
ANALISIS KETIDAKAKURATAN KODE DIAGNOSIS PADA PENGEMBALIAN BERKAS KLAIM BPJS RAWAT INAP DI RSUD PINDAD

Oleh:

Endang Sri Dewi Hastuti Suryandari¹, Choirini Amalia², Sri Mudayatiningsih³

^{1,2}Rekam Medis & Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Malang

³Teknologi Bank Darah, Poltekkes Kemenkes Malang

wiwik.esd@gmail.com

ABSTRAK

Kode diagnosis memiliki peran penting dalam pengajuan klaim BPJS, kode diagnosis yang tidak akurat akan menyebabkan keterlambatan penggantian biaya perawatan. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Pindad menunjukkan masih terdapat 6,8% berkas klaim yang dikembalikan pada bulan September 2023. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi dan menganalisis ketidakakuratan kode diagnosis penyakit pada pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di RSUD Pindad. Metode penelitian menggunakan deskriptif kuantitatif. Populasi yang digunakan yaitu berkas klaim yang dikembalikan pada bulan Oktober 2023 sebanyak 129 berkas klaim dan menggunakan seluruh anggota populasi sebagai sampel yang ditentukan menggunakan teknik sampel jenuh dan cara pengumpulan data menggunakan metode observasi. Analisis data univariat menggunakan penghitungan persentase frekuensi data. Hasil penelitian menunjukkan dari 129 sampel berkas rekam medis rawat inap terdapat 58 berkas klaim (45%) dikembalikan karena administrasi, 49 berkas klaim (38%) dikembalikan karena kelengkapan berkas, 22 berkas klaim (17%) disebabkan karena kodifikasi penyakit. Dari 22 berkas klaim yang dikembalikan karena ketidakakuratan kode diagnosis terdapat 32% diajukan klaim ulang tanpa merubah kode diagnosis dan disertai dokumen pendukung, serta 68% diajukan klaim ulang dengan memperbaiki kode diagnosis. Koder harus lebih teliti dalam mengidentifikasi semua informasi medis untuk menghasilkan kode yang akurat.

Kata Kunci: Ketidakakuratan, Kode Diagnosis, Berkas Klaim

ABSTRACT

Diagnosis codes have an important role in submitting BPJS claims, inaccurate diagnosis codes will cause delays in reimbursement for treatment costs. The results of a preliminary study conducted at RSUD Pindad showed that there were still 6.8% of claim files returned in September 2023. The aim of this research was to identify and analyze inaccuracies in disease diagnosis codes in the return of inpatient BPJS claim files at RSUD Pindad. This research method is quantitative descriptive. The population used is 129 claim files returned in October 2023 and uses all members of the population as a sample determined using a saturated sampling technique and data collection using the observation method. Univariate data analysis techniques use data frequency percentage calculations. The research results showed that from 129 samples of inpatient medical record files, 58 claim files (45%) were returned due to administration, 49 claim files (38%) were returned due to file completeness, 22 claim files (17%) were due to disease coding. Of the 22 claim files that were returned due to inaccurate diagnosis codes, 32% submitted re-claims without changing the diagnosis code and accompanied by supporting documents, and 68% submitted reclaims by correcting the diagnosis code. Coders must be more careful in identifying all medical information to produce accurate codes.

Keywords: Inaccuracies, Diagnosis Code, Claim File

A. PENDAHULUAN

Kodefikasi merupakan salah satu pengolahan di rekam medis, baik itu mengenai kode penyakit maupun tindakan yang dilakukan oleh koder dengan berpedoman pada *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)* tahun 2010 untuk kode diagnosis penyakit (WHO, 2010).

Keakurasian dalam pengkodean suatu penyakit sangatlah penting karena terkait dengan pembiayaan pelayanan kesehatan. Beberapa faktor yang bisa mempengaruhi akurasi kode data klinis, diantaranya adalah kurang jelasnya catatan yang dibuat dokter, kurangnya perhatian koder dalam melakukan pengkodean yang sesuai dengan prinsip-prinsip ICD dan aspek-aspek kunci dari proses pengkodean. Proses kodefikasi dibutuhkan ketepatan dan keakuratan kode karena kode tersebut digunakan sebagai pelaporan rumah sakit dan proses pengajuan klaim untuk penggantian biaya pelayanan Kesehatan kepada pihak BPJS (Kemenkes, 2022).

Prosedur pengajuan klaim rumah sakit ke BPJS Kesehatan terdiri dari tiga tahap: administrasi kepersetaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi kelengkapan berkas (BPJS Kes, 2018). Proses klaim ini memang

sangat penting bagi pihak Rumah Sakit, pada saat pengajuan klaim di Rumah Sakit masih dirasa banyak berkas yang dikembalikan oleh pihak BPJS karena beberapa faktor seperti tidak lengkapnya dokumen klaim, tidak akuratnya kodifikasi pada diagnosis ataupun tindakan yang dilakukan, sehingga menyebabkan proses pengklaiman tidak berjalan lancar (Ardhitya, 2015 & Artanto, A. 2018). Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi persentase dan menganalisis ketidakakuratan kode diagnosis pada pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di RSUD Pindad.

