

ANALISIS PERBEDAAN KODE DIAGNOSIS ICD-10 ANTARA RUMAH SAKIT DENGAN VERIFIKATOR BPJS KESEHATAN

Belni Puspilasari¹, Sudiro², Juliandi Harahap³

^{1,2} *Fakultas Kesehatan Masyarakat, Institut Kesehatan Helvetia*

³ *Fakultas Kedokteran, Universitas Sumatera Utara*

Email: belnispulasari@gmail.com

ABSTRACT

The accuracy of the diagnosis code is important as a determinant in the financing of health services. The delay in payment of BPJS Health claims can occur if there is a difference in the diagnosis code. This study aims to describe the differences in the ICD 10 diagnosis code between hospitals and BPJS Health Verifiers and the factors that influence them. Qualitative research with data collection techniques through in-depth interviews and documentation studies. The research informants consisted of the main informants as many as 3 Doctors in Charge of Service (DPJP) and the triangulation informants as many as 3 people, namely the Internal Verifier, Coder, and Head of the Medical Record Section. Processing and analyzing data using the content analysis method. The results of the study were 187 claim files experienced delays in payment due to differences in diagnosis codes, no quality audit of diagnosis coding was carried out, no clinical protocol, lack of cooperation between DPJP, coder, and internal verifier, lack of understanding of DPJP, lack of hospital management role involving DPJP in writing the code diagnosis, the absence of hospital policies/SOPs related to writing the ICD 10 diagnosis code, not providing diagnostic coding training. The conclusion of the study is that there are differences in the ICD 10 diagnosis code due to the absence of quality audits for diagnosis coding, clinical protocols, and the role of hospital management which is lacking in preparing policies and training on diagnosis coding causing delays in claim payments.

Keywords: *code, ICD 10, claim payment, BPJS, health insurance*

PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia membuat suatu sistem dalam rangka upaya untuk mencapai jaminan kesehatan seluruh rakyat Indonesia, yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program JKN merupakan wujud dari implementasi Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai pengelola program JKN telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial. Di dalam Undang-Undang tersebut dijelaskan bahwa JKN mengupayakan seluruh masyarakat sama-sama memiliki hak dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau pada semua pelayanan kesehatan (BPJS Kesehatan No 5, 2020).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pelaksanaan INA-CBGs Versi 4.0 ditentukan tarif biaya pelayanan kesehatan untuk Program Jaminan Kesehatan disesuaikan

dengan tarif INA-CBGs. Besaran biaya pelayanan kesehatan yang dapat diklaimkan ditentukan oleh ketepatan hasil pengkodean diagnosis atau prosedur yang terdapat dalam rekam medis dengan mengacu pada tarif INA-CBGs. Klaim yang dimaksud tersebut merupakan permintaan pembayaran atas imbalan jasa pelayanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di Rumah Sakit. Tagihan atas biaya hasil pelayanan kesehatan kemudian diberikan kepada BPJS Kesehatan oleh penyedia fasilitas kesehatan. Klaim adalah tagihan atas imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Pembiayaan pelayanan kesehatan diajukan kepada BPJS sebagai syarat klaim kepada verifikator (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016).

Pada alur pengelolaan berkas klaim akan dilakukan proses verifikasi terhadap persyaratan pengajuan klaim sebagai dasar penagihanbiaya verifikasi. Proses verifikasi akan dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan setelah berkas klaim pelayanan kesehatan diterima dari fasilitas kesehatan kemudian berkas akan dilakukan verifikasi administrasi kepesertaan dan pelayanan dan selanjutnya diverifikasi melalui software INA-CBGs berdasarkan standar *International Statistical Classification of*

Diseases and Related Health Problem (ICD-10) dimana pembayaran dilakukan berdasarkan kode diagnosis maupun tindakan, tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan. Verifikasi klaim bertujuan untuk memastikan biaya pelayanan peserta BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu dan tepat sasaran (Ariyanti & Gifari, 2019).

