

**ACCURACY ANALYSIS OF PRIMARY DIAGNOSIS CODE BASED ON PATIENTS
BPJS CAUSE UNVERIFIED IN PERMATA HOSPITAL MEDIKA SEMARANG
MONTH JANUARY 2014**

Dyah Nur Hidayah, Dyah Ernawati, S.Kep.Ns,M.kes

Email : dyahkitty28@gmail.com

Permata Medika Hospital Semarang is a Type C hospitals, that has been used as guidelines ICD-10 for coding. From the results of the initial survey using interviews with officers obtained information that the code is not accurate because disagreements between officers hospital with officers BPJS, many claims were not verified because that disagreements resulting workloads can result in the concentration of officers to be disturbed. The purpose of this research to determine the accuracy of the patient's primary diagnosis code BPJS not verified Permata Medika Hospital Semarang.

This research use observational method with cross sectional approach and type of analytical research, while the population of the study were 102 inpatient medical record file Januari 2014 to obtain a sample of 50 files that are retrieved by using a random sample of sampling techniques.

The result of observations the accuracy of primary diagnosis code on the disease as much as 66% inpatient medical record documents, while the unaccuracy of primary diagnosis code on the disease as much as 34% inpatient medical record documents.

Conclusion is obtained that is, to get the accuracy of disease code, do not only influenced by writing diagnosed just specific especial, but influenced also by correctness of officer coding and officers BPJS and other factors that affect. Therefore hospital coding personnel and officers BPJS should active in seeking information if it finds that the primary diagnosis is not specific as well as a need to increase the competence of personnel in coding the determination of code-related training.

Keywords: Accuracy of the disease code, the claim is not verified, BPJS

PENDAHULUAN

Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) adalah sebuah program jaminan kesehatan untuk warga Indonesia yang memberikan perlindungan sosial dibidang kesehatan untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh pemerintah agar kebutuhan dasar kesehatannya yang layak dapat terpenuhi. Program ini dijalankan oleh Departemen Kesehatan sejak tahun 2006. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) diselenggarakan berdasarkan konsep asuransi sosial.^[1]

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia menurut Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011. Sesuai Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS merupakan badan hukum nirlaba.

Berdasarkan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS akan menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia yaitu lembaga asuransi jaminan kesehatan PT Askes Indonesia menjadi

BPJS Kesehatan dan lembaga jaminan sosial ketenaga kerjaan PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan.^[2] Pada jamkesmas, klaim pembayarannya langsung diserahkan ke pemerintah, kemudian dana akan diganti oleh pemerintah. Terdapat 3 (tiga) kuota pada jamkesmas untuk proses verifikasi, yaitu jamkesmas (kemenkes), jamsostek (propinsi), dan jamkesmaskot (kota).

Pada BPJS, klaim pembayarannya tidak ke pemerintah tetapi diserahkan ke pihak BPJS kemudian akan terverifikasi oleh verifikator BPJS. Apabila pihak verifikator BPJS menyetujui maka dana akan diganti oleh pihak BPJS, tetapi jika pihak verifikator BPJS tidak menyetujui, maka klaim akan dikembalikan ke pihak Rumah Sakit.

Permasalahan yang sering terjadi pada Jamkesmas adalah dananya tergantung pada APBD, jika APBD menurun maka kepesertaan Jamkesmas juga menurun. Sedangkan permasalahan yang sering terjadi pada BPJS adalah adanya keterbatasan LOS, obat yang bisa diganti oleh pihak BPJS hanya obat generik saja, rujukan pasien yang pertama dari Puskesmas, kemudian ke Rumah Sakit tipe A, B, baru bisa ke tipe C. Sering terjadi perbedaan pendapat mengenai klaim

verifikasi koding antara BPJS dan pihak Rumah Sakit, pihak BPJS berpikiran *under cost* (biaya yang dikeluarkan seminimal mungkin), sedangkan pihak Rumah Sakit berpikiran *up cost* (biaya yang diterima setinggi mungkin). Asuransi Jamkesmas memberi biaya untuk masyarakat miskin, sedangkan BPJS hanya sebagai regulator atau pengawas.

Survei awal di Rumah Sakit Permata Medika, pada verifikasi koding BPJS telah diambil sampel sebanyak 10 DRM, dan ditemukan 80% DRM yang tidak sesuai dengan verifikator dari BPJS, dan 20% DRM yang lain telah sesuai dengan verifikator BPJS. Data yang tidak sesuai yaitu kode diagnosa yang tidak akurat dan spesifik, sehingga dari pihak BPJS mengembalikan data tersebut untuk dikaji ulang.

