

Differences INA-CBGs claims based on the completeness of medical records in case of emergency cesarean sectio first trimester of 2013 in RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo.

Uswatun Hasanah<sup>1)</sup>, Eni Mahawati<sup>2)</sup>, Dyah Ernawati<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Alumni Fakultas Kesehatan, UDINUS

<sup>2)</sup> Dosen Fakultas Kesehatan, UDINUS

---

**Abstract**

INA-CBGs is a software system that is used in the payment of claims jamkesmas, financing scheme used is casemix so the main concern is the mix of cases, primary diagnosis and principal procedure which is used to calculate the service charge. Evaluation based on a preliminary studi in RSUD KRT. Setjonegoro in January 2013 in the case of emergency cesarean sectio there are differences in the number of claims (4,08%) and the severity level (34,92%) based on the completeness of medical records.

This research method using analytic evaluative approach to the total sample of 126 medical records document. Primary data were collected by tracking and reviewing medical records to document patient health card with cesarean section case and make observations using the implementation guidelines (manlak), INA-CBGs software applications, ICD 10 and ICD 9 CM and incompleteness of data recording medical record documents.

Based on the results study found 45% of medical record documents for the case of incomplete sc (history of the disease the patient, operator signature operations, the results of the consultation, investigation reports, secondary diagnosis and signature DPJP) where it affects the amount of a claim based on medical resume stuffing and obtained different result number (6,34% or 23.988.179,00) and severity level (31,75%) when evaluated using medical records.

Results for different statistical tests using wilcoxon claims known to have different levels of severity and the amount of the claim amount before and after the medical record data comes equipped medical record data using the p value (0,000) and  $\alpha$  (0,05%). The factors that lead to differences in the amount of the claims; accuracy coder p value ( 0,000), secondary diagnosis completeness (0,000), software INA-CBGs (0,053) and the procedure entry (0,053). Suggestions for improvement are: PJSN team engage in training on the INA-CBGs software, outreach to doctors and paramedics on the completeness of clinical data as the basis of pattern of INA-CBGs claims, making provisions governing SOP coder must review the document when medical records especially for cases with different claims that are too high and provide input the National Casemix Centre (NCC) on some cases to improve software INA-CBGs.

Keywords : Software INA-CBGs, claims jamkesmas, sectio caesarea  
Literature : 30 Books, 1992-2013

## **PENDAHULUAN**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) KRT. Setjonegoro Kabupaten Wonosobo adalah rumah sakit tipe C dan telah menjalankan program jamkesmas berdasarkan Permenkes nomor 125/MENKES/III/2008 sebagai landasan dalam perhitungan biaya klaim pasien jamkesmas yang menyatakan bahwa mulai tanggal 1 Januari 2008 diberlakukan system pembayaran klaim pasien peserta jamkesmas menggunakan paket *INA-CBGs*. Dalam paket *INA-CBGs* skema pembiayaan yang digunakan adalah *casemix* karena dalam *casemix* yang menjadi perhatian utama adalah bauran kasus, yaitu apakah diagnosis utama yang ditegakkan pada pasien serta komplikasi apa yang mungkin terjadi akibat diagnosis utama tersebut. Diagnosis utama itulah yang menjadi acuan untuk menghitung biaya pelayanan.<sup>(1)</sup> Untuk diketahui bahwa dalam penentuan tarif klaim jamkesmas itu didasarkan atas diagnosa akhir dan tindakan/ prosedur medis terhadap pasien yang nantinya oleh petugas rumah sakit *dientry* dalam *software INA-CBGs* dan keluar dalam bentuk *grouping/* kelompok kasus dan *SL-nya* yang menentukan tarif klaim yang dibayarkan. Oleh karena diagnosa akhir serta komplikasi yang *dientry* sebagai penentu dari besarnya klaim harus mewakili dari segala biaya yang dikeluarkan rumah sakit dalam menangani pasien sehingga data dalam rekam medis harus benar- benar akurat jangan sampai karena ketidaktepatan dalam pencatatan mengakibatkan kerugian yang fatal bagi rumah sakit. Berdasarkan hal- hal tersebut di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang perbedaan tarif klaim *INA-CBGs* berdasarkan kelengkapan data rekam medis pada kasus *sectio cesarean (sc)* di RSUD KRT. Setjonegoro Kabupaten Wonosobo.

