

OPTIMALISASI PROSES KODEFIKASI KLAIM BPJS KESEHATAN PADA PASIEN RAWAT INAP DI RS PERMATA BUNDA MALANG

Sri Erna Utami¹, Robiatud Daniyah², Agustina Kewa Narek³

^{1,2,3,4}Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (STIA) Malang

^{1,2,3}Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Email : erna.utami@gmail.com

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan audit kodefikasi berkas klaim pasien BPJS Kesehatan rawat inap di Rumah Sakit Permata Bunda Malang. Penelitian ini menggunakan metode gabungan kualitatif dan kuantitatif, dengan pengumpulan data melalui wawancara dan analisis dokumen. Sampel penelitian terdiri dari 120 berkas klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan yang diajukan pada bulan Mei 2023. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan petugas koding tentang review koding sudah memadai, namun pelaksanaan audit koding masih dilakukan sendiri oleh petugas koding tanpa melibatkan dokter dan belum ada instrumen baku dalam pelaksanaan audit. Tingkat ketepatan kode ICD-10 masih terdapat 11,57% kode yang tidak tepat, seluruhnya merupakan downcoding, yang berpengaruh terhadap rendahnya pendapatan rumah sakit dan bisa menyebabkan kerugian. Tingkat kelengkapan koding sudah cukup baik dengan hanya 1,67% yang tidak lengkap. Tingkat kecepatan pelaksanaan pemberian kode masih terdapat kelambatan sebesar 3,33% lebih dari 4x24 jam. Kendala utama dalam pelaksanaan koding adalah tulisan dokter yang tidak jelas, diagnosis yang kurang spesifik, dan diagnosis awal yang belum final. Penelitian ini merekomendasikan agar pelaksanaan audit koding melibatkan dokter sebagai penentu dan penulis diagnosis serta membuat umpan balik secara tertulis dan berkala. Sosialisasi tentang pentingnya kejelasan penulisan diagnosis dan tindakan medis perlu ditingkatkan dengan mewajibkan dokter menulis diagnosis secara spesifik.

Kata Kunci: Kodefikasi, BPJS Kesehatan, rawat inap, audit koding, validitas, kelengkapan, kecepatan

Abstract

This study aims to evaluate the implementation of the coding audit of claims files for inpatient BPJS Health patients at Permata Bunda Hospital, Malang. This research uses a combination of qualitative and quantitative methods, with data collection through interviews and document analysis. The research sample consisted of 120 BPJS Health inpatient claim files submitted in May 2023. The research results showed that the level of knowledge of coding officers regarding coding reviews was adequate, but coding audits were still carried out by coding officers themselves without involving doctors and there were no instruments standards in carrying out audits. The accuracy level of ICD-10 codes still contains 11.57% of incorrect codes, all of which are downcoding, which has an impact on low hospital income and can cause losses. The level of coding completeness is quite good with only 1.67% incomplete. The speed of code assignment implementation is still slow at 3.33% more than 4x24 hours. The main obstacles in implementing coding are the doctor's unclear writing, a diagnosis that is less specific, and an initial diagnosis that is not final. This research recommends that the implementation of coding audits involve doctors as determiners and writers of diagnoses and provide written and regular feedback. Socialization regarding the importance of clarity in writing diagnoses and medical procedures needs to be improved by requiring doctors to write specific diagnoses.

Keywords: Coding, BPJS Health, inpatient care, coding audit, validity, completeness, speed
Coding revised query file BPJS Kesehatan, coding eligibility, completeness and timelines

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan lembaga kesehatan yang mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat, serta sebagai tempat pelatihan tenaga kesehatan serta penelitian dan pengembangan kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/ PER/ III/ 2010 adalah lembaga yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara menyeluruh, baik rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Menurut Azrul Azwar (1996), pelayanan kesehatan di rumah meliputi pelayanan pasien BPJS yang ditanggung oleh asuransi BPJS (Kesehatan dan Ketenagakerjaan). Menurut Projudikoro, asuransi, khususnya asuransi kesehatan, merupakan kontrak antara dua pihak, pihak penanggung dan tertanggung. Pihak asuransi berjanji akan mengganti kerugian yang disebabkan oleh sesuatu yang tidak pasti dan tidak terduga. Merupakan tanggung jawab pemegang polis untuk membayar uang atau asuransi setiap bulan. Napirah et al. 2016 Naskah Akademik UU Di SJSN Tahun 2004 disebutkan bahwa Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu program pemerintah dan masyarakat yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera. Pada