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan pada bulan September 2023 di RSUD Pindad, yang merupakan rumah sakit umum tipe C yang melayani banyak pasien BPJS untuk berobat. Pengajuan klaim dilakukan oleh pihak *casemix* yang berada di bagian keuangan rumah sakit, di rumah sakit tersebut masih terdapat klaim rawat inap yang dikembalikan oleh pihak BPJS. Berdasarkan pengajuan klaim bulan September sebanyak 587 berkas, dari banyak berkas yang diajukan tersebut klaim dikembalikan sebanyak 40 berkas oleh pihak verifikator BPJS. Penyebab klaim dikembalikan disebabkan oleh ketidakakuratan kodifikasi sebanyak 38 berkas (98%) dan ketidaklengkapan

administrasi dokumen sebanyak 2 berkas (2%). Hal tersebut menyebabkan klaim BPJS menjadi terhambat dalam proses pembayaran klaim.

Menurut penelitian Putri I, di RS Bhayangkara Lumajang pada tahun 2019, di dapatkan ketidakakuratan koding tertinggi terjadi pada bulan Januari sebesar 9,17% sedangkan persentase ketidakakuratan koding berkas BPJS rawat inap terendah terjadi pada bulan Februari sebesar 2,59%. Ketidakakuratan koding dapat mempengaruhi pengelolaan keuangan rumah sakit karena menyebabkan berkas klaim dikembalikan dimana hampir 80% pendapatan rumah sakit berasal dari klaim JKN (Putri I, 2020).

Sehingga, peneliti tertarik untuk menganalisis tentang ketidakakuratan kode diagnosis pada pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di RSUD Pindad.

B. TINJAUAN PUSTAKA

Kodefikasi dalam rekam medis merupakan proses pemberian kode terhadap diagnosis penyakit dan tindakan medis yang dilakukan berdasarkan standar klasifikasi internasional yang ditetapkan oleh World Health Organization melalui sistem International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Sistem ini digunakan secara global

untuk menjamin keseragaman dalam pencatatan dan pelaporan data kesehatan sehingga mendukung pengelolaan informasi medis secara efektif (WHO, 2010).

Keakuratan kode diagnosis merupakan aspek penting dalam manajemen pelayanan kesehatan karena berkaitan langsung dengan sistem pembiayaan, khususnya pada program BPJS Kesehatan. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, kesalahan dalam pengkodean dapat menyebabkan ketidaksesuaian data klinis yang berdampak pada penolakan atau pengembalian klaim pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2022). Oleh karena itu, diperlukan ketelitian serta pemahaman yang baik dari koder terhadap prinsip-prinsip ICD dan interpretasi diagnosis klinis.

Beberapa faktor yang mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis antara lain kurang jelasnya dokumentasi medis oleh dokter, keterbatasan kompetensi koder, serta kurangnya pengawasan dalam proses pengkodean. Hal ini diperkuat oleh penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa kesalahan pengkodean sering terjadi akibat ketidaksesuaian antara diagnosis klinis dengan kode yang dipilih (Ardhitya, 2015; Artanto, 2018).

Proses pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan terdiri dari tahapan administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi berkas klaim. Ketidaklengkapan dokumen serta ketidakakuratan kode diagnosis menjadi penyebab utama pengembalian berkas klaim oleh verifikasi (BPJS Kesehatan, 2018). Dampak dari pengembalian klaim ini adalah terhambatnya proses pembayaran yang berpengaruh terhadap kondisi keuangan rumah sakit.

Penelitian lain menunjukkan bahwa tingkat ketidakakuratan pengkodean masih cukup signifikan dan dapat mempengaruhi pendapatan rumah sakit, mengingat sebagian besar pembiayaan berasal dari klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Putri (2020) menemukan bahwa ketidakakuratan koding berkas BPJS rawat inap dapat mencapai lebih dari 9% pada periode tertentu, yang berimplikasi pada tingginya pengembalian berkas klaim.

METODE

Metode penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah kuantitatif deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*. Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu, ketidakakuratan kode diagnosis pada

pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di RSUD Pindad.

Populasi dalam penelitian ini berupa 129 berkas klaim BPJS rawat inap yang dikembalikan pada bulan Oktober 2023. Sebanyak 129 sampel yang diambil bila semua anggota populasi digunakan yang diperoleh menggunakan teknik sampel jenuh.