## **METODE PENELITIAN**

Desain penelitian menggunakan metode pendekatan *evaluatif analitik* dengan menggunakan sampel penelitian sama dengan jumlah populasi yaitu sejumlah dokumen rekam medis untuk kasus melahirkan dengan tindakan sc yang menggunakan asuransi jamkesmas selama trimester I tahun 2013 dan memenuhi kriteria *inklusi* dan *eksklusi*. Data primer dikumpulkan dengan menelusuri dan menelaah dokumen rekam medis untuk pasien Jamkesmas

pada kasus sc dan melakukan pengamatan (observasi) dengan menggunakan data pelaporan Jamkesmas, Buku Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas (Manlak), aplikasi *software casemix INA-CBGs*, buku *ICD 10* dan *ICD 9 CM*, dan data ketidaklengkapan pencatatan dokumen rekam medis. Data sekunder dikumpulkan dengan mewawancarai beberapa informan sebagai pelengkap informasi. Dalam penelitian ini sasarannya adalah seluruh anggota populasi/ kasus sc pada trimester I tahun 2013 sebanyak 126 kasus. Sedangkan sebagai sumber pelengkap informasi dalam penelitian ini dipilih secara *purposive* beberapa informan yang dianggap mewakili dan kompeten terhadap bidangnya.

## 1. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### a. Hasil penelitian

Tabel 3.1  
Angka ketidaklengkapan pencatatan catatan medis (KLPCM)  
kasus SC trimester I tahun 2013

Jenis formulir	Lengkap		Tidak lengkap		Total		keterangan
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	
pendaftaran	0	0	126	100	126	100	Nama keluarga, pendidikan, suku bangsa, tempat bekerja, nama ayah/ibu, jam keluar, komplikasi, anestesi, tanda tangan dokter yang merawat
Riwayat kepenyakitan	0	0	126	100	126	100	Tidak ada formulir
Riwayat pemeriksaan fisik	0	0	126	100	126	100	Rr, bb, tb
Observasi klinis	126	100	0	0	126	100	
Perintah dokter	126	100	0	0	126	100	

Lanjut ke halaman selanjutnya.....

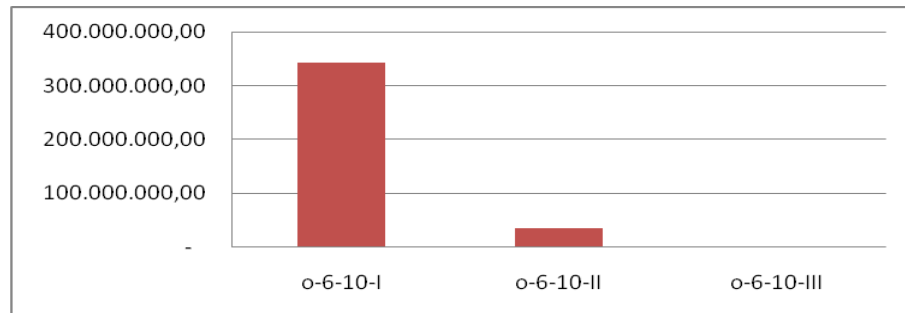
Tabel 3.1 (lanjutan)  
 Angka ketidaklengkapan pencatatan catatan medis (KLPCM)  
 kasus SC trimester I tahun 2013

Jenis formulir	Lengkap		Tidak lengkap		Total		keterangan
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	
Laporan prosedur diagnostik dan terapeutik	0	0	126	100	126	100	Laporan operasi dan anestesi tidak ada tanda tangan dokter yg menangani
Laporan konsultasi	60	48	66	52	126	100	Laporan konsultasi tidak ditulis di form dokter
Resume medis	0	0	126	100	126	100	Tanda tangan dokter yang menangani, hasil pemeriksaan penunjang, diagnosa sekunder
Instruksi untuk pasien	126	100	0	0	126	100	
Izin, otorisasi (pemberian hak kuasa) dan pernyataan	126	100	0	0	126	100	
Total	564	45%	696	55%	1260	100%	