Dampak yang terjadi jika tidak sesuai dengan verifikator BPJS adalah data tidak akan terverifikasi oleh pihak BPJS dan akan dikembalikan untuk dikaji ulang. Sehingga memperlama proses pengajuan klaim.

INA-CBG merupakan sebuah singkatan dari *Indonesia Case Base Groups* yaitu sebuah aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah. Menurut kepala Dinas kesehatan DKI

Jakarta, Dien Emmawati, INA-CBG merupakan sistem pembayaran dengan sistem "paket", berdasarkan penyakit yang diderita pasien.

Pada program INA-CBG's yang ditetapkan pada pasien Jamkesmas, semenjak tahun 2014 nama Jamkesmas diganti menjadi BPJS. BPJS juga menerapkan program INA CBG's dalam pengajuan klaimnya. BPJS menjadi pihak pembayar asuransi lainnya seperti Jamkesmas, Jamsostek, dan AKSES. Dengan berlakunya sistem BPJS, peneliti berminat meneliti tentang keakurasian kode diagnosa utama pada pasien BPJS.

TUJUAN PENELITIAN

Mengetahui keakurasian kode diagnosa utama pada pasien BPJS yang tidak terverifikasi di Rumah Sakit Permata Medika Semarang Periode 2014.

Tujuan khusus

- a. Mengetahui jumlah pasien BPJS rawat inap
- b. Mengetahui prosedur koding dan verifikasi program INA-CBG's pada BPJS
- c. Mengetahui hasil verifikasi koding oleh verifikator BPJS dan jumlah pasien yang terverifikasi dan tidak terverifikasi

- d. Mengetahui diagnosa utama pasien BPJS, kode diagnosa utama petugas koding Rumah Sakit, dan kode diagnosa utama pasien BPJS oleh petugas BPJS
- e. Menganalisis keakuratan kode diagnosa utama dan mengetahui persentase kode akurat dan tidak akurat

METODOLOGI PENELITIAN

Praktik dokter dalam pengisian kode penyakit dan diagnosa penyakit pada dokumen rekam medis pasien dan data pendukungnya dengan checklist.

JENIS PENELITIAN DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah observasional, yaitu melakukan penelitian terhadap obyek penelitian secara langsung untuk memperoleh gambaran hasil sesuai dengan keadaan dilapangan. Metode yang digunakan adalah wawancara dan observasi dengan pendekatan cross sectional yaitu pengumpulan data variabel dilakukan pada saat bersamaan.

POPULASI DAN SAMPEL

Populasi pada penelitian ini adalah dokumen rekam medis rawat inap pada bulan Januari. Jumlah pasien BPJS pada bulan Januari adalah 229 pasien, yang tidak terverifikasi dan dikembalikan oleh BPJS sejumlah 203 DRM. Dari 203 DRM tersebut ada yang dikembalikan karena faktor kode penyakit dan faktor yang lain. Untuk kode penyakit dan diagnosa penyakit didapatkan populasi sebesar 102 DRM.

PEMBAHASAN

1. Prosedur koding dan verifikasi program INA-CBG's
 - a. Pemeriksaan berkas, yaitu pemeriksaan meliputi kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang diajukan.
 - a) SEP (surat eligibilitas peserta)
 - b) Resume medis
 - c) Pemeriksaan kode diagnosa pasien, prosedur yang dilakukan
 - d) Pemeriksaan biaya pelayanan kesehatan atas kode diagnosa dan prosedur

- b. Melakukan konfirmasi
 - a) Konfirmasi administrasi pelayanan
 - b) Konfirmasi administrasi klaim lain
2. Hasil verifikasi koding oleh verifikastor BPJS dan jumlah pasien yang tidak terverifikasi
Jumlah pasien BPJS pada bulan Januari adalah 229 pasien, yang tidak terverifikasi dan dikembalikan oleh BPJS sejumlah 203 DRM. Dari 203 DRM tersebut ada yang dikembalikan karena faktor kode penyakit dan faktor yang lain. Untuk kode penyakit dan diagnosa penyakit didapatkan populasi sebesar 102 DRM.
3. Diagnosa utama pasien BPJS, kode diagnosa utama petugas koding Rumah Sakit dan kode diagnosa utama petugas BPJS.
Dari 50 DRM diperoleh hasil bahwa pengembalian klaim tidak didasarkan hanya dari diagnosa utama saja, tapi dari diagnosa lain juga. Diagnosa utama dan kode penyakit dokter sudah akurat tapi diagnosa lain yang dipertanyakan.
4. Keakuratan Kode Diagnosa Utama
Dari hasil penelitian diketahui bahwa kode diagnosa utama yang akurat 33 (66%) dan kode diagnosa utama yang tidak akurat

