18.9”. Petugas koding berkoordinasi dengan verifikator internal rumah sakit untuk melakukan pengecekan pada Berita Acara kesepakatan tahun 2019 terkait aspek medis diagnosis Pneumonia. Dari hasil pengecekan tersebut, aspek medis untuk diagnosis pneumonia sudah memenuhi sesuai dengan Berita Acara kesepakatan tahun 2019. Petugas koding atas arahan verifikator internal rumah sakit melakukan konfirmasi pada kolom excel yang telah tersedia dengan kalimat “aspek medis pneumonia sudah sesuai dengan Berita Acara kesepakatan tahun 2019”. Setelah konfirmasi ulang dikirimkan kembali, BPJS Kesehatan melakukan konfirmasi ulang kedua terkait kasus pasien tersebut dan didapatkan pernyataan “Berdasarkan PNPk pneumonia (KMK NOMOR HK.01.07/ MENKES/2147/2023), untuk penegakan pneumonia ada skor CURB dan pemeriksaan mikrobiologi untuk pasien rawat inap. Karena kasus pneumonia meningkat tajam secara Nasional dan menjadi perhatian dari auditor dan telah dibahas ada TKMKB (Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya) Provinsi bahwa menggunakan PNPk (Pedoman Pelayanan Nasional Kedokteran) pneumonia 2023 sebagai acuan. tidak lagi BA koding 2018/2019”. Verifikator internal rumah sakit melakukan komunikasi dan koordinasi dengan BPJS Kesehatan terkait hasil konfirmasi ulang tersebut dan didapatkan kesepakatan untuk melakukan penghapusan kode diagnosis sekunder pada aplikasi INA-CBG. Pada kasus dengan diagnosis pneumonia selanjutnya akan diberlakukan aspek medis yang baru sesuai dengan PNPk tahun 2023.

Perbedaan persepsi mengenai kode dan aturan penagakannya sehingga menimbulkan ketidaksepatan antara petugas koding dengan BPJS Kesehatan merupakan hal yang wajar terjadi. Meskipun pedoman dan instrumen yang digunakan sama, namun perbedaan persepsi tetap saja dapat timbul karena setiap individu memiliki cara berfikir dan pendalaman ilmu

pengetahuan yang berbeda-beda. Pada penelitian yang dilakukan untuk mengetahui faktor penyebab klaim pending di RSUD dr. Soedirman Kebumen juga ditemukan hal yang sama, bahwa perbedaan persepsi dapat terjadi meskipun aturan dasar yang digunakan sama. Oleh karena itu, diperlukan kerjasama dan koordinasi yang baik antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan agar ada kesamaan persepsi terhadap aturan koding yang berlaku (Pratama, dkk. 2023). Penelitian ini juga relevan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sugiarti, dkk. (2022) perbedaan ini terjadi karena aturan dalam menegakkan kode diagnosis untuk klaim BPJS memiliki aturan tersendiri. Penegakan aturan dalam melakukan pengkodean seharusnya lebih konsisten dan disosialisasikan. Idealnya aturan berlaku sama untuk dokumentasi maupun untuk kepentingan klaim. Terdapat perbedaan antara kode diagnosis versi ICD-10 dengan kode untuk klaim ke BPJS karena adanya Berita Acara (BA) BPJS yang sering diubah dan di update. BPJS Kesehatan memberikan informasi terbaru terkait Berita Acara Kesepakatan, TKMKB, maupun PNPk kepada rumah sakit melalui PIC (Person in Charge) rumah sakit. Selain melalui PIC rumah sakit, informasi mengenai update Berita Acara Kesepakatan, TKMKB, maupun PNPk disampaikan melalui konfirmasi ulang klaim yang diajukan. BPJS Kesehatan juga melakukan sosialisasi dan diskusi secara langsung ke rumah sakit untuk membahas terkait kebijakan baru tersebut. Pada penelitian yang dilakukan Sugiarti, dkk. (2022) dengan petugas koding, BA sering mendadak disampaikan dan sosialisasi hanya melalui grup whatsapp. Sehingga ada aturan yang belum diketahui atau belum dipahami, tafsirnya kadang kala berbeda setiap rumah sakit. Terdapat kasus yang lolos di rumah sakit satu belum tentu lolos klaim di rumah sakit lainnya, padahal dengan aturan BA yang sama.

Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah aturan yang tertulis digunakan secara konsisten untuk memastikan layanan hasil yang sesuai dengan tujuan dan kualitas yang diinginkan. SPO berguna untuk menggambarkan proses berupa langkah-langkah instruksi dan melibatkan satu bagian cukup dengan membuat instruksi kerja (Putri, dkk. 2023). Pada penelitian yang dilakukan Hastuti & Ali (2019) menunjukkan, hubungan kuat ditemukan antara ketersediaan SPO kodifikasi diagnosis penyakit dan tindakan dengan keakuratan kode diagnosis penyakit dan tindakan.

Pedoman kodifikasi diagnosis penyakit dan tindakan merupakan suatu tahapan instruksi atau perintah kerja tentang langkah-langkah dalam memberikan kode pada diagnosis dan tindakan pasien yang tertulis. Pedoman kodifikasi diagnosis penyakit dan Tindakan di RSUD SLG Kediri sudah dibuat dan sudah diterapkan dalam melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan baik pasien rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap. Pedoman kodifikasi diagnosis penyakit dan tindakan ini dilakukan untuk keseragaman dalam mengkode diagnosis dan tindakan pasien.

Faktor yang tidak kalah penting yang menunjang ketepatan kode diagnosis adalah audit coding. Tidak dilakukannya audit koding menyebabkan hasil pengkodean tidak dicek dan ditelaah sehingga ketepatan dan keakuratannya masih rendah. Dengan demikian, audit koding dan medis perlu dilaksanakan secara periodik dan ditunjang dengan adanya kontrol dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan (Pramono dkk, 2021). Audit koding di RSUD SLG Kediri belum dilaksanakan secara optimal. Hal ini dikarenakan belum adanya instrumen dalam melaksanakan audit koding. Audit koding yang dilaksanakan adalah audit koding terkait konfirmasi ulang yang dikirimkan oleh BPJS Kesehatan. Dari hasil penelitian yang dilakukan Senjaya, et.al (2022) di RS Oto Iskandar Di Nata, kualitas pengajuan klaim sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan yang didukung dengan pelaksanaan audit koding baik diagnosis maupun tindakan. Hal ini berdampak pada kualitas klaim INA-CBG yang diajukan. Pengkodean diagnosis dan tindakan perlu dilakukan penilaian untuk menilai keakuratan kodifikasi diagnosis dan tindakan dalam rangka menjamin kualitas klaim INA-CBG yang diajukan oleh rumah sakit. Apabila audit koding dilakukan secara periodik maka klaim yang tertunda akan berkurang dan kualitas klaim akan meningkat. jika kualitas klaim meningkat maka tarif yang dibayarkan bpjs kesehatan kepada rumah sakit akan sesuai dengan klaim yang diajukan dan tepat waktu.

Keakuratan kode diagnosis dan prosedur medis dipengaruhi oleh petugas koding yang menentukan kode diagnosis dan prosedur berdasarkan data yang ada dalam dokumen rekam medis. Karakteristik petugas koding yang berpengaruh terhadap akurasi koding yang dihasilkan antara lain latar belakang pendidikan, pengalaman dan lama kerja, serta pelatihan-pelatihan terkait yang pernah diikuti. (Yastori & Oashttamadea, 2023). Pelatihan petugas koding di RSUD SLG Kediri sudah pernah dilakukan. Namun pelatihan petugas koding hanya terbatas pada dua orang petugas koding. Untuk masa yang akan datang, bisa dilakukan pelatihan koding bagi seluruh petugas koding baik petugas koding rawat jalan maupun rawat inap. Dengan dilakukannya pelatihan koding diharapkan pengetahuan dan keilmuan petugas koding dapat berkembang sehingga dapat menurunkan angka ketidakakuratan dalam penentuan kode diagnosis dan tindakan. Kualitas kodifikasi yang tepat dan akurat dapat menurunkan resiko konfirmasi ulang klaim pasien rawat inap yang diajukan kepada BPJS Kesehatan. Hasil ini didukung oleh penelitian Trisna (2018) yang menjelaskan bahwa keakuratan pengkodean di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau (Intervensi) untuk kategori peningkatan kemampuan terjadi peningkatan kemampuan petugas dalam mengkode diagnosis tindakan sebesar 50% setelah petugas diberi pelatihan.