Berdasarkan tabel 3.1 menunjukkan bahwa angka ketidaklengkapan pencatatan medis masih tinggi sebesar 55%, dimana untuk informasi medis yang berkesinambungan dibutuhkan kelengkapan pencatatan, semakin lengkap tenaga kesehatan memberikan data tindak lanjut dalam pelayanan kesehatan berarti semakin banyak pemanfaatan kelengkapan informasi oleh tenaga kesehatan,<sup>(8)</sup> berarti pula kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan semakin dapat dibuktikan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan terkait. Keterkaitan dengan hasil yang akurat dalam rekam medis seperti diabstraksikan dalam resume medis digunakan sebagai data bagi rumah sakit untuk *reimbursement* dengan pihak asuransi (jamkesmas) untuk kasus sc terdapat 100% resume medisnya tidak lengkap.

### Besaran Klaim Berdasarkan Isian Resume Medis

Grafik 3.1  
Besaran klaim jamkesmas kasus sc berdasarkan isian resume medis  
trimester I tahun 2013



Berdasarkan grafik 3.1 menggambarkan bahwa besaran klaim jamkesmas selama trimester I tahun 2013 sejumlah Rp. 378.192.939,00 yang terbagi dalam dua derajat keparahan yaitu SL1 sebanyak Rp. 341.888.330,00 atau 90.40% dari total klaim untuk kasus sc.

### Besaran Klaim Berdasarkan Data Rekam Medis

Tabel 3.2  
Besaran klaim berdasarkan data rekam medis kasus sc  
trimester I tahun 2013

Bulan	Tarif INA-CBGs	Jumlah	Tarif setelah dilengkapi	Selisih tarif INA-CBGs dg tarif setelah dilengkapi	%	Keterangan
Januari	122.873.053,00	41	127.882.007,00	5.008.954,00	4,08%	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Naik dari SL1 ke SL2 ada 12 DRM</li> <li>▪ Naik dari SL1 ke SL3 ada 1 DRM</li> </ul>
Februari	117.254.646,00	39	122.687.876,00	5.433.230,00	4,63%	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Naik dari SL1 ke SL2 ada 10 DRM</li> <li>▪ Naik dari SL1 ke SL3 ada 2 DRM</li> </ul>

Lanjut ke halaman selanjutnya.....

Tabel 3.2 (lanjutan)  
Besaran klaim berdasarkan data rekam medis kasus sc  
trimester I tahun 2013

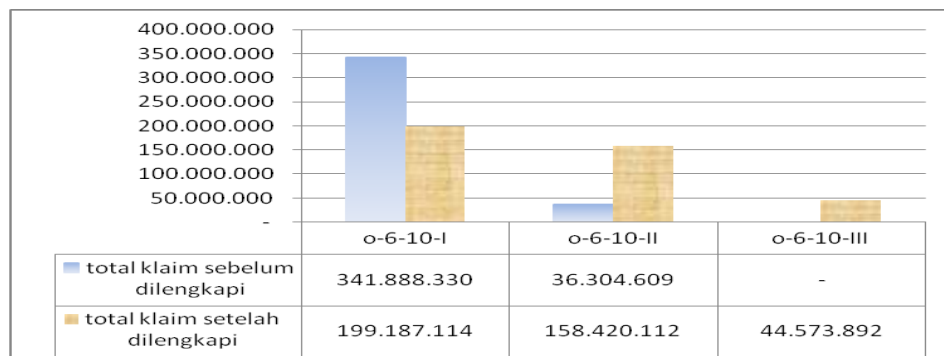
Bulan	Tarif INA-CBGs	Jumlah	Tarif setelah dilengkapi	Selisih tarif INA-CBGs dg tarif setelah dilengkapi	%	Keterangan
Maret	138.065.240,00	46	151.611.235,00	13.545.995,00	9,81%	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Naik dari SL1 ke SL2 ada 15 DRM</li> <li>▪ Naik dari SL 1 ke SL3 ada 8 DRM</li> <li>▪ Naik dari SL1 ke SL2 ada 37 DRM</li> </ul>
Trimester I	378.192.939,00	126	402.181.118,00	23.988.179,00	6,34%	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Naik dari SL1 ke SL3 ada 11 DRM</li> </ul>