Sering kali ditemukan penundaan pembayaran klaim BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh klaim pending. Klaim pending yang dimaksud adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan dikarenakan berbagai factor diantaranya ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas, ketidaksesuaian diagnosis dengan kode ICD 10 maupun prosedur dengan ICD-9-CM dan masih dalam proses konfirmasi. Berkas klaim yang mengalami pending akan dikembalikan kepada rumah sakit untuk dilakukan perbaikan sesuai dengan ketentuan (3). Apabila klaim pending tersebut terjadi dalam setiap bulan pelayanan dan tidak segera dilakukan koreksi maka akan menambah jumlah klaim yang tertunda pembayarannya oleh BPJS Kesehatan dan akan mengganggu terhadap biaya operasional Rumah Sakit (Ariyanti & Gifari, 2019).

Kelengkapan berkas rekam medis merupakan salah satu komponen penting

dalam proses klaim BPJS Kesehatan. Ketidaksesuaian rekam medis yang dipersyaratkan dalam klaim BPJS merupakan salah satu penyebab klaim dikembalikan dan tertunda pembayarannya dan kemudian berdampak pada finansial rumah sakit. Resume medis yang tidak lengkap akan mengakibatkan pengembalian resume medis tersebut oleh BPJS Kesehatan ke fasilitas kesehatan. Pengembalian resume medis berakibat pada tidak terbayarnya pelayanan kesehatan yang dilakukan rumah sakit dan yang berdampak pada turunnya pendapatan rumah sakit (Ariyanti & Gifari, 2019). Apabila hal ini terjadi secara terus-menerus dan dalam jangka waktu yang lama, dampak selanjutnya yang akan terlihat adalah penurunan pendapatan rumah sakit yang akan berakibat pada terhambatnya operasional rumah sakit.

BPJS Kesehatan menerapkan implementasi penuh verifikasi digital klaim (Vedika) bagi fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) mulai tanggal 1 Mei 2018. Dengan adanya perkembangan teknologi informasi ini diharapkan lebih memudahkan proses verifikasi klaim tagihan pelayanan kesehatan. Namun, aplikasi ini memiliki kekurangan yaitu proses klarifikasi menjadi lama saat ada ketidaklengkapan berkas yang diperlukan saat verifikasi karena verifikator BPJS Kesehatan tidak

berada di rumah sakit saat proses verifikasi berlangsung (BPJS Kesehatan, 2020).

Apabila klaim dianggap lengkap, layak dan sesuai antara diagnosa dengan koding INA-CBGs, terdapat prosedur dan terapi serta tanda tangan DPJP maka klaim akan dibayarkan setelah 15 hari kerja dari keluarnya berita acara hasil verifikasi. Pengajuan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan harus melampirkan resume medis dengan diagnosa penyakit yang merujuk pada ICD 10 (Artanto, 2018).

RSU X merupakan Rumah Sakit Umum Swasta tipe C di Kota Medan yang telah bergabung menjadi provider pelayanan BPJS Kesehatan sejak 1 Januari 2014. Dari tahun ke tahun jumlah kunjungan pasien BPJS Kesehatan di rumah sakit tersebut mengalami peningkatan baik pasien rawat inap maupun rawat jalan. Pada studi pendahuluan yang dilakukan melalui wawancara dengan PIC Bagian Klaim BPJS Kesehatan RSU X didapatkan hasil adanya kendala pada hasil klaim setiap bulannya, yaitu berupa klaim yang ditunda pembayarannya oleh pihak BPJS Kesehatan kepada pihak rumah sakit. Berikut tabel data pending klaim pelayanan rawat inap RSU X Kota Medan Tahun Pelayanan 2020 yang mengalami penundaan pembayaran.

Dalam setiap bulan pelayanan rawat inap pasien BPJS Kesehatan tahun 2020 terdapat jumlah klaim pending mencapai 10-15% dari total jumlah klaim pelayanan rawat inap BPJS Kesehatan. Hal ini terjadi disebabkan oleh berbagai faktor, salah satu faktor yaitu adanya perbedaan kode diagnosis ICD 10 antara Rumah Sakit dengan Verifikator BPJS Kesehatan sehingga menyebabkan status klaim menjadi pending. Pending klaim mengakibatkan tertundanya pembayaran pelayanan Kesehatan oleh BPJS Kesehatan. Berkas klaim yang pending memerlukan koreksi kembali terutama kode diagnosis, lalu diserahkan dan diverifikasi ulang. Dalam penyelesaian klaim pending, berkas harus diserahkan kembali kepada Verifikator BPJS Kesehatan sebelum habis masa kadaluwarsanya yaitu 6 (enam) bulan setelah pelayanan.