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 dinyatakan bahwa Jaminan Kesehatan merupakan jaminan perlindungan dalam kesehatan untuk peserta mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan dan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan bagi peserta jaminan kesehatan. Setiap orang yang sudah membayar ataupun yang menerima bantuan iuran jaminan kesehatan dari APBN maupun APBD wajib mendapatkan Jaminan perlindungan kesehatan. Benefit dari JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) adalah diperolehnya jaminan pembayaran biaya kesehatan secara pasti karena jaminan kesehatan merupakan dasar kepastian guna memenuhi kebutuhan biaya kesehatan akibat dari suatu kejadian sakit atau gangguan kesehatan yang tidak diduga agar mempunyai jaminan pembiayaan secara jelas. Saat ini, jaminan proteksi kesehatan merupakan hal yang essential bagi masyarakat, oleh karena itu JKN inilah salah satu yang menjadi solusi untuk melindungi kesehatan mereka.

Rumah Sakit sebagai unit pelayanan kesehatan dipaksa untuk menjalin kerjasama dengan pihak BPJS. BPJS merupakan penyelenggara penjaminan kesehatan yang legal dan sah untuk menjadi penyelenggara penjaminan biaya kesehatan, dan merupakan bagian dari sistem JKN yang mana BPJS ini sebagai penyedia biaya kesehatan untuk setiap penggunanya.

Mulai dari tahun 2013, terdapat metode Indonesia Case Base Group (INA CBG's) yang merupakan suatu patokan dalam menentukan pembayaran bagi peserta Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Sebagai pedoman adalah Perpres 82/2018. Kemudian tolok ukur biaya health care pada program jaminan kesehatan ditetapkan melalui Permenkes 64/2016. Output koding dalam rekam medis dan INA CBG's menjadi dasar untuk menetapkan besarnya klaim yang diajukan rumah sakit kepada BPJS.

Pelaksanaan kodifikasi merupakan sistem untuk mengklasifikasikan penyakit, cedera, kondisi kesehatan dan prosedur medis sesuai ketentuan yang berlaku saat ini. Penetapan kode diagnosis dan tindakan medis harus benar, akurat dan lengkap serta cepat agar data yang dihasilkan data bermutu (Yulia, 2015) seorang PMIK (perekam medis dan informasi kesehatan) harus mampu menentukan kode diagnosis berdasar ICD-10 dan kode ICD-9CM untuk prosedur medis, sebab kebenaran (validitas) dan ketepatan koding mempunyai peran sangat penting bagi rumah sakit dalam proses klaim biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit yang harus dibayar penderita dan menentukan besar kecil tarif sesuai dengan Case Base Group (INA CBG's). Berdasarkan penelitian Sukawan & Meilany (2020) yang menyatakan bahwa adanya pengaruh ketepatan kode ICD-10

dari diagnosis dan prosedur medis pada INA CBG'S dan penelitian di beberapa RS lainnya yang dilakukan oleh Dewi Indah Yuniati tahun 2012 mengatakan bahwa koding berpotensi menurunkan pendapatan rumah sakit rata-rata sebesar 4,2%-11 % akibat kode diagnosis dan prosedur medis yang tidak valid dan tidak tepat. Trisnantoro mengemukakan bahwa di Amerika Serikat kerugian akibat fraud diperkirakan antara 5% sampai 10 %. Jumlah tersebut sangat besar karena regulasi atau aturan mitigasi dan mengatasi fraud di negara tersebut sangat ketat, akan tetapi dari upaya yang dilakukannya belum bisa berdampak pada pencegahan fraud secara masif. Fraud bisa terjadi akibat up coding. Berdasarkan penelitian Achmad Saleh Abdullah yang mana menghasilkan penelitian tentang faktor-faktor yang berpeluang pada munculnya upcoding yaitu pemeriksaan dari internal yang kurang maksimal oleh rumah sakit serta kurang maksimal terhadap feedback dari pihak BPJS (kesehatan) tentang pengawasan dan pengendalian terhadap tindakan fraud, hasil koding yang ketepatannya masih rendah yang mana disebabkan karena proses entri data klaim yang cukup panjang. Proses entri yang panjang ini dikarenakan pelaksanaan SIMRS masih hybrid yang merupakan beban kerja ganda yakni manual dan elektronik sehingga menambah beban kerja koder