17 (34%). Kode tidak akurat tersebut disebabkan karena dokter seringkali menuliskan diagnosa kurang spesifik seperti yang diisyaratkan ICD-10 yang meliputi kondisi akut dan kronis, letak anatomik yang detail, tahapan penyakit, ataupun komplikasi dan kondisi penyerta. Dalam hal ini petugas Rumah Sakit dan BPJS sering berbeda pendapat, misal dalam letak anatomik acute IHD (Ischaemic Heart Diases) I24.9 (Rumah Sakit) dan chronic IHD I25.9 (BPS), karena perbedaan letak anatomik tersebut klaim dikembalikan, padahal dalam DRM pasien tidak ditemukan chronic hanya acute saja.

Sesuai dengan aturan morbiditas dalam ICD-10 volume 2, bahwa petugas medis yang bertanggung jawab atas pengobatan pasien harus disusun secara sistematis dengan menggunakan metode standar pencatatan, sedangkan petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis guna menjamin konsistensi dan kelengkapan isinya, sehingga kode penyakit yang dihasilkan akurat dan sesuai dengan aturan umum koding morbiditas ICD-10.^[11]

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakakuratan Kode Diagnosa Utama

Ketidakakuratan kode diagnosa utama juga dikarenakan faktor-faktor lain, diantaranya yaitu karena kurang telitinya petugas koding dalam menganalisis lembar-lembar rekam medis rawat inap seperti Anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan lembar-lembar rekam medis lainnya yang dapat memberikan informasi tambahan terkait dengan diagnosa utama yang tertera dalam RM1. Seperti dalam penulisan diagnosa utama Anemia pada nomor 2 (lampiran checklist), seharusnya petugas melihat lembar pendukung hasil pemeriksaan laboratorium apakah sudah lengkap atau belum.

Petugas koding di Rumah Sakit Permata Medika mempunyai buku bantu koding untuk mempermudah dalam mengkode penyakit. Buku bantu tersebut berisi kode diagnosa penyakit yang sering muncul.

6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tidak Terverifikasinya Kode Diagnosa Utama

a. Dokter sering menggunakan singkatan dalam penulisan

diagnosa penyakit, pihak BPJS tidak mengetahui arti dari singkatan tersebut sehingga klaim dikembalikan ke Rumah Sakit.

b. Tulisan dokter sulit untuk dibaca, pihak BPJS tidak bisa membaca tulisan tersebut sehingga klaim dikembalikan ke Rumah Sakit.

c. Penulisan diagnosa utama yang tidak disertai data yang mendukung. Bukti hasil laboratorium, Anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan lembar-lembar rekam medis lainnya yang memberikan informasi terkait dengan diagnosa utama belum lengkap sehingga klaim dikembalikan ke Rumah Sakit.

d. Diagnosa utama atau kode diagnosa tidak tertulis pada RM1, tetapi pada perjalanan penyakit dan bukti penunjang lain ada, karena ketidaklengkapan dalam penulisan ini sehingga klaim dikembalikan ke Rumah Sakit.

e. Perbedaan latar belakang pendidikan antara petugas Rumah Sakit dan BPJS, petugas Rumah Sakit

berpendidikan DIII Rekam Medis sedangkan pada BPJS segi pendidikannya diluar DIII Rekam Medis, sehingga karena perbedaan pendidikan ini sering terjadi perbedaan pendapat.

- f. Penulisan kode diagnosa utama pada lembar RM1 kurang jelas sehingga BPJS seringkali salah membaca kode dan mempertanyakan kenapa diagnosa utama dan kodenya berbeda.
- g. Dokter sering menulis diagnosa utama menggunakan bahasa Indonesia, pihak BPJS tidak mengetahui arti dari penulisan tersebut dalam bahasa Indonesia, misalnya diagnosa kesadaran menurun kode R55, BPJS mengembalikan klaim dan mempertanyakan apakah maksudnya adalah COMA? Padahal dalam lembar perjalanan penyakit Syncope dengan kode R55. Jadi benar jika dokter mengkode R55, tapi dalam penulisan RM 1 adalah kesadaran menurun, sebaiknya dalam penulisan diagnosa pada RM 1 ditulis

Syncope saja, agar lebih akurat dan spesifik.