Data dalam penelitian ini dikumpulkan melalui teknik observasi (*check list*). Peneliti akan melihat pada berkas klaim rawat inap yang diajukan oleh pihak rumah sakit, lalu dikembalikan oleh BPJS. Peneliti melakukan kegiatan observasi langsung pada berkas klaim rawat inap dan DRM pasien rawat inap. Dalam menentukan keakuratan kode diagnosis, peneliti akan dibantu oleh verifikasi koding. Verifikasi koding merupakan seorang lulusan D3 atau D4 RMIK yang sudah bekerja menjadi ahli koding dengan pengalaman kerja lebih dari 5 tahun. Verifikasi koding ini akan berperan sebagai penentu akhir dari keakuratan kode diagnosis yang terdapat pada dokumen rekam medis dan berkas klaim BPJS berdasarkan SOAP dan mengacu pada ICD-10 revisi 2010.

Analisis univariat dilakukan untuk menghitung presentase ketidakakuratan kode diagnosis pada pengembalian berkas klaim BPJS yang bersumber dari data observasi.

D. HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan data hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan peserta JKN mandiri (PBPU) yang tidak mendaftar program REHAB, masih terdapat sebesar 27% kategori kurang dan 40% kategori cukup yang menunjukkan bahwa responden belum mengetahui dengan baik tentang program REHAB terkait dengan penyelesaian tunggakan membayar iuran. Hal tersebut berpotensi peserta JKN mandiri tidak ingin ikut program REHAB. Hal tsb seperti dijelaskan dalam penelitian Wulandari et al., (2020) yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan mempengaruhi keikutsertaan peserta mandiri dalam program REHAB. Salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan adalah informasi yang telah didapatkan. Informasi yang sering diberikan atau disosialisasikan melalui media dari BPJS Kesehatan tentang tunggakan iuran dalam program REHAB dapat mempengaruhi keputusan peserta mandiri untuk ikut serta dalam program REHAB, dan bermanfaat sebagai upaya mengembalikan kepesertaan JKN yang non aktif.

Peserta mandiri yang telah mendapatkan informasi tentang program REHAB akan memiliki keinginan yang tinggi untuk mendaftarkan diri dalam

program REHAB, dibandingkan dengan peserta yang kurang mengetahui informasi tentang program REHAB. Kurangnya pengetahuan peserta mengenai program REHAB merupakan faktor penghambat keberlanjutan status kepesertaan jaminan kesehatan peserta mandiri (Nur Aziza Ramadani et al., 2021).

Berdasarkan hasil penelitian pendapatan responden di Kabupaten Kediri yang terbanyak kategori rendah atau dibawah UMR/bulannya yaitu sebesar 57% dan 43% memiliki pendapatan diatas UMR Kabupaten Kediri. Hal tersebut sesuai dengan yang dijelaskan dalam data hasil penelitian dari Wulandari et al., (2020), bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendapatan dengan kepatuhan pembayaran iuran JKN.

Penjelasan hasil penelitian yang lain menurut Pratiwi et.al. (2022) bahwa peserta mandiri yang memiliki pendapatan rendah, akan memprioritaskan pendapatannya untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari, seperti biaya makan, pendidikan, listrik, dan biaya lainnya, sedangkan untuk biaya kesehatan, peserta mandiri cenderung belum memprioritaskan dikarenakan masih dalam kondisi sehat. Situasi ini menunjukkan adanya pertimbangan ekonomi yang lebih

mendesak dalam kehidupan sehari-hari mereka

Menurut hasil penelitian yang lain dijelaskan juga bahwa terdapat peserta mandiri dengan pendapatan tinggi yang belum berkenan mendaftar dalam program REHAB meskipun memiliki tunggakan iuran. Pada dasarnya keluarga yang berpendapatan tinggi merasa tidak terlalu bergantung pada layanan BPJS Kesehatan, hal ini dikarenakan peserta masih sanggup membayar ditempat praktek atau klinik ketika memerlukan pelayanan kesehatan tanpa memikirkan nominal yang harus dibayarkan, terlebih ketika membutuhkan pelayanan kesehatan yang mendesak (Risdayanti & Andi Surahman Batara, 2021).

Menurut data hasil penelitian persepsi responden sebagian besar persepsi negatif yaitu sebesar 54% dan persepsi positif sebesar 46%. Hal ini dapat didukung oleh kurangnya pemahaman mengenai manfaat dan mekanisme program, sehingga membuat peserta ragu untuk mengikutinya. Selain itu, penelitian dari (Febriadi et al., 2021) menyatakan bahwa pengalaman negatif terhadap pelayanan BPJS Kesehatan sebelumnya juga dapat mempengaruhi kepercayaan peserta terhadap efektivitas program ini. Penelitian tersebut menemukan

bahwa peserta mandiri membutuhkan pelayanan kesehatan, faskes tidak memberikan pelayanan yang sesuai harapan dan menimbulkan kekecewaan sehingga BPJS Kesehatan dianggap tidak mampu memberikan perlindungan terhadap hak pesertanya. Beberapa peserta meragukan apakah program ini benar-benar dapat membantu mengelola biaya kesehatan mereka secara efektif. Di sisi lain, peserta yang memiliki persepsi positif terhadap program ini umumnya lebih memahami manfaat dari skema pembayaran bertahap dan menganggapnya sebagai solusi yang meringankan beban finansial mereka (Gelonita et al., 2024).