Berdasarkan fakta-fakta yang telah dijelaskan diatas mengenai tindakan fraud, maka diperlukan adanya audit koding sebagai upaya pencegahannya. Review koding merupakan peninjauan ulang dalam rangka mengkonfirmasi validitas hasil penetapan diagnosis code dan prosedur medis oleh clinical coder, serta memastikan kesesuaian dengan informasi yang tercatat dalam rekam medis secara tepat waktu. Pelaksanaan peninjauan ini dilakukan dengan mengetahui tingkat pengetahuan koder serta melihat elemen kualitas koding yaitu ketepatan (validitas) dan kelengkapan (completeness) serta kecepatan (timelines). Pada umumnya rumah sakit di Indonesia masih jarang yang melakukan review koding. Penyebab utama jarang dilakukannya review koding adalah kurangnya alat untuk membantu melakukan uji koding khususnya mengenai file permohonan BPJS. Berdasarkan hasil studi yang dilakukan peneliti di RS Permata Bunda, rumah sakit ini merupakan salah satu rumah sakit yang merawat pasien BPJS dan bekerja sama dengan BPJS. Review koding yang dilakukan peneliti adalah review koding pre dan post-claim BPJS. Pada bulan Mei 2023 rumah sakit ini mengajukan kepada pihak BPJS berupa klaim pasien rawat inap sejumlah 120 berkas klaim pasien rawat inap dan ini adalah jumlah seluruh berkas yang diajukan, serta terdapat adanya 14 berkas klaim pending. Berdasarkan

penjelasan yang telah dipaparkan di atas, maka penulis memiliki minat untuk mengetahui lebih mendalam tentang “Review Koding Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Permata Bunda Tahun 2022”.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah *qualytative research* dan *quantitative research*. Sedangkan pengumpulan data dalam penelitian ini dengan cara deskriptif yang mana didapatkan melalui wawancara dengan dua orang petugas coding RS Permata Bunda, dua petugas ini sebagai subjek atau obyek penelitian. Siapa yang melakukan peninjauan kode. Klaim pasien dari peserta BPJS. Kepada sampel petugas koder yang diwawancarai menggunakan metode *non-probability sampling*, yaitu pengambilan sampel yang tidak memungkinkan untuk memilih semua item dari populasi. Sedangkan untuk keakuratan (validitas) dan kelengkapan serta kecepatan (jadwal) teknik pengambilan sampel penelitian ini (jumlah sampel pasien BPJS di rumah sakit yang seharusnya ditinjau) menggunakan teknik pengambilan sampel yaitu *sampling jenuh* (jumlah). *Sampling*, yaitu sampel dan objek penelitian digunakan seluruhnya oleh penelitti (dalam hal ini Berkas Klaim pasien BPJS Pasien Rawat Inap bulan Mei 2023 sebanyak 120 berkas klaim).

Data dikumpulkan melalui interview terbuka, yaitu. dengan pertanyaan terbuka, dimana pertanyaan tersebut merupakan pertanyaan yang memberikan ruang atau kerangka sesedikit mungkin terhadap jawaban daeri petugas yang menjadi sampel penelitian. Alat penelitiannya adalah panduan atau guide interview. Interview adalah proses pengumpulan informasi sesuai tujuan penelitian melalui proses tanya jawab beberapa tahapan antara peneliti dan petugas yang terpilih sebagai obyek atau sampel penelitian dengan guide of interview. Sedangkan untuk data kuantitative dengan cara review koding menggunakan alat check list yang digunakan untuk mencatat data hasil peninjauan keakuratan (validitas) dan kelengkapan (completeness) serta kecepatan penentuan koding (timeline). Pengolahan data yang sudah dikumpulkan terdiri atas beberapa cara, yaitu:

- a. Reduksi data
Reduksi data merupakan suatu metode untuk menganalisis data dengan mendeskripsikan, mengkategorikan, mengeliminasi data yang tidak dipakai, dan mengolah data agar memungkinkan untuk disajikan.
- b. Visualisasi data
Visualisasi data merupakan proses penyampaian data setelah data dikumpulkan, serta

representatif untuk diambil kesimpulan dan tindakan.