Dalam era JKN ini petugas koding, dokter, dan verifikator BPJS Kesehatan memiliki peranan yang penting. Dengan adanya sistem INA-CBGs, petugas koding, dokter, dan verifikator BPJS Kesehatan memiliki hubungan yang saling berkaitan. Upaya dari BPJS Kesehatan dalam mengatasi permasalahan pending klaim, BPJS Kesehatan melakukan sosialisasi terkait regulasi BPJS Kesehatan. Pihak BPJS Kesehatan terus melakukan konfirmasi dan koordinasi dalam proses klaim BPJS

Kesehatan terkait perbedaan pandangan dalam proses klaim serta melakukan sosialisasi mengenai regulasi-regulasi baru, dan melakukan evaluasi ke rumah sakit mengenai jalannya program, mengikuti panduan yang ada yaitu sesuai dengan Kemenkes dan ICD-10 dan ICD- 9CM (Santiasih, dkk. 2021). Diperlukan persamaan persepsi antara verifikator BPJS Kesehatan, verifikator rumah sakit dan petugas koding. Selain itu Rumah Sakit dapat mengupayakan masalah pengembalian berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan dengan melakukan monitoring dan evaluasi untuk mengurangi kejadian ketidaklengkapan berkas klaim dengan cara saling berkoordinasi dan berkomunikasi antar ruang pelayanan. Rumah sakit juga harus berkoordinasi dan berkomunikasi di setiap ruang pelayanan terkait hasil konfirmasi ulang klaim dan regulasi- regulasi dari BPJS Kesehatan seperti BA Kesepakatan, hasil TKMKB JKN, maupun PNPk yang terbaru.

IV. SIMPULAN

Reseleksi merupakan aturan yang umum digunakan apabila konfirmasi kepada dokter tidak dapat dilakukan. Penggunaan aturan reseleksi (MB1-5) perlu didasari dengan alasan yang jelas dan berbekal ilmu pengetahuan yang cukup dalam menguasai kriteria pada setiap rules. Salah dalam pemilihan rule MB atau salah dalam memaknai rule MB1-5 akan berdampak pada kesalahan penegakan kode. Kesalahan penegakan kode juga dapat terjadi karena ketidaktelitian dalam menganalisis setiap informasi penting dalam berkas rekam medis, sehingga informasi seperti riwayat kesehatan pasien sebelumnya dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan mungkin terlewat kemudian mempengaruhi keakuratan kode yang ditegakkan. Keakuratan penegakan kode ini juga dipengaruhi dengan Langkah-langkah pemilihan kode, dimana standar prosedur operasional pengkodean perlu dilakukan secara berurutan untuk menghindari kesalahan penegakan kode. Selain hal tersebut, perbedaan persepsi mengenai penegakan kode tetap saja dapat terjadi, dimana hal ini memerlukan komunikasi yang baik antara petugas koding dengan BPJS Kesehatan.