Sumber: data primer rekapitulasi klaim jamkesmas trimester I tahun 2013.

Berdasarkan tabel 3.2 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan 6,34% atau Rp. 23.988.179,00 dari data resume medis apabila dibandingkan dengan data yang telah dilengkapi dari rekam medis. Sedangkan untuk data dalam rekam medisnya terkoreksi SL 40 dokumen rekam medis atau sebesar 32%.

### Perbandingan Besaran Klaim Berdasarkan Isian Resume Medis dan Data Rekam Medis

Grafik 3.2  
Rasio klaim jamkesmas dalam rupiah berdasarkan resume medis dan data rekam medis trimester I tahun 2013



Berdasarkan gambar dalam grafik 3.2 menunjukkan bahwa untuk SL1 terdapat penurunan sebesar Rp. 142.701.216,00 dibandingkan dengan data sebelum dilengkapi. Untuk SL2 terdapat perbedaan sebesar Rp. 122.155.503,00 atau naik 23,02% sedangkan untuk SL3 terkoreksi sebesar Rp. 44.573.892,00 dari data yang belum dilengkapi.

### Faktor- Faktor yang Menimbulkan Perbedaan Besaran Klaim

Hasil penelitian yang telah dilakukan untuk sampel sebanyak 126 DRM didapatkan beberapa kasus dalam diagnosis yang telah teridentifikasi yang mengakibatkan naiknya SL baik itu dari SL1 ke SL2 ataupun SL1 ke SL3 antara lain:

1. Naik dari SL1 ke SL2

Tabel 3.3  
Kasus sc dengan *severity level* (SL2) trimester I 2013

Diagnosa utama		Diagnosa sekunder		Prosedur medis		Keterangan DRM
Diagnosa	ICD 10	Diagnosa	ICD 10	Prosedur	ICD 9 CM	
SC emergency	O82.1	KPD>24 jam	O42.1	Low cervical cesarean section	74.1	560153, 562956,
SC emergency	O82.1	Acut post hemorrhagic anemia	O99.0 D62	Low cervical cesarean section Transfusi	74.1 99.04	561045, 551664, 560868, 560526, 551115, 560360, 550732, 549959, 539760, 562579, 551386, 562516, 562319, 552777, 562214, 561998, 561910, 551728, 551918, 562831, 563385, 563397, 563672, 553273, 563457, 563073, 562755, 564107, 551316, 562620, 364613, 563023, 563642,
SC emergency	O82.1	Prematurity delivery	O60	Low cervical cesarean section	74.1	560819, 560094,

Sumber: Data primer hasil *grouping software* INA-CBGs tahun 2013

Berdasarkan tabel 3.3 menggambarkan bahwa apabila diagnosa primer sc dilengkapi dengan diagnosa sekunder ketuban pecah dini

(KPD) lebih dari 24 jam, anemia dengan keterangan setelah perdarahan, dan lahir prematur (kondisi melahirkan sebelum masa melahirkan/ <36 minggu) akan menyebabkan SL naik dari SL1 menjadi SL2.