- c. Membuat serta memeriksa kesimpulan Langkah selanjutnya dalam analisis data kualitatif dan kuantitatif adalah membuat dan memeriksa kesimpulan. Analisis materi wawancara dilakukan secara deskriptif dan kualitatif yaitu menggambarkan informasi yang dikumpulkan dan diproses menjadi hasil-hasil analisis. Analisis data hasil review koding berkas dilakukan secara kuantitatif berdasar jumlah angka nominal terhadap tingkat ketepatan koding, tingkat kelengkapan koding dan tingkat kecepatan pemberian/penentuan koding

HASIL PENELITIAN

Pelaksanaan review koding :

review koding di Rumah Sakit Permata Bunda dilakukan oleh petugas koder tanpa dibantu petugas terkait, namun pelaksana audit koding sudah berpependidikan D3 Rekam Medis yang memiliki kemampuan koding ICD-10 dan ICD-9CM yang memadai Untuk mendapatkan hasil penelitian tentang keterlaksanaan audit koding, maka peneliti melakukan wawancara dengan petugas terkait (2 orang responden) guna mendapat informasi sebagai bahan deskripsi meliputi:

- a. Karakteristik Reviewer koding

Obyek penelitian ini yaitu pihak yang memiliki tanggung jawab sebagai koder di Rumah Sakit Permata Bunda Malang. Berikut adalah karakteristik petugas review koding berdasarkan pendidikan dan masa kerja di Rumah Sakit Permata Bunda:

- Karakteristik Reviewer koding 1 : Berdasarkan jenis kelamin, Umur, Pendidikan Terakhir dan Lama Bekerja diperoleh data jenis kelamin perempuan Umur 38 tahun Pendidikan Terakhir D-III Rekam Medis Lama Berkerja 11 Tahun
- Karakteristik Reviewer koding 2 Koder laki laki 27 Tahun kualifikasi pendidikan D-III Rekam Medis dengan pengalaman kerja 4 Tahun

Dari hasil wawancara yang telah dilakukan, dapat diketahui bahwa dari 2 orang petugas review koding yang mana merupakan responden atau yang berpartisipasi dalam penelitian ini, keduanya merupakan lulusan D-III Rekam Medis dan pengalaman kerja mereka secara profesional sudah lebih dari 3 tahun.

SPO pada Coding Review di RS Permata Bunda.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sudah ada SPO audit klaim tetapi masih perlu disempurnakan. Audit koding pada berkas klaim BPJS memiliki tujuan untuk mengecek kembali berkas klaim

apakah sudah berdasarkan dengan persetujuan dewan medis dan ketentuan pihak BPJS, mengapa terjadi pending klaim

Prosedur pemeriksaan berkas klaim sebagai berikut:

- a. Petugas review koding meninjau kembali berkas klaim dalam rangka mengkonfirmasi kesesuaian antara kode pada diagnosa dan ICD-10, serta ICD-9.
- b. Petugas review koding mengecek berkas klaim terkait kesesuaian terhadap BPJS rumah sakit, yang kemudian petugas review membuat rekap/ laporan tertulis terkait keputusan klaim.

Level Pemahaman Reviewer koding tentang review koding

Hasil wawancara yang dilakukan kepada responden tentang pendapat reviewer koding 1) tentang review koding diperoleh jawaban sebagai berikut: “Review koding merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai dan meninjau kembali kelengkapan kodifikasi untuk menyetujui kode diagnosis dan prosedur medis yang berdasarkan kode Diagnosis Related Group”

Reviewer koding 2). “Review koding menurut saya adalah aktivitas penilaian kelayakan kodifikasi penyakit dan tindakan atau prosedur untuk mendapatkan kode INA-DRG’s. Kodifikasi diagnosis penyakit menggunakan ICD-10 dan kodifikasi

tindakan medis menggunakan ICD-9 CM”.

Berdasarkan hasil wawancara tentang kegunaan reviewer koding didapat jawaban sebagai berikut: “Kegunaannya dikemukakan bahwa pemeriksaan dokumen rekam medis dilakukan guna memperoleh data pasti jika proses dan hasil penetapan kode diagnosis yang dilakukan koder apakah sudah benar dan akurat” (Reviewer koding 1). “Hal itu dilaksanakan sebagai cross check apakah memang kode diagnosis sudah sesuai atau belum” (Reviewer 2).