REFERENSI

- Hastuti, E. S. D., & Ali, M. (2019). Faktor- faktor yang Berpengaruh pada Akurasi Kode diagnosis di Puskesmas Rawat Jalan Kota Malang. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 30(3), 228–234. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2019.030.03.12>
- Indawati, L. (2017). Identifikasi Unsur 5M dalam Pemberian Kode Penyakit dan Tindakan (Systematic Review). *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 5(2), 59–64.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA- CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. *Handbook*, 1–56.
- Maryati, W. (2016). Hubungan Antara Ketepatan Penulisan Diagnosis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Obstetri di RS PKU Muhammadiyah Sukoharjo. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis Dan Informatika Kesehatan*, 6(2), 1–7.
- Maryati, W., Rahayuningrum, I. O., & Hestiana, H. (2023). Ketepatan Kode Diagnosis Chronic Kidney Disease Dalam Mendukung Kelancaran Klaim BPJS di Rumah Sakit. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 11(1), 43–49. <https://doi.org/10.47007/inohim.v11i1.497>
- Nadia Rista, & Doni Jepisah. (2021). Tinjauan Pelaksanaan Pengkodean Penyakit Gastroenteritis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit PMC Pekanbaru Tahun 2020. *Jurnal Rekam Medis (Medical Record Journal)*, 1(2), 97–105. <https://doi.org/10.25311/jrm.vol1.iss2.358>
- Ningtyas, N. K., Sugiarsi, S., & Wariyanti, A. S. (2019). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.38794>
- Peraturan Menteri Kesehatan. (2016).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.
- Pramono, A. E., Nuryati, N., Santoso, D. B., & Salim, M. F. (2021). Ketepatan Kodifikasi Klinis Berdasarkan ICD-10 di Puskesmas dan Rumah Sakit di Indonesia: Sebuah Studi Literatur. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 4(2), 98–106. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v4i2.7688>
- Pratama, A., Fauzi, H., Nur Indira, Z., & Purnama Adi, P. (2023). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perkam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 8(1), 124–134. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v8i1.1225>

- Putri, V. R., Fannya, P., Dewi, D. R., & Widjaja, L. (2023). Tinjauan Ketepatan Kode Penyakit Tuberkulosis Paru Berdasarkan ICD-10 pada Pasien Rawat Inap di RSKD Duren Sawit Tahun 2021. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(2), 279–289. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v2i2.1675>
- Santiasih, W. A., Simanjanrang, A., & Satria, B.(2021). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*. 7(2), 1381–1394.
- Sari, T. P., & Pela, T. H. (2017). Ketidaktepatan Kode Kombinasi Hipertensi Pada Penyakit Jantung dan Penyakit Ginjal Berdasarkan ICD 10 di Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Pekanbaru. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 5(1), 53. <https://doi.org/10.33560/.v5i1.148>
- Senjaya, T. R., Fariha, F., Nurgina, I., Putri, M. A., Safira, R. A., & Safhari, C. M. (2022). The Diagnosis and Medical Procedures Coding Audit to Increases the JKN INACBG Quality of Claims at RSUD Oto Iskandar Dinata. In *HIV Nursing* (Vol. 22, Issue 2, pp. 2212–2215).
- Siswanto, H. (2020). Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis dan Tindakan Medis - Literature Review. Skripsi Sarjana, Politeknik Negeri Jember. [https:// sipora.polije.ac.id/2848/](https://sipora.polije.ac.id/2848/)
- Soliha, D. M., Putra, D. H., Fannya, P., & Rumana, N. A. (2022). Tinjauan Faktor Penyebab Dispute Klaim BPJS Pasien Covid-19 di RSUD Kabupaten Tangerang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6, 1–7.
- Sugiarti, I., Masturoh, I., & Fadly, F. (2022). Menelusuri Potensi Fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit Tracing Potential Fraud in National Health Insurance Through Medical Records in Hospitals. *Jurnal Kesehatan Vokasi*, 7(1), 42–50.
- Trisna, W., V. (2018). Keakuratan Kode Tindakan Pada Dokumen Rekam Medis Menggunakan ICD-9 Cm Sebelum dan Sesudah Dilakukan Pelatihan Pengkodean di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*. 6(1), doi: <https://doi.org/10.47007/inohim.v6i1.143>
- Weningsih, I. R., & Arintaka, F. K. (2022). Tinjauan Pengodean Klinis Pasien Bpjs Guna Mendukung Ketepatan Grouping Ina-CBG's di Rumah Sakit Cimahi. *Jurnal Kesehatan*, 10(1), 75–83. <https://doi.org/10.55912/jks.v10i1.48>
- Yastori & Oashttamadea, R. (2023). Pelatihan Akurasi Koding Bersama Tim Koding APIKES IRIS. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Iris (JPKMI)*. 3 (1), 1–4.