2. Naik dari SL1 ke SL3

Tabel 3.4  
Kasus sc dengan *severity level* (SL3) trimester I 2013

Diagnosa utama		Diagnosa sekunder		Prosedur medis		Keterangan DRM	
Diagnosa	ICD 10	Diagnosa	ICD 10	Prosedur	ICD 9 CM		
SC emergency	O82.1	Supervision of other high risk pregnancies	Z35.8	Low cervical cesarean section	74.1	550624, 561630, 563582, 564093, 563145,	561700, 563084, 563691, 563709, 553283
				ICU			
SC emergency	O82.1	ARF	O90.4	Low cervical cesarean section	74.1	563537	
		Leukopenia	O99.1				
			D72.9	ICU			

Sumber: data primer hasil grouping software INA-CBGs tahun 2013

Berdasarkan tabel 3.4 menunjukkan bahwa dengan diagnosa primer sc apabila dilengkapi dengan diagnosa sekunder resiko tinggi yang memerlukan perawatan intensif di ICU, kasus *acute renal failure* (ARF/ gagal ginjal sewaktu) dan *leukopenia* atau gangguan dalam sel darah putih menyebabkan hasil *grouping* menjadi SL3.

**Faktor- faktor yang mempengaruhi perbedaan besaran klaim**

1. Ketelitian koder

Hasil wawancara mendalam tentang sumber daya manusia untuk penerapan *INA-CBGs* diketahui bahwa tenaga yang ada belum memadai secara kuantitas dan kualitas. Selain itu ketelitian dan kecermatan petugas koding dalam mengartikan diagnosa dan istilah-istilah medis dokter ke dalam bahasa klasifikasi internasional (*ICD 10*) yang nantinya menghasilkan kode penyakit dan kode tindakan (*ICD 9 CM*). Petugas koding juga harus mempunyai kompetensi dalam mereseleksi diagnosa sesuai urutan sebab pokok penyakit dimana hal ini membutuhkan juga pengalaman yang cukup lama. Berdasarkan uji



statistik *chi square* diketahui bahwa ada hubungan antara faktor sumber daya tenaga (ketelitian koder) dan klaim jamkesmas dengan *p value* sebesar (0,000).

2. Prosedur *entry*

Dalam proses *entry* ke sistem *INA- CBGs* didapatkan beberapa kasus dimana apabila dilakukan penambahan diagnosa sekunder yang ditemui dalam berkas rekam medis pasien yang bersangkutan tetapi tidak terekam dalam resume medis mengakibatkan peningkatan SL. Berdasarkan uji *chi square* diketahui tidak ada hubungan antara prosedur *entry* dengan klaim *INA-CBGs* dengan *p value* sebesar (0,053).

3. Kelengkapan diagnosa sekunder

Beberapa kasus ditemukan untuk laporan konsultasi dengan bagian spesialisasi lain juga tidak diabstraksikan dalam resume medis padahal apabila hal tersebut dimasukkan akan meningkatkan SL. Berdasarkan uji *chi square* diketahui bahwa ada hubungan antara material (kelengkapan diagnosa sekunder) dan klaim *INA-CBGs* dengan *p value* sebesar (0,000).

4. *Software INA-CBGs*

Untuk kasus- kasus tertentu *logic* dalam *software* versi 3.1 ini juga nantinya perlu dilakukan revisi seperti untuk kasus- kasus dibawah ini:

Tabel 3.5  
*Logic* kasus dalam *INA-CBGs* yang memerlukan penyempurnaan

Diagnosa		prosedur		<i>grouping</i>
primer	sekunder	primer	sekunder	
<i>Sc emergency</i>	<i>Rupture uteri</i>	<i>Lower uterin segment sc</i>	<i>Repair of uterus and supporting structure</i>	o-6-10-1
<i>Sc emergency</i>	<i>Atonia uteri</i>	<i>Lower uterin segment sc</i>	<i>Hysterektomy</i>	o-6-10-1
<i>Multiple emergency</i>	<i>sc Obstructed labour</i>	<i>Lower uterin segment sc</i>	-	o-6-10-1

Lanjut ke halaman selanjutnya.....