Pengajuan klaim pending setelah koreksi oleh Bagian Klaim RSUX Kota Medan dilakukan pada 2 (dua) bulan sebelum masa kadaluwarsa klaim berakhir. Kemudian BPJS Kesehatan akan melakukan pembayaran terhadap klaim pending tersebut pada 25 (dua puluh lima) hari kalender sejak tanggal pengajuan. Apabila hal tersebut terus terjadi pada setiap bulan pelayanan, tentunya akan berpengaruh terhadap pendapatan rumah sakit karena setiap bulannya terakumulasi pembayaran yang

tertunda oleh pihak BPJS Kesehatan sehingga akan berpengaruh pada biaya operasional Rumah Sakit. Oleh karena itu, berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Analisis perbedaan kode diagnosis ICD 10 antara rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan yang berdampak pada penundaan pembayaran klaim BPJS Kesehatan di RSUX Kota Medan periode bulan Januari-Juni Tahun 2021”.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif yaitu untuk mendeskripsikan perbedaan kode diagnosis ICD 10 antara rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan yang berdampak pada penundaan pembayaran klaim BPJS Kesehatan di RSUX Medan. Penelitian dilakukan di RSUX Kota Medan pada bulan Oktober tahun 2021. Subjek dalam penelitian ini meliputi informan utama adalah Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sedangkan informan triangulasi adalah Verifikator Internal, Koder dan Verifikator BPJS Kesehatan. Penelitian ini dilakukan selama 4 (empat) bulan, adapun subjek dalam penelitian ini adalah berjumlah 6 (enam) orang. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dengan cara wawancara mendalam dan studi dokumentasi.

Analisis data dilakukan dengan metode analisis isi (*content analysis*) yaitu melakukan kategori, melakukan kuantifikasi, melakukan sintesa.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini diperoleh dari wawancara mendalam terhadap informan utama dan informan triangulasi serta telaah dokumen rekam medis, dokumen penulisan koding diagnosis ICD-10 dan hasil verifikasi BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 21 Oktober sampai dengan 2 November 2021 di RSUX Kota Medan.

Jumlah klaim rawat inap BPJS Kesehatan periode Januari-Juni 2021

sebanyak total 3.747 berkas dengan klaim yang mengalami penundaan pembayaran sebanyak 532 berkas. Dari 532 berkas yang mengalami pending dalam periode Januari-Juni 2021, terdapat 187 berkas klaim yang tertunda pembayarannya akibat perbedaan kode diagnosis ICD 10 antara rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan dengan jumlah pending terbanyak yaitu 43,58% (34 berkas) pada bulan Mei 2021 terendah 30,23% (26 berkas) pada bulan April 2021. Penulisan kode diagnosis di RSUX Kota Medan dilakukan oleh koder berdasarkan diagnosis utama dan diagnosis sekunder yang dituliskan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).

Tabel 1. Deskripsi Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Periode Januari-Juni 2021

No.	Bulan	Total Klaim	Nominal Klaim Pending (Rupiah)	Klaim Pending (n)	Klaim Pending (%)	Klaim Pending Kode ICD 10 (n)	Pending Kode Diagnosis ICD 10 terhadap Klaim Pending (%)
1.	Januari	599	499.808.400	100	16,69	38	38
2.	Februari	572	432.551.000	94	16,43	29	30,85
3.	Maret	722	509.453.300	96	13,29	34	35,41
4.	April	688	399.339.800	86	12,5	26	30,23
5.	Mei	576	357.381.200	78	13,54	34	43,58
6.	Juni	590	427.971.000	78	13,22	26	33,33
Total		3.747	2.626.564.700	532		187	

Dari 187 berkas klaim pending karena perbedaan kode diagnosis ICD 10, peneliti hanya menelaah 30 berkas sebagai sampel dan didapatkan hasil

perbedaan kode diagnosis sebagai berikut:

Untuk kode diagnosis yang tidak sesuai dengan manual koding BPJS Kesehatan terdapat 11 berkas dengan

diagnosis terbanyak pada kasus pneumonia yaitu 9 kasus ketidaksesuaian kode karena tidak adanya asesmen awal gejala yang mendukung diagnosis pneumonia seperti demam, batuk, sesak, pemeriksaan fisik yang tidak mendukung penegakan diagnosis, penunjang yang tidak sesuai dengan penegakan diagnosis, 2 kasus Diabetes Melitus dengan ketidaksesuaian kode diagnosis pada komplikasi sebagai diagnosis sekunder, koding yang seharusnya yaitu diabetes tanpa komplikasi sesuai kriteria manual koding, dan 1 kasus kejang demam dengan ketidak sesuaian kode akibat tidak ada terapi kejang demam yang diberikan sesuai dengan kriteria manual koding.