D. HASIL DAN PEMBAHASAN

Identifikasi Presentase Ketidakakuratan Kode Diagnosis pada Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap di RSUD Pindad

Dokumen rekam medis rawat inap yang diajukan klaim oleh RSUD Pindad pada bulan Oktober 2023 adalah sebanyak 598 berkas klaim. Berdasarkan jumlah berkas klaim yang diajukan tersebut terdapat sebanyak 129 berkas klaim yang dikembalikan.

Berdasarkan Tabel 1. Persentase penyebab pengembalian berkas klaim di RSUD Pindad pada bulan Oktober 2023 dari 129 berkas klaim paling banyak disebabkan oleh administrasi klaim sejumlah 58 berkas klaim

(45%) yang berarti kelengkapan administrasi yang belum lengkap atau data klaim yang diajukan tidak sesuai.

Tabel 1. Persentase penyebab pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap

| Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS | Frek. | % |
|---|------------|-------------|
| Administrasi Klaim | 58 | 45% |
| Kelengkapan Berkas | 49 | 38% |
| Kodefikasi Penyakit | 22 | 17% |
| Total | 129 | 100% |

Hal ini dikarenakan tidak adanya indikasi penagihan rawat inap, episode kunjungan dan lamanya rawat inap tidak sesuai, berkas tidak terbaca, klaim tidak sesuai dengan sarana dan prasarana, konfirmasi penunjang dan tatalaksana yang kurang jelas, kemudian karena kelengkapan berkas sejumlah 49 berkas klaim (38%) yang berarti berkas yang akan diajukan tersebut belum lengkap pada saat pengajuan klaim. Selain itu masih adanya hasil pemeriksaan penunjang dan tatalaksana tidak dilampirkan, formulir tindakan yang belum diisi dengan lengkap. Kemudian, disebabkan karena kodefikasi penyakit sejumlah 22 berkas klaim (17%), berkas klaim tersebut dikembalikan karena kodefikasi yang tidak sesuai menurut verifikator BPJS. Hal ini terkait dengan kode

diagnosa utama yang kurang spesifik, mereseleksi kode diagnosis, dan ketidaksesuaian kode diagnosa sekunder dengan diagnosa utama, dan hasil pemeriksaan penunjang yang kurang mendukung diagnosis.

Berdasarkan hasil penelitian berkas klaim yang dikembalikan pada bulan Oktober 2023 diperoleh penyebab pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap dikarenakan kodefikasi penyakit sebanyak 22 berkas klaim (17%). Hal ini berkaitan dengan penyebab pengembalian berkas klaim dengan hasil bahwa kode dikembalikan karena kode diagnosa utama yang kurang spesifik, mereseleksi kode diagnosis, dan ketidaksesuaian kode diagnosa sekunder dengan diagnosa utama, dan hasil pemeriksaan penunjang yang kurang mendukung diagnosis. Kode diagnosis bisa dikatakan akurat apabila koder dalam melakukan pengkodean mengacu pada PMK 26 Tahun 2021 (Kemenkes, 2021).

Tidak semua kesalahan pengkodean disebabkan oleh koder, koder bisa mempertahankan hasil kode diagnosis dengan menyertakan data dukung hasil pemeriksaan pasien. Ketidakakuratan kode diagnosis akan mempengaruhi pada data rumah sakit, dan dapat berpengaruh terhadap hasil *grouped* dalam aplikasi INA-CBGs yang digunakan

sebagai metode pembayaran pelayanan pasien peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Maka dari itu koder harus lebih teliti dalam melakukan pengkodean dan memeriksa kembali pada berkas klaim agar pengkodean yang dilakukan bisa akurat dan tidak terjadi kesalahan pengkodean atau kode belum spesifik, sehingga penyebab kesalahan pengkodean tidak merugikan pihak penyelenggara maupun pasien (Hatta, 2013).

Hasil penelitian ini sejalan dengan dengan penelitian yang dilakukan Indawati, 2019 dalam penelitiannya mengatakan bahwa berkas klaim yang dikembalikan ke rumah sakit dikarenakan informasi koding yang tidak tepat dengan hasil sebanyak 36 % pada bulan Januari – April 2016 dan berkas klaim belum lengkap, ada beberapa penyebab yang mengakibatkan pengembalian klaim rawat inap terkait konfirmasi koding hasil verifikasi BPJS, yaitu pemeriksaan penunjang tidak mendukung diagnosis, ketidaktepatan penentuan kode oleh koder, ketidaksesuaian dengan permenkes RI No.27 Tahun 2014 tentang Teknis Sistem Indonesian Case Base Group (INA-CBGs) tentang aturan reseleksi diagnosis (Indawati, 2019).