Tabel 3.5 (lanjutan)  
*Logic* kasus dalam *INA-CBGs* yang memerlukan penyempurnaan

Diagnosa		prosedur		<i>grouping</i>
primer	sekunder	primer	sekunder	
<i>Sc emergency</i>	<i>Sterilisasi</i>	<i>Lower uterin segment sc</i>	<i>Poomeroy operations</i>	o-6-10-1
<i>Sc emergency</i>	<i>Pre eklamsia berat</i>	<i>Lower uterin segment sc</i>	-	o-6-10-1
<i>Sc emergency</i>	<i>Female pelvic peritoneal adhesions</i>	<i>Lower uterin segment sc</i>	<i>Laparascopy of peritoneal adhesions</i>	o-6-10-1
<i>Sc emergency</i>	<i>Eklamsia in labour</i>	<i>Lower uterin segment sc</i>	-	0-6-10-1

Sumber: data primer simulasi *grouping* menggunakan *software INA-CBGs 3.1*

Berdasarkan uji chi square diketahui untuk *software INA-CBGs* yang sesuai *logic* akan menyebabkan *severity level* yang berbeda (63,4%) dibandingkan dengan yang tidak sesuai *logic*.

#### Uji statistik beda klaim

Berdasarkan uji statistik *Wilcoxon* yang telah dilakukan diketahui bahwa ada beda jumlah SL dan jumlah klaim sebelum dilengkapi dan setelah dilengkapi dengan *p value* (0,000)

#### b. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap kelengkapan penulisan pencatatan rekam medis selama trimester I tahun 2013 untuk kasus *sc* ditemukan sejumlah 45% dari 126 dokumen rekam medis tidak lengkap, dimana data yang tidak lengkap paling banyak terdapat dalam lembar laporan operasi dan anestesi (100%) dan ringkasan masuk dan keluar (100%). Sedangkan penulisan yang tidak lengkap pada laporan operasi dan ringkasan keluar yaitu belum adanya tanda tangan dokter yang menangani (DPJP), selain itu juga untuk form dalam resume medis ditemukan beberapa isian yang kurang lengkap terutama untuk kondisi lain/ diagnosa sekunder dan hasil- hasil pemeriksaan penunjang, kurang spesifiknya penulisan apabila dibandingkan dalam rekam medis pasien. Semua pencatatan harus

ditandatangani oleh dokter/ tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terang serta diberi tanggal, pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditandatangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter pembimbing, catatan yang dibuat oleh residen harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.<sup>(2)</sup> Dalam pelaksanaan proses *grouping* di RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo data didapatkan dari dokumen rekam medis yang telah dituliskan resumennya oleh ruangan rawat inap (bangsal *obsgyn*) dan koder yang merupakan bagian dari tim PJSN menuliskan kode *ICD 10* dan *ICD 9 CM*. Untuk beberapa kasus yang menimbulkan beda terlalu besar antara tarif riil dan tarif *INA-CBGs* maka koder melihat kembali isian dalam data rekam medis pasien. Informasi yang terdapat dalam ringkasan riwayat pulang (*resume* atau *discharge summary*) merupakan ringkasan dari seluruh masa perawatan dan pengobatan pasien sebagaimana yang telah diupayakan oleh para tenaga kesehatan dan pihak terkait. Lembar ini harus ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien.<sup>(3)</sup> Sebagaimana diketahui angka ketidaklengkapan pencatatan medis yang masih tinggi (45%) merupakan suatu tantangan tersendiri yang mendesak untuk diselesaikan karena menimbulkan hambatan bagi koder dalam mengartikan dan membuat kesimpulan dari rangkaian diagnosa yang dituliskan oleh dokter. Dari sampel sejumlah 126 pasien ditemukan ada beberapa diagnosis yang menyebabkan naiknya SL diantaranya yaitu pada kasus sc dengan KPD >24 jam hal ini dikarenakan bahwa periode laten merupakan waktu antara ketuban pecah hingga muncul tanda- tanda *inpartu*. Ada hubungan yang signifikan antara lama periode laten ketuban pecah dini pada kehamilan aterm terhadap nilai *APGAR* pada persalinan ( $p < 0.001$ ).<sup>(4)</sup> Pada kasus persalinan sc yang belum masanya atau *preterm* dapat meningkat menjadi SL2 dikarenakan ibu yang mengalami persalinan *preterm* dalam usia kehamilan 34-36 minggu lebih beresiko untuk melahirkan bayi dengan resiko *asfiksia*, berat bayi lahir rendah dan infeksi *neonatorum*.<sup>(5)</sup> Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar hemoglobin 10,5% pada trimester II (Depkes RI, 2009). Dalam software *INA-CBGs* untuk kasus anemia dalam kehamilan sebagai diagnosa sekunder dari sc termasuk SL2 atau dapat memperberat kondisi dari sc-nya.