Untuk perbedaan karena kode diagnosis utama yang tidak sesuai yaitu sebanyak 7 berkas, 3 kasus anemia yang dijadikan diagnosis utama pada kasus Perdarahan Saluran Makan Bagian Atas (PSMBA) seharusnya anemia menjadi komplikasi dari diagnosis utama bukan sebagai diagnosis utama, pada pneumonia sebanyak 2 kasus diakibatkan diagnosis utamadan diagnosis sekunder terbalik dan hipertensi *emergency*se banyak 2 kasus dengan perbedaan kode diagnosis utama tidak sesuai dengan diagnosis saat masuk pasien yaitu hipertensi *emergency*, namun pihak rumah sakit

menulis kode diabetes melitus. Untuk kode diagnosis sekunder yang tidak sesuai yaitu sebanyak 4 kasus yaitu dengan perbedaan kode akibat tidak ada pendukung gejala maupun pemeriksaan untuk menegaskan diagnosis sekunder pada catatan pasien.

Untuk kode diagnosis yang tidak sesuai dengan resume medis sebanyak 3 berkas yaitu 2 kasus iskemik dan 1 kasus diabetes yang tidak sesuai antara kode pada resume medis dengan kode yang diklaimkan kepada BPJS. Untuk kode diagnosis tidak menggunakan kategori kombinasi sebanyak 4 berkas yaitu pada kasus hidronefrosis yang dikoding terpisah dengan diagnosis striktur dan batu ureter, dan untuk kode diagnosis tidak menggunakan kaidah *Dagger* dan *Asterisk* sebanyak 1 berkas yaitu pada kasus thypoid disertai pneumonia dimana yang ditulis sebagai diagnosis utama adalah pneumonia dan sekunder adalah thypoid, seharusnya dengan menggunakan kaidah *Dagger* dan *Asterisk* diagnosis utama adalah thypoid dan diagnosis sekunder adalah pneumonia.

Dalam proses menghasilkan kode diagnosis ICD 10 di RSUX Kota Medan, diagnosis klinis yang dibuat oleh DPJP pada resume medis yaitu diagnosis utama dan diagnosis sekunder kemudian akan dilakukan pengkodean oleh koder, setelah itu akan dilakukan verifikasi

terhadap kesesuaian diagnosis dan kode sebelum berkas diklaimkan kepada pihak BPJS Kesehatan.

Tabel 2. Perbedaan Kode Diagnosis antara Rumah Sakit dengan Verifikator BPJS Kesehatan

No.	Alasan Perbedaan Kode Diagnosis	Jumlah
1.	Kode diagnosis tidak sesuai manual koding BPJS	11
2.	Kode diagnosis utama tidak sesuai	7
3.	Kode diagnosis sekunder tidak sesuai	4
4.	Kode diagnosis tidak sesuai resume medis	3
5.	Kode diagnosis tidak menggunakan kategori kombinasi	4
6.	Kode diagnosis tidak menggunakan <i>Dagger</i> dan <i>Asterisk</i>	1

Pengetahuan terhadap ketepatan kode diagnosis ICD 10

Hasil wawancara menunjukkan bahwa lemahnya pemahaman Dokter Penanggung Jawab Pelayanan dalam menentukan kode diagnosis ICD 10. Penulisan kode diagnosis dilakukan oleh koder dan bukan menjadi tugas Dokter Penanggung Jawab Pelayanan. Kesalahan penulisan kode diagnosis disebabkan tulisan dokter kurang jelas dan tidak terbaca. Kesalahan dalam penulisan kode diagnosis berdampak pada penundaan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan.