- h. Ada kondisi dimana petugas BPJS tidak teliti melihat informasi-informasi yang mendukung diagnosa dokter.

SIMPULAN

1. Dari hasil penelitian diketahui jumlah pasien BPJS pada bulan Januari adalah 229 pasien, yang tidak terverifikasi dan dikembalikan oleh BPJS sejumlah 203 DRM. Dari 203 DRM tersebut ada yang dikembalikan karena faktor kode penyakit dan faktor yang lain. Untuk kode penyakit dan diagnosa penyakit didapatkan populasi sebesar 102 DRM.
2. Prosedur koding dan verifikasi program INA-CBG's
 - a. Pemeriksaan berkas, yaitu pemeriksaan meliputi kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang diajukan.

1. SEP (surat eligibilitas peserta)
 2. Resume medis
 3. Pemeriksaan kode diagnosa pasien, prosedur yang dilakukan
 4. Pemeriksaan biaya pelayanan kesehatan atas kode diagnosa dan prosedur
- b. Melakukan konfirmasi
1. Konfirmasi administrasi pelayanan
 2. Konfirmasi administrasi klaim lain
3. Kode diagnosa utama yang akurat 33 (66%) dan kode diagnosa utama yang tidak akurat 17 (34%). Kode tidak akurat tersebut disebabkan karena dokter seringkali menuliskan diagnosa kurang spesifik
 4. Ketidakakuratan kode diagnosa utama juga dikarenakan faktor-faktor lain, diantaranya yaitu karena kurang telitinya petugas koding dalam menganalisis lembar-
- lembar rekam medis rawat inap seperti Anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan lembar-lembar rekam medis lainnya yang dapat memberikan informasi tambahan terkait dengan diagnosa utama yang tertera dalam RM1
5. Diketahui faktor-Faktor yang mempengaruhi tidak terverifikasinya kode diagnosa utama yaitu
 - a. Singkatan dalam penulisan diagnosa utama
 - b. Tulisan dokter sulit untuk dibaca
 - c. Penulisan diagnosa utama yang tidak disertai data yang mendukung.
 - d. Diagnosa utama atau kode diagnosa tidak ditulis pada RM1
 - e. Petugas RS dan BPJS mempunyai perbedaan

- pendapat pada kode suatu penyakit
- f. Perbedaan latar belakang pendidikan petugas RS dan BPJS
 - g. Penulisan kode diagnosa kurang jelas
 - h. Penulisan diagnosa utama sering menggunakan bahasa Indonesia
 - i. Petugas BPJS tidak teliti melihat informasi-informasi yang mendukung diagnosa dokter

SARAN

1. Untuk Manajemen Rumah Sakit
 - a. Perlu diperbaiki dalam penulisan diagnosa utama, kelengkapan informasi-informasi yang mendukung diagnosa dokter, singkatan penulisan diagnosa, dan penulisan diagnosa dalam bahasa Indonesia.
 - b. Meningkatkan evaluasi di setiap bagian supaya lebih terkontrol dan menghasilkan mutu yang berkualitas.
2. Untuk Tenaga Rekam Medis
 - a. Sebelum klaim diberikan ke BPJS sebaiknya diteliti lagi apakah masih ada yang kurang atau tidak sehingga tidak menambah beban kerja petugas apabila klaim tersebut dikembalikan karena tidak lengkap.
 - b. Petugas koding lebih aktif dan teliti dalam meneliti diagnosa utama apabila terdapat diagnosa yang kurang akurat dengan cara menganalisis pada lembar-lembar penunjang diagnosa utama, apabila masih belum spesifik lebih baik menanyakan kepada dokter yang menuliskan diagnosa.

c. Peningkatan pengetahuan mengenai koding dengan cara mengikuti pelatihan-pelatihan koding.

3. Untuk Peneliti Lain

Perlu adanya perkembangan penelitian mengenai perbedaan koding antara petugas RS dan BPJS

DAFTAR PUSTAKA

Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Pusat. Pedoman pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat 2011 Kementerian Kesehatan RI. hlm. 4. 2011

Max Sijabat, Ridwan. Askes, Jamsostek asked to prepare transformation "*The Jakarta Post*" (dalam bahasa Inggris). 2013.

Kresnowati, Lily. Hand out KPT I General Koding Tidak Dipublikasikan. Semarang. 2011