Hasil diskusi yang telah dilakukan peneliti dengan reviewer koding mengenai regulasi tentang review koding, diperoleh jawaban sebagai berikut: “sudah ada SOP nya” (Reviewer koding 1). “Sudah ada prosedurnya itu, prosedur review” (Reviewer koding 2). Perlu dilakukan peninjauan dan pemeriksaan hasil koding untuk mengurangi angka pending klaim karena angka pendingnya lumayan tinggi” (Reviewer koding 1).

Instrumen/tool untuk melaksanakan Review Koding

Dari wawancara yang dihasilkan tentang implementasi audit koding di Rumah sakit Permata Bunda, didapatkan beberapa data wawancara yaitu: “yang melaksanakan review koding petugas/koder sendiri yang kita tinjau atau kita periksa adalah berkas yang akan dikirimkan ke pihak BPJS saja”

(Reviewer koding 2). Kita melakukan review koding pre –claim dan post-claim (untuk yang pending-claim),

Jadi, klaim yang disetorkan ke pihak BPJS akan ditinjau terlebih dahulu oleh pihak BPJS apakah ini layak atau tidak, apabila tidak layak maka rekapitulasinya dikirim atau dibuatkan berita acara. Berita Acara tersebut juga kita review /tinjau kembali” (Reviewer koding 1).

Follow up /tindak Lanjut hasil review koding

Berdasarkan hasil dari sesi tanya jawab tentang follow up hasil review koding oleh pihak Rumah Sakit Permata Bunda, diperoleh data wawancara sebagai berikut:

“Koder di sini biasanya belajar dulu atau berusaha memahami terlebih dahulu isi berita acaranya BPJS. Kalau untuk klaim yang statusnya pending, kami berusaha untuk mencoba mengklaim lagi apabila BPJS menyetujui” (reviewer koding 1).

“Jika ada data yang tidak sesuai maka kami mengadakan diskusi dulu atau rapat dulu sebelum mengambil keputusan yang matang”(reviewer koding 2).

Tingkat ketepatan Koding (elemen validitas)

Jumlah sampel (total populasi) sebanyak 120 berkas klaim pasien BPJS rawat inap yang diteliti terdapat 14 kode ICD-10 yang kurang tepat (11,67%).

Tingkat kelengkapan koding (elemen completeness)

Dari 120 berkas klaim yang diteliti terdapat 2 kode yang tidak lengkap (1,67 %), karena diagnosis masih kosong, petugas koding masih konfirmasi kepada dokter penanggung jawab pasien (DPJP) dan belum diberangkatkan klaim menunggu kelengkapan diagnosis

Tingkat kecepatan koding dan kecepatan klaim (elemen timelines)

Dari 120 berkas yang diamati (dilakukan audit koding) terdapat 4 berkas (3,33 %) yang terlambat penentuan kode ICD-10 nya yakni lebih dari 4 hari menurut penjelasan petugas koding dikarenakan diagnosis masih kosong dan diagnosis masih berupa working diagnosis (diagnosis awal) belum berupa final diagnosis (diagnosis akhir)

Kendala Pelaksanaan koding

Hasil wawancara tentang kendala pelaksanaan koding

Kendala pelaksanaan koding berdasar pendapat responden diperoleh penjelasan sebagai berikut:

“Biasanya tulisan dokter tidak jelas, diagnosis masih kurang spesifik, diagnosis masih berupa diagnosis awal bukan diagnosis akhir sehingga hanya bisa dikode 3 digit” dan perlu waktu untuk konfirmasi ke dokter (responden 1)

“Kadang-kadang diagnosis dan tindakan medis belum ditulis, salah

menulis kode kurang teliti (responden 2), sehingga perlu waktu untuk menetapkan kode ICD-10 dan ICD-9CM karena berkas dikembalikan ke dokter DPJP untuk dilengkapi.

PEMBAHASAN

Tingkat Pengetahuan petugas review koding tentang review koding

Hasil tanya jawab yang dilakukan peneliti kepada reviewer koding (sampel/obyek penelitian) diketahui bahwa tingkat pengetahuan reviewer koding tentang koding dan review koding sudah memadai. Reviewer koding semua berpendapat bahwa reviewer koding adalah kegiatan verifikasi tingkat akurasi pengkodean untuk memperoleh DRG's code. Pengkodean penyakit memakai ICD-10 dan untuk pengkodean prosedur medis memakai ICD-9 CM.