Sikap terhadap ketepatan kode diagnosis ICD 10

Banyaknya jumlah pasien yang ditangani setiap hari serta tidak

dilibatkannya Dokter Penanggung Jawab Pelayanan dalam penulisan kode diagnosis menyebabkan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan hanya menuliskan diagnosis utama dan diagnosis sekunder. Salah satu faktor yang menyebabkan sikap kurang peduli Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah kurangnya peran manajemen Rumah Sakit dalam memberikan arahan untuk menghasilkan kode diagnosis yang tepat.

Kebijakan/SOP Koding Diagnosis ICD 10

Ketidaktahuan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan karena tidak adanya kebijakan/ SOP Rumah Sakit terkait penulisan kode diagnosis sehingga Dokter Penanggung Jawab Pelayanan hanya menuliskan diagnosis utama dan diagnosis sekunder, tidak menuliskan kode diagnosis.

Pelatihan Koding Diagnosis ICD 10

Manajemen Rumah Sakit tidak pernah memberikan pelatihan penulisan kode diagnosis dalam upaya menghasilkan ketepatan kode diagnosis.

Pembahasan

Perbedaan Kode Diagnosis ICD 10

Hasil penelitian yang didapatkan dari telusur dokumen jumlah klaim rawat inap periode bulan Januari-Juni 2021 yang mengalami penundaan pembayaran / pending yaitu sebanyak 532 berkas dengan jumlah klaim pending karena

alasan kesalahan kode diagnosis ICD 10 sebanyak 187 berkas. Persentase pending klaim akibat kode diagnosis ICD 10 yang tidak tepat tertinggi pada bulan Mei 2021 yaitu 43, 58% dan terendah pada bulan April 2021 yaitu 30,23%.

Untuk kode diagnosis yang tidak sesuai dengan resume medis sebanyak 3 berkas yaitu 2 kasus iskemik dan 1 kasus diabetes yang tidaksesuai antara kode pada resume medis dengan kode yang diklaimkan kepada BPJS. Untuk kode diagnosis tidak menggunakan kategori kombinasi sebanyak 4 berkas yaitu pada kasus hidronefrosis yang dikoding terpisah dengan diagnosis striktur dan batu ureter, dan untuk kode diagnosis tidak menggunakan kaidah *Dagger* dan *Asterisk* sebanyak 1 berkas yaitu pada kasus thypoid disertai pneumonia dimana yang ditulis sebagai diagnosis utama adalah pneumonia dan sekunder adalah thypoid, seharusnya dengan menggunakan kaidah *Dagger* dan *Asterisk* diagnosis utama adalah thypoid dan diagnosis sekunder adalah pneumonia.

Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) yang diterbitkan oleh WHO serta memberikan kode

tindakan/prosedur sesuai dengan ICD-9-CM (International Classification of Diseases Revision Clinical Modification). Koding sangat penting dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke FKRTL (Ikatan Ahli Urologi Indonesia, 2019).

Diagnosis yang belum menggunakan bahasa medis dan masih terdapat singkatan menjadi salah satu kendala dalam pengodean diagnosis pasien. Sejalan dengan penelitian (Agustine & Pratiwi, 2017) bahwa terdapat hubungan antara ketepatan penulisan diagnosis dan keakuratan kode diagnosis kasus obstetri di RS PKU Muhammadiyah Sukoharjo dengan p-value sebesar 0,02.

Faktor-faktor yang berpengaruh padaperbedaan kode diagnosis ICD 10 antara Rumah Sakit dengan Verifikator BPJS Kesehatan di RSU X Pengetahuan Koding ICD 10

Berdasarkan hasil wawancara pada penelitian ini mengenai pengetahuan terhadap koding ICD 10 menunjukkan hasil lemahnya pemahaman Dokter Penanggung Jawab Pelayanan dalam menentukan kode diagnosis ICD 10 hal ini dapat dilihat dari jawaban saat dilakukan wawancara yang menunjukkan ketidaktahuan. Sedangkan untuk kesalahan penulisan kode diagnosis disebabkan tulisan doktertilakterbaca. Penulisan kode diagnosis dilakukan oleh kode rumah sakit dan tidak menjadi tugas Dokter

Penanggung Jawab Pelayanan. Setelah dilakukan pengkodean, selanjutnya dilakukan verifikasi diagnosis dan kesesuaian kode diagnosis oleh Verifikator Internal. Ketepatan coding diagnosis sangat menentukan dalam pembayaran BPJS Kesehatan terhadap rumah sakit serta berpengaruh terhadap kejadian penundaan pembayaran klaim.