Untuk kasus sc dengan *leukopenia* dapat naik menjadi SL3 dikarenakan *leukopenia* sebagai faktor yang berisiko tinggi dalam kehamilan. Leukopenia adalah suatu keadaan berkurangnya jumlah leukosit dalam darah, yaitu kurang dari atau sama dengan 5000/mm (Dorland, 1994).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan terdapat beberapa faktor yang menimbulkan perbedaan antara hasil dari resume medis dan data rekam medis diantaranya adalah sebagai berikut:

#### 1. Ketelitian koder

Ketelitian dan kecermatan petugas koding dalam mengartikan diagnosa dan istilah- istilah medis dokter ke dalam bahasa klasifikasi internasional (*ICD 10*) yang nantinya menghasilkan kode penyakit dan kode tindakan (*ICD 9 CM*). Petugas koding juga harus mempunyai kompetensi dalam mereseleksi diagnosa sesuai urutan sebab pokok penyakit dimana hal ini membutuhkan juga pengalaman yang cukup lama. Disamping itu belum adanya standar prosedur operasional (SPO) yang mengatur kapan koder harus mereview dokumen rekam medis terutama untuk kasus- kasus dengan kerugian klaim yang cukup tinggi dimana hal ini diperlukan bagi koder sebagai acuan dalam melakukan kegiatan pengkodean.. Berdasarkan uji statistik *Chi square* yang dilakukan diketahui ada hubungan antara faktor ketelitian koder dan klaim *INA-CBGs* dengan *p value* sebesar (0,000). Dikarenakan faktor pentingnya manusia ini maka diharapkan bagi pihak manajemen rs untuk mengikutsertakan koder dalam pelatihan- pelatihan agar selalu terasah pengetahuan dan ketrampilannya.

#### 2. *Prosedur entry*

Data rekam medis dalam hal ini sebagai sarana bagi koder untuk menghasilkan kode sesuai dengan *ICD 10*. Dari sampel sejumlah 126 kasus untuk data sekunder dan hasil- hasil pemeriksaan penunjang seluruhnya tidak dicantumkan dalam *resume medis* dimana hal ini mengakibatkan kesulitan bagi koder untuk mencari kode yang pas sehingga kode yang dihasilkan seringkali *unspecified* padahal apabila ditelaah dalam rekam medis telah tercatat kondisi- kondisi yang relevan dengan *ICD 10*. Beberapa kasus ditemukan untuk laporan konsultasi dengan bagian spesialisasi lain juga tidak diabstraksikan dalam resume

medis padahal apabila hal tersebut dimasukkan akan meningkatkan klaim.

### 3. *Software INA-CBGs*

Mesin digunakan untuk memberi kemudahan atau menghasilkan keuntungan yang lebih besar serta menciptakan efisiensi kerja.<sup>(6)</sup> Untuk saat ini *software* yang digunakan dalam proses klaim menggunakan *INA-CBGs* versi 3.1 yang mengalami beberapa penyempurnaan dari versi sebelumnya dimana telah dilakukan update tarif yang berlaku, pembentukan *special groups* untuk kasus khusus dan pengelompokan tarif yang lebih proporsional. Pada beberapa kasus selama trimester 1 tahun 2013 ditemukan kejanggalan diluar *logic* alami data klinis dimana untuk kasus- kasus dengan komplikasi dianggap sebagai SL yang sama dengan kasus tanpa komplikasi. Hal ini nantinya dapat menjadi masukan bagi pembuat *software* dalam melakukan penyempurnaan-penyempurnaan *logic INA-CBGs*.