Analisis Ketidakakuratan Kode Diagnosis pada Pengembalian Berkas Klaim BPJS Rawat Inap di RSUD Pindad

Pengembalian berkas klaim yang disebabkan oleh kesalahan dalam kodefikasi penyakit dapat diajukan klaim ulang dengan disertai bukti pendukung untuk mempertahankan kode klaim tersebut. Namun, terdapat juga pengajuan klaim ulang yang diajukan dengan memperbaiki kode yang akan diajukan kembali.

Tabel 2. Persentase Klaim yang diajukan Ulang Karena Kodefikasi Penyakit

| Berkas Klaim yang dikembalikan Karena Kodefikasi Penyakit | Frek. | % |
|--|--------------|-------------|
| Merubah Kode | 15 | 68% |
| Tanpa Merubah Kode | 7 | 32% |
| Total | 22 | 100% |

Berdasarkan Tabel 2. Persentase klaim yang diajukan ulang karena kodefikasi penyakitnya yaitu 22 berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator dan dikaji ulang oleh petugas koder terdapat 15 (68%) berkas klaim yang diajukan klaim ulang dengan memperbaiki kode penyakit sesuai koreksi dari verifikator BPJS. Sedangkan 7 (32%) berkas klaim diajukan klaim ulang tanpa merubah kode. Klaim diajukan dengan disertai berkas pendukung yang sesuai dengan kode penyakit.

Pengembalian berkas yang dilakukan oleh verifikator tidak semua dikarenakan

kesalahan kode oleh koder. Kode tersebut juga belum tentu tidak akurat, dikarenakan apabila kode diajukan ulang dengan disertai data dukung yang kuat dan sudah sesuai dengan aturan kode berdasarkan ICD-10 Revisi 2010 dan PMK 26 Tahun 2021, maka klaim dapat disetujui oleh verifikator BPJS pada saat klaim selanjutnya (Rohman et al, 2017).

Hasil penelitian menunjukkan sebanyak, 15 (68%) berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS dan diajukan kembali oleh koder dengan memperbaiki kode diagnosis. Hal ini dikarenakan dari penyebab pengembalian berkas klaim dengan hasil bahwa kode dikembalikan karena kode diagnosa utama yang kurang spesifik, mereseleksi kode diagnosis, dan ketidaksesuaian kode diagnosa sekunder dengan diagnosa utama, dan hasil pemeriksaan penunjang yang kurang mendukung diagnosis. Contoh kasus berkas klaim yang dikembalikan verifikator BPJS, pada indikasi rawat inap pasien tertulis anamnesa pasien datang dengan keluhan lemas seluruh tubuh, mual (+), muntah (+), tidak bisa makan, ulu hati sebah, dan memiliki riwayat penyakit stroke, hipertensi dan pasien tidak rutin kontrol. Dokter menuliskan diagnosis utama pasien adalah *CVA Infarc Sequele* dengan diagnosis

sekunder HT *Emergency*, HHD, *Severe Hipokalemia*, dan *Nausea Vomiting*. Koder memberikan kode I69.8 I10 I11.9 E87.6 R11, lalu klaim dikembalikan oleh verifikator BPJS dengan keterangan, yaitu “gunakan kode infark sequele (I69.3), sedangkan untuk diagnosis hipertensi gunakan kode I11.9”. Petugas koder mengkaji ulang dengan memeriksa kembali diagnosis pada berkas klaim yang berbunyi *CVA Infark Sequele*, dan memeriksa ulang kode diagnosis yang benar pada ICD 10 Volume 1 Revisi 2010 yang tertera kode I69.3 “*Sequelae of cerebral infarction*”, kemudian klaim diajukan ulang pada bulan berikutnya dengan merubah kode diagnosis utama menjadi I69.3. sedangkan untuk diagnosis HT *Emergency* dan HHD petugas koding melihat kembali pada aturan ICD 10 Volume 2 Revisi 2010 dan PMK 26 Tahun 2021, yang menjelaskan bahwa untuk diagnosis HT *Emergency* dan HHD menggunakan kode gabungan yaitu I11.9 (*Hypertensive Heart Disease*). Sehingga petugas koder setuju dengan verifikator BPJS bahwa kode yang tepat adalah menggunakan kode *CVA Infark sequele* (I69.3) dan kode gabung untuk *Hypertensive Heart Disease* (I11.9)