Hal ini juga berdasarkan pernyataan Gemala Hatta (2017) mengenai review koding, yang mana menyatakan bahwa review koding merupakan suatu proses mengecek data rekam medis untuk memeriksa hasil pengkodean diagnosis, prosedur medis yang diperoleh itu sudah benar atau belum, lengkap, serta tepat atau belum berdasarkan kebijakan dan perundangan-undangan yang sudah ditentukan. Obyek penelitian juga memahami tentang kebunaan dilakukannya review koding. Review koding di Rumah Sakit Permata Bunda

dilakukan oleh petugas koder sendiri tanpa melibatkan petugas lain yang terkait sehingga hasilnya kurang komprehensif, terlebih lagi belum ada instrument standart untuk melakukan audit koding dan pelaksanaannya dilakukan saat pre-klaim sebelum klaim dikirim ke BPJS dan post klaim untuk kasus pending-klaim. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Hosizah dan Kholida S. Nasution tentang Perancangan Instrumen Audit atau Review koding masalah klinis di RS Umum Pusat Fatmawati, diketahui bahwa tools perlu diciptakan dan dibakukan untuk membantu dan mempermudah pelaksanaan review koding masalah klinis. Instrumen/tool dapat mempermudah dan mempercepat petugas untuk melaksanakan koding dan review koding.

Pada kuliah pakar yang diberikan oleh Teguh R. Sanjaya tentang review Koding Klinis Dalam Menunjang Efektifitas Reimbursement, dapat diketahui bahwa disarankan pada tahap implementasi review koding sebaiknya dilakukan ketika pre-claim untuk mencegah dan menekan angka yang pending klaim dan penolakan atau pengembalian klaim. Sebaiknya sebelum diajukan klaim ke petugas/ verifikator BPJS berkas klaim yang berbasis TXT harus dicek kebenaran dan kesesuaiannya terlebih dahulu dengan melihat kesesuaiannya berdasar resume medis, billing yang ada pada system pembayaran dan bukti

pelayanan, pemeriksaan penunjang, apabila terdapat kesalahan dan ketidaksesuaian, maka pihak rumah sakit bisa langsung dan segera melakukan perbaikan kemudian dikirim kepada bagian yang melakukan verifikasi di ranah BPJS. Jika peninjauan yang dilakukan ketika pasca klaim (post-claim), maka berkas tersebut statusnya tertunda (pending) dari BPJS sehingga menjadi kurang efisien.

Tingkat ketepatan pengkodingan (elemen validitas)

Ketidaktepatan koding dapat berupa upcoding atau downcoding. Dari 120 berkas klaim bpjs pasien rawat inap yang dilakukan audit terdapat 14 berkas (11,67%) kebetulan keseluruhannya merupakan down coding, factor penyebab down koding antara lain diagnosis kurang spesifik mengingat dokter spesialis masih kurang sehingga penulisan diagnosis dilakukan oleh dokter umum sehingga masih global akhirnya hanya bisa dikode sampai dengan 3 digit.

Ketidaktepatan ini bisa mengakibatkan kerugian, oleh karena itu untuk meminimalisir kode penyakit yang tidak sesuai, maka dibutuhkan adanya review koding, dan kegiatan review ini harus berdasarkan aturan yang sudah ditentukan dan berlaku, serta berdasarkan hasil sesi wawancara didapatkan kesimpulan bahwa review koding dilakukan oleh koder profesional

Rumah Sakit Permata Bunda. Ketidaksesuaian kode juga akan menyebabkan komunikasi yang tidak efektif dengan pihak tenaga medis (dokter) sebagai penulis diagnosis.

Standar Prosedur Operasional review Koding pada berkas klaim BPJS di Rumah Sakit Permata Bunda sudah tersedia namun perlu direvisi agar pelaksanaan review koding dan audit klaim lebih efektif. Hasil review koding belum diinformasikan/feed backkan kepada yang terkait dalam hal ini kepada dokter. Hal inilah yang menjadi sebab kurangnya pemahaman petugas terkait tentang kinerjanya yang berkaitan dengan klaim BPJS antara lain penulisan diagnosis dengan jelas dan spesifik agar koding dilakukan dengan mudah dan tepat/valid. SPO yang applicable, tidak berbelit akan mempermudah kerja petugas khususnya petugas koding. Sosialisasi SPO masih kurang efektif, SPO yang kedaluarsa akan mengurangi efektifitas kerja petugas, oleh karena itu perlu segera dilakukan revisi SPO dan harus melibatkan petugas yang terkait agar SPO yang baru bias diterapkan dan dipatuhi secara efektif.