Sejalan dengan penelitian Kurnianingsih (2020) yang mengungkapkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan coder dengan keakuratan kode diagnosis dengan *p value* 0,050 dimana keakuratan hubungan sebesar 0,707. Didukung oleh penelitian (Suhenda et al., 2021) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan ketepatan coding diagnosis Kualitas dari data yang dikode sangat penting bagi fasilitas pelayanan kesehatan. Keakuratan pengkodean sangat penting dalam manajemen data, pembayaran dan lainnya.

Sikap terhadap ketepatan kode diagnosis ICD 10

Dari hasil wawancara mengenai sikap terhadap coding diagnosis ICD 10, banyaknya jumlah pasien yang ditangani setiap hari serta tidak dilibatkannya Dokter Penanggung Jawab Pelayanan dalam penulisan kode diagnosis menyebabkan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan hanya menuliskan diagnosis utama dan diagnosis sekunder. Salah satu faktor yang menyebabkan

sikap kurang peduli terhadap penulisan kode diagnosis adalah peran manajemen rumah sakit dalam memberikan arahan untuk menghasilkan kode diagnosis yang tepat. Salah satu faktor yang mempengaruhi sikap adalah adanya dorongan dari sesuatu yang dianggap penting.

Menurut penelitian Darmawan & Wijayanto (2021) salah satu faktor yang mempengaruhi dalam pengkodean adalah sikap. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek, sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial.

Kebijakan/SOP Koding Diagnosis ICD 10

Untuk pedoman penulisan kode diagnosis IU 1 DPJP Penyakit Dalam/ Tn. HA dan IU 2 DPJP Penyakit Dalam/ Ny. RM menjawab sama kode diagnosis menggunakan ICD 10 sedangkan IU 3 DPJP Penyakit Paru/ Tn. AA menjawab kurang paham karena hanya menilai secara klinis. Untuk penerapan penulisan kode diagnosis ICD 10 IU 2 DPJP Penyakit Dalam/ Ny. RM dan IU 3 DPJP Penyakit Paru/ Tn. AA menjawab sama DPJP hanya menulis diagnosis

sedangkan IU 1 DPJP Penyakit Dalam/ Tn. HA menjawab seperti yang sesuai.

Penelitian Christy & Siagian (2021) yang dilakukan di Rumah Sakit H. Adam Malik Medan menyatakan bahwa Standar Operasional Prosedur (SOP) perlu dibuat untuk menjelaskan secara rinci mengenai tata cara pengodean diagnosis agar dokter penanggung jawab pelayanan tepat dalam melakukan pengkodean diagnosis.

Pelatihan Koding Diagnosis ICD 10

Hasil penelitian melalui wawancara mendalam terhadap 3 informan utama mengenai Pelatihan koding diagnosis ICD 10 yaitu pelatihan. Untuk pelatihan IU 1 DPJP Penyakit Dalam/ Tn. HA dan IU 3 DPJP Penyakit Dalam/ Tn. AA menjawab sama tidak pernah mendapatkan pelatihan sedangkan IU 2 DPJP Penyakit Paru/ Ny. RM menjawab tidak ada lagi pelatihan terakhir tahun 2017.

Sedangkan hasil wawancara 3 informan triangulasi mengenai pelatihan IT 1 Verifikator Internal/ Ny. LH, IT 2 Koder Rawat Inap/ Nn. YE dan IT 3 Kepala Bagian Rekam Medis/ Ny. RD menjawab sama tidak pernah mendapatkan pelatihan. Dari hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa manajemen rumah sakit tidak memberikan pelatihan koding untuk

menunjang ketepatan kode diagnosis ICD 10.

Penelitian Oashttamadea SM (2019) pelaksanaan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dalam bentuk pelatihan pengodean diagnosis obstetri di RS Naili DBS mampu meningkatkan kemampuan peserta dalam melakukan pengodean diagnosis utama. Didukung penelitian Maimun et al., (2018) yang menyatakan bahwa kualitas hasil pengkodean bergantung pada kelengkapan diagnosis, kejelasan tulisan dokter, serta profesionalisme dokter dan petugas pengkodean.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berkas pending disebabkan oleh kode diagnosis ICD 10 tidak sesuai dengan manual koding BPJS Kesehatan disebabkan tidak adanya asesmen awal. Hal ini disebabkan karena tidak adanya protocol klinis, kurangnya kerjasama antara DPJP, koder dan verifikator internal untuk menghasilkan kode diagnosis yang sesuai, kurangnya peran manajemen rumah sakit dalam melibatkan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan, tidak adanya kebijakan / SOP dan pedoman dari rumah sakit terkait penulisan kode diagnosis ICD 10.