Berdasarkan analisis pada berkas klaim, kode yang lebih tepat seharusnya menggunakan kode sequele I69.3, karena

kode I69.8 digunakan jika diagnosis CVA tidak unspecified. Hal tersebut juga didukung bahwa diagnosis dituliskan oleh dokter sudah spesifik yaitu CVA Infarc Sequele yang terletak pada kode I60 – I69 yang berisi tentang kode “*Cerebrovascular disease*” dan pada diagnosis sekunder untuk lebih tepat menggunakan kode gabung sesuai dengan cara pengkodean pada ICD 10 Volume 2 Revisi 2010 yang tertera I10 “*Essential (Primary) hypertension with mention of : I11.- (Hypertensive heart disease), code I11.-*” dengan kode I11.9 yang terletak pada kode I10 – I15 yang berisi kode tentang “*Hypertensive disease*”

Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Amalia dkk (2013) yang menunjukkan penggunaan kode gabungan, kesalahan dalam menentukan diagnosis utama, perbedaan persepsi, dan ketidaksesuaian hasil pendukung dengan diagnosis menyebabkan pengembalian klaim (Amalia dkk, 2023)

Contoh kasus lain adalah pasien dirawat tertulis anamnesa pasien datang dengan keluhan batuk darah (+) sejak semalam, dada terasa berat, badan terasa lemas, mual (+). Dokter menuliskan diagnosis utama pasien adalah pneumonia dengan diagnosis sekunder TB Paru, Efusi Pleura, Haemoptysis. Koder memberikan kode diagnosis J18.9 A16.2 J90 R04.2, lalu

klaim dikembalikan oleh verifikator BPJS dengan keterangan, yaitu “mohon reseleksi Pneumonia ke TB, Efusi pleura dengan TB menggunakan kode gabungan *Tuberculous pleurisy : A15.6 ; A16.5*”. Petugas koder mengkaji ulang dengan memeriksa kembali diagnosis pada berkas klaim tersebut yang merujuk pada PMK 26 Tahun 2021, dan memeriksa ulang kode diagnosis yang benar pada ICD 10 Volume 1 Revisi 2010, kemudian klaim diajukan ulang pada bulan berikutnya dengan merubah kode diagnosis utama menjadi A16.5, yaitu dengan menggabungkan kode TB dan Efusi Pleura.

Berdasarkan analisis pada berkas klaim, kode yang lebih tepat yaitu menggunakan kode A16.5 dengan diagnosis pada ICD 10 tertera “*Tuberculous pleurisy, without mention of bacteriological or histological confirmation*”. Hal tersebut menunjukkan bahwa kode diagnosis yang tepat harus sesuai dengan kondisi klinis pasien pada saat datang, pada kasus ini pasien datang dengan keluhan batuk berdarah, dan pemberian injeksi Asam tranexamat, dan pemberian obat codein, obat anti tuberculosis (OAT), dan pemberian nebul ventolin.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Irmawati et al. (n.d.), 2019 didalam resume medis pasien tercatat diagnosis observasi typhoid dengan hasil

pemeriksaan sebagai berikut mual (+), muntah (+), nyeri perut (+). Widal tes titer O =1/160. Koder menuliskan kode DU A01.0 (typhoid fever), kode DU belum bisa ditegakkan karena tidak didukung data pemeriksaan penunjang. Kode DU A01.0 (typhoid fever) dapat di tegakkan apabila hasil pemeriksaan uji widal pada minggu pertama dengan hasil titer antibodi O > 1/320 dan titer antibodi H > 1/640 (WHO). Sehingga kode DU A01.0 direvisi menjadi kode Z03.8 (*Observation for other suspected diseases and conditions*), karena sampai akhir episode perawatan belum ada diagnosis spesifik yang ditegakkan, diagnosis yang tercatat dalam resume medis observasi typhoid (Irmawati et al, 2019).

Hasil penelitian juga menunjukkan sebanyak 7 (32%) berkas klaim diajukan ulang tanpa merubah kode. Hal ini berkaitan dengan koder yang harus memberikan konfirmasi kepada pihak verifikasi BPJS dengan menunjukkan hasil pemeriksaan untuk dapat mendukung diagnosis. Contoh kasus berkas klaim yang dikembalikan verifikasi BPJS, pada dokumen rekam medis pasien tertulis anamnesa pasien datang dengan keluhan sesak sejak 1 bulan, batuk berdahak, nyeri dada sebelah kanan bawah, dan badan terasa lemas. Hasil pemeriksaan penunjang pasien menunjukkan hemoglobin

12,1 g/dl eritrosit 3,84 jt/cmm hematokrit 36,5 % trombosit 527.000/cmm, neutrofil 93,3 % limfosit 3,9 % FAAL HATI, SGOT (AST) 108 IU/L, SGPT (ALT) 198 IU/L Gula darah sewaktu 125 mg/dl. Dokter menuliskan diagnosis utama *Pleuropneumonia* dengan diagnosis sekunder Efusi pleura, CKD, Transminitis, AKI, Hipoalbumin. Tindakan yang diberikan adalah pemberian injeksi dan salah satu obat yang diberikan adalah vipalbumin. Koder memberikan kode pada kasus tersebut J18.8 J90 N18.9 E88.0. Kemudian, setelah dilakukan verifikasi oleh verifikasi BPJS klaim tersebut dikembalikan dengan keterangan, “Mohon E88.0 tidak dientry”.