### 4. Kelengkapan diagnosa sekunder

Beberapa kasus ditemukan untuk laporan konsultasi dengan bagian spesialisasi lain juga tidak diabstraksikan dalam resume medis padahal apabila hal tersebut dimasukkan akan meningkatkan SL. Berdasarkan uji statistik *chi square* yang dilakukan diketahui ada hubungan antara kelengkapan diagnosa sekunder dan klaim *INA-CBGs* dengan *p value* sebesar (0,000).

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### a. Simpulan

- 1) Besaran klaim berdasarkan resume medis kasus sc trimester I tahun 2013 sebesar Rp. 378.192.939,00.
- 2) Besaran klaim berdasarkan data rekam medis kasus sc trimester I tahun 2013 sebesar Rp. 402.181.118,00.
- 3) Perbandingan besaran klaim berdasarkan isian resume medis dan data rekam medis Rp. 23.988.179 dan terdapat 40 DRM yang terkoreksi dari 126 DRM. Hasil uji statistik untuk beda klaim menggunakan *Wilcoxon* diketahui ada beda jumlah SL dan jumlah

klaim sebelum data rekam medis dilengkapi dan setelah dilengkapi data rekam medisnya dengan *p value* sebesar (0,000) dan  $\alpha$  (0,05%).

- 4) Faktor – faktor yang menimbulkan perbedaan besaran klaim
  - a. Ketelitian koder  
Ada hubungan antara ketelitian koder dan klaim *INA-CBGs* dengan *p value* sebesar (0,000).
  - b. Kelengkapan diagnosa sekunder  
Ada hubungan antara kelengkapan diagnosa sekunder dan klaim *INA-CBGs* dengan *p value* sebesar (0,000).
  - c. *Software INA-CBGs*  
Tidak ada hubungan antara *software INA-CBGs* dan klaim *INA-CBGs* dengan *p value* sebesar (0,053).
  - d. Prosedur entry  
Tidak ada hubungan antara prosedur entry dan klaim jamkesmas dengan *p value* sebesar (0,053).
- b. Saran
  - 1) Mengikutsertakan tim PJSN dalam pelatihan- pelatihan tentang *software INA-CBGs*.
  - 2) Sosialisasi kepada dokter dan paramedis tentang kelengkapan data klinis sebagai dasar dalam pola klaim *INA-CBGs*.
  - 3) Pembuatan SPO yang mengatur ketentuan kapan koder harus mereview DRM terutama untuk kasus dengan beda klaim yang terlalu tinggi.
  - 4) Memberi masukan kepada tim *National Casemix Centre (NCC)* mengenai beberapa kasus untuk penyempurnaan *software INA-CBGs*.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Thabrany, Hasbullah. *Sistem Pembiayaan dan Pembayaran Pelayanan Kesehatan*. Dalam: Gemala R Hatta. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. 2008.
2. Hatta, Gemala. *Analisa Kuantitatif dan Kualitatif dalam Rekam Kesehatan Kertas Maupun Elektronik*. Dalam: Gemala R Hatta. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. 2008.

3. Firmanda, Dody. *Mutu Layanan Medis dengan Kepastian Biaya*. [Http://xa.yimg.com](http://xa.yimg.com). Diakses tgl 16 Maret 2013.
4. Shevany, Meisha Amanda. *Hubungan Antara Lamanya Periode Laten Ketuban Pecah Dini Pada Kehamilan Aterm Dengan Nilai APGAR Pada Persalinan PerVaginam di RSUD Bhakti Yudha Depok*. Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta. 2011
5. Kusumawati, Yuli. *Faktor- faktor Yang Berpengaruh Terhadap Persalinan Dengan Tindakan*. Universitas Diponegoro Semarang. 2006
6. Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan , Edisi Kedua*. PT. Bina Rupa Aksara. Jakarta. 1996