Saran

Rumah sakit diharapkan mengadakan audit mutu internal terhadap koding diagnosis minimal setiap 6 bulan sekali, membuat kebijakan / SOP terkait penulisan kode diagnosis, memberikan pelatihan koding diagnosis, membuat perencanaan penggunaan Rekam Medis Elektronik (RME) dalam upaya menunjang ketepatan dan keakuratan kode diagnosis.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustine, D. M., & Pratiwi, R. D. (2017). Hubungan Ketepatan Terminologi Medis dengan Keakuratan Kode Diagnosis Rawat Jalan oleh Petugas Kesehatan di Puskesmas Bambanglipuro Bantul. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 2(1), 113.
<https://doi.org/10.22146/jkesvo.30315>
- Antonius Artanto EP. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016. *Jurnal ARSI*, 4(2), 122–134
- Ariyanti, F., & Gifari, M. T. (2019a). Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(04), 156–166.
<https://doi.org/10.33221/jikm.v8i04.415>
- Ariyanti, F., & Gifari, M. T. (2019b). Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(04), 156–166.
<https://doi.org/10.33221/jikm.v8i04.415>
- BPJS Kesehatan. (2014). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 1–46.
- BPJS Kesehatan. (2020). *Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*.
- BPJS Kesehatan No 5. (2020). Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 5 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Administrasi Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan., 5, 1–24.
https://r.search.yahoo.com/_ylt=Awr9IISw.kNiShEAqeVXNyoA;_ylu=Y29sbwNncTEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1648651057/RO=10/RU=https%3A%2F%2Fwww.bpps-kesehatan.go.id%2Fbpps%2Fdmdocuments%2F3845cad46af51538237c01d531c53d93.pdf/RK=2/RS=uSirpCG0NWsyGIrma1c1f
- Christy, J., & Siagian, E. E. (2021). Ketidaktepatan Kode Diagnosis Kasus Neoplasma Menggunakan. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 6(1), 23–30.
- Darmawan, B. S., & Wijayanto, T. (2021). Faktor Yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Pengisian Pengkodean Diagnosa Berkas Rawat Inap Tahun 2020. *Administration & Health ...*, 2(2), 241–247.
<http://ojs.stikeslandbouw.ac.id/index.php/ahi/article/view/116>
- Ikatan Ahli Urologi Indonesia. (2019). Buku Panduan Koding ICD Pada Bidang Urologi.
- Kurnianingsih, W. (2020). Hubungan Pengetahuan Coder dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Jalan BPJS berdasarkan ICD – 10 Di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo. *Jurnal Manajemen Informasi Dan Administrasi Kesehatan (JMIAK)*, 3(01).
<https://doi.org/10.32585/jmiak.v3i01.680>
- Maimun, N., Natassa, J., Trisna, W. V., & Supriatin, Y. (2018). Pengaruh Kompetensi Coder terhadap Keakuratan dan Ketepatan

- Pengkodean Menggunakan ICD 10 di Rumah Sakit X Pekanbaru Tahun 2016. *KESMARS: Jurnal Kesehatan Masyarakat, Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit*, 1(1), 31–43.
<https://doi.org/10.31539/kesmars.v1i1.158>
- Oashttamadea SM, R. (2019). Pelatihan Pengodean Diagnosis Obstetri di RS Naili DBS. *LOGISTA - Jurnal Ilmiah Pengabdian Kepada Masyarakat*, 3(2), 157.
<https://doi.org/10.25077/logista.3.2.157-164.2019>
- Peraturan Menteri Kesehatan. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INACBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.
- Suhenda, A., Karmanto, B.-, & -, S.-. (2021). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Dokter Dengan Kesesuaian Koding Diagnosis Berdasarkan Icd-10 Di Rsud Arjawinangun Kabupaten Cirebon. *Media Informasi*, 16(1), 75–79.
<https://doi.org/10.37160/bmi.v16i1.558>