Koder mengkaji ulang dengan memeriksa kembali diagnosis pada berkas klaim. Koder tetap menggunakan kode yang sama dengan melihat hasil laboratorium Albumin, dari hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan menunjukkan adanya Hipoalbumin. Kemudian, klaim diajukan kembali pada bulan berikutnya dengan kode yang sama dengan menyertakan dokumen pendukung kode yaitu hasil pemeriksaan laboratorium Albumin dan bukti *screenshot* ICD-10 Volume 1 yang menunjukkan kode E88.0 dengan diagnosis yang tertera pada ICD 10 yaitu, “*Disorder of plasma-protein metabolism, not elsewhere classified*”.

Pengajuan klaim ini disetujui oleh verifikator BPJS tanpa merubah kode.

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan peneliti, kode yang diberikan oleh koder sudah akurat dan sesuai. Hal tersebut ditunjukkan pada hasil pemeriksaan penunjang pasien yang menunjukkan bahwa hasil laboratorium albumin pasien cukup rendah yaitu 2,2 g/dl, dalam keadaan normal hasil albumin adalah 3,5 – 5,2 g/dl. Selain itu, pasien juga diberikan obat vialbumin untuk meningkatkan kadar Albumin sehingga mendukung diagnosis “*Disorder of plasma-protein metabolism, not elsewhere classified*” (E88.0) (WHO, 2010).

Contoh kasus lain adalah pasien datang dengan keluhan post kejang dirumah 2x, sampai RS sudah tidak sadarkan diri, nyeri kepala sudah 3 bulan yang lalu. Hasil pemeriksaan penunjang pasien menunjukkan leukosit 28.330/cmm hemoglobin 16.8 g/dl eritrosit 6,71 juta/ cmm hematokrit 56,5 % trombosit 259.000 / cmm eosinofil 15,5 % basofil 0,8 % neutrofil 33,5 % limfosit 44,8 % monosit 5,4 % MCV 84,2 fl MCH 25,0 pg MCHC 29,7 g/dl , FAAL HATI , SGOT (AST) 26,9 IU/L , SGPT (ALT) 33,4 IU/ L FAAL Gula darah sewaktu 106 mg/dl, Elektrolit : Natrium 146,8 Kalium 4,7 Chlorida 104,2. Dokter menuliskan diagnosis utama Epilepsy dengan diagnosis sekunder

DOC, Cephalgia chronic, Edema Cerebri, Septic Condition, Seizure. Tindakan yang diberikan adalah pemberian injeksi dan salah satu obat yang diberikan adalah diazepam dan terdapat indikasi untuk dirujuk. Koder memberikan kode pada kasus tersebut G40.9 R51 A41.9. Kemudian, setelah dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS klaim tersebut dikembalikan dengan keterangan, “indikasi rujuk? Diagnosis utama lebih spesifik “*Observation for other suspected disease and conditions*” dengan kode Z03.8”.

Koder mengkaji ulang dengan memeriksa kembali diagnosis pada berkas klaim. Koder tetap menggunakan kode yang sama dengan melihat hasil laboratorium, dari hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan menunjukkan leukosit 28.330/cmm, dan diagnosis utama lebih spesifik menggunakan diagnosis Epilepsy. Kemudian, klaim diajukan kembali pada bulan berikutnya dengan kode yang sama dengan menyertakan dokumen pendukung kode yaitu hasil pemeriksaan laboratorium dan bukti *screenshot* ICD-10 Volume 1 yang menunjukkan kode G40.9 dengan diagnosis yang tertera pada ICD 10 yaitu, “*Epilepsy, unspecified*”. Pengajuan klaim ini disetujui oleh verifikator BPJS tanpa merubah kode.

Berdasarkan hasil analisis yang

dilakukan peneliti, kode yang diberikan oleh koder sudah akurat dan sesuai. Hal tersebut ditunjukkan pada hasil pemeriksaan penunjang pasien yang menunjukkan bahwa hasil laboratorium Leukosit pasien cukup tinggi yaitu 28.330/cmm yang menunjukkan tanda-tanda adanya “*Septicaemia*” yang menjadi salah satu penyebab pasien mengalami kejang, dalam keadaan normal hasil Leukosit adalah 4.500 – 11.000 / cmm. Selain itu, pasien juga diberikan obat Epilepsy (Diazepam) untuk menangani kejang dan melemaskan otot yang kaku atau tegang dan diagnosis utama sesuai dengan anamnesa awal keluhan pasien saat datang ke RS, sehingga mendukung diagnosis “*Epilepsy, unspecified*” (G40.9).

Berdasarkan kasus-kasus tersebut dapat diketahui bahwa klaim yang dikembalikan oleh pihak verifikator BPJS dengan penyebab kodefikasi penyakit belum tentu tidak akurat. Petugas telah mengkode berdasarkan aturan kodefikasi sesuai dengan ICD-10 Revisi 2010 dan PMK 26 Tahun 2021. Selain itu, klaim yang dikembalikan dikarenakan kodefikasi dapat dipertahankan dan diajukan ulang dengan kode yang sama disertai dengan bukti- bukti pendukung yang dapat mendukung ditetapkan kode tersebut. PMK 26 Tahun 2021 juga menerangkan apabila dalam kondisi tertentu antara verifikasi BPJS

dan petugas koder tidak menemukan penyelesaian kesepakatan maka penyelesaiannya akan disepakati bersama antara Kementerian Kesehatan dengan BPJS Kesehatan (Kemenkes, 2021).

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan persentase ketidakakuratan kode diagnosis pada pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap sebanyak 22 berkas klaim (17%). Hasil analisis ketidakakuratan kode diagnosis pada pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap, menunjukkan 32% diajukan klaim ulang tanpa merubah kode diagnosis dan disertai dokumen pendukung, serta 68% diajukan klaim ulang dengan memperbaiki kode diagnosis. Koder harus lebih teliti dalam mengidentifikasi semua informasi medis sebelum melakukan kodefikasi penyakit, serta mengikuti kegiatan pelatihanpelatihan koding untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam menghasilkan kode yang akurat.

DAFTAR PUSTAKA

Amalia, R., Lestari, S., Ferdianto, A., Akbar, P. S., & Fardilan, N. (2023). *Determinan Pengembalian Berkas Klaim Berdasarkan Akurasi Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan Di RSI Sultan Agung Semarang*. *Jurnal Rekam Medis Dan*

- Informasi Kesehatan, 6(2), 98–104.
<https://doi.org/10.31983/Jrmik.V6i2.10633>
- Ardhitya, T., & Perry, A. (2015). *Faktor-Faktor Yang Melatar Belakang Penolakan Klaim BPJS Oleh Verifikator BPJS Di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015*. Jurnal Universitas Dian Nuswantoro, 12, 1–10.
http://eprints.dinus.ac.id/17385/1/jurnal_15985.pdf
- Artanto, A. (2018). *Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr . Kanujoso Djatiwibowo, Periode Januari - Maret 2016*. Jurnal ARSI, 4(2), 122–134.
<http://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2564>
- BPJS Kes., (2018). *Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*, 2018.
 Available:
<https://www.studocu.id/id/document/politeknik-kesehatan-kemenkes-tasikmalaya/medical-management/peraturan-bpjs-no-7-tahun-2018/35774672>
- Hatta, G.R., (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, 2nd ed.* Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press), 2013
- Indawati, L. (2019). Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim Bpjs Rawat Inap Di Rsup Fatmawati Tahun 2016. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, 7(2), 113.
<https://doi.org/10.33560/Jmiki.V7i2.230>
- Irmawati & Nadelia Nazillahtunnisa, (2019). *Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10 pada Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas*. Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Vol. 2, No.2,2019.
 DOI: <https://doi.org/10.31983/jrmik.v2i2.5359>
- Kemenkes RI., (2021). *Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan*
 Available: <chrome-extension://kdpelmjpfafjppnhbloffcjpeomlnpah/https://manuver.tireg7.net/wp-content/uploads/2022/08/Permenkes-26-Tahun-2021-PEDOMAN-INDONESIAN-CASE-BASE-GROUPS-INA-CBG.pdf>
- Kemenkes RI,(2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Rekam Medis (PMK Nomor 24 Tahun 2022)*, 2022, Jakarta. [Online].
 Available: www.peraturan.go.id
- Putri, Inneke Restu Ridhani, (2020). *Analysis Causative Factor of Inaccuracies Inpatient BPJS Claim Code in Quarterly IV of 2019 at Bhayangkara Hospital of Lumajang* (Skripsi), Jember: Rekam Medik, Kesehatan, Politeknik Negeri Jember, 2020.
- Rohman, H., Hariyono, W., & Ahmad Dahlan, U. (N.D.),(2017). *Kebijakan Pengisian Diagnosis Utama Dan Keakuratan Kode Diagnosis Pada Rekam Medis Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta*, 2017.
- WHO, (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision, 2010th ed., vol.1, 2, 3*. Malta: World Health Organization, 2010