Tingkat pemahaman petugas mengenai SPO, petugas secara pendidikan sudah linier sehingga sudah sesuai dengan apa yang menjadi tanggungjawabnya. Pendidikan yang makin tinggi maka pemahamannya akan semakin mendalam, dan potensi untuk melakukan kesalahan semakin kecil,

serta tingkat kepatuhan terhadap prosedur akan semakin tinggi.

Tingkat kelengkapan koding (elemen completeness)

Completeness adalah kelengkapan kode diagnosis (ICD-10), meliputi diagnosis primer, diagnosis sekunder (jika ada), dan kode prosedur medis (ICD-9CM) apabila merupakan prosedur medis.

Hasil penelitian menunjukkan 2 kode diagnostik hilang (1,67%), dari 120 file aplikasi yang diperiksa, alasannya diagnosis masih kosong, meskipun hanya sejumlah kecil, hanya 1,67%, hal ini akan mempengaruhi penetapan kode aplikasi kecepatan dan kecepatan (timeline) karena petugas koding masih perlu melakukan konfirmasi kepada dokter jaga pasien (DPJP) agar berkas permohonan tidak segera dikirimkan untuk permintaan BPJS sampai diagnosis selesai dan kode ICD-10.

Tingkat Kecepatan pengkodean dan kecepatan kompensasi (elemen timeline)

Kecepatan waktu adalah kecepatan pemberian kode diagnostik pada pasien rumah sakit. Periode kecepatan ini pada umumnya berlangsung dalam waktu maksimal 1x24 jam dimulai dari pasien pulang ke rumah dengan status rawat jalan, artinya, 2x24 jam terhitung mulai pasien beribatnya selesai.

Berdasarkan hasil penelitian yang diamati, sebanyak 120 berkas (dilakukan

audit coding), 4 berkas (3,33%) mengalami keterlambatan dalam penetapan RHK-10. kode, yaitu lebih dari 4 hari (4x24 jam), menurut penjelasan coder, hal ini dikarenakan diagnosis masih kosong dan diagnosis masih merupakan diagnosis kerja (pra diagnosis) dan belum diagnosis akhir (final diagnosis), sehingga ICD-10 dan ICD-9CM dan juga mempengaruhi kecepatan pengajuan klaim ke BPJS

Kendala Pelaksanaan koding

Hasil wawancara tentang kendala pelaksanaan koding

Berdasarkan pada pendapat responden bahwa kendala pelaksanaan koding diperoleh penjelasan antara lain :

Tulisan dokter tidak jelas, hal ini akan mengakibatkan salah koding dan berpengaruh terhadap jumlah atau besarnya klaim yang dapat merugikan rumah sakit, dijelaskan bahwa dari 14 kode yang kurang tepat semuanya downcoding yang bisa berakibat kerugian rumah sakit

Diagnosis masih kurang spesifik, diagnosis masih berupa diagnosis awal (working diagnosis) bukan diagnosis akhir (final diagnosis) sehingga hanya bisa dikode 3 digit, hal ini akan memerlukan untuk konfirmasi ke dokter, apabila tetap dilakukan koding; maka besaran klaim rendah (kecil) yang juga akan menyebabkan kerugian rumah sakit

Diagnosis dan tindakan medis belum ditulis dokter, hal ini memerlukan waktu karena berkas dikembalikan ke dokter DPJP untuk dilengkapi meminta dokter menulis dan melengkapi diagnosis sehingga berakibat timelines yang melebihi standar

Salah menulis kode kurang teliti sehingga perlu waktu untuk menetapkan kembali kode ICD-10 dan ICD-9CM untuk memilih kode yang tepat dan bisa berakibat terjadinya pending klaim

KESIMPULAN

Menurut hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan (dideskripsikan) maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pelaksanaan review koding di Rumah Sakit Permata Bunda Malang tingkat pengetahuan petugas review koding tentang review koding sudah cukup baik dan review koding telah dilaksanakan baik saat pre-klaim dan post klaim, namun masih dilaksanakan sendiri oleh petugas koding tidak bersama petugas lain (dokter) dan belum ada instrument baku dalam pelaksanaan audit koding.

Tingkat ketepatan kode ICD-10 masih terdapat 11,57 % kode yang tidak tepat, dan semuanya down coding sehingga berpengaruh terhadap rendahnya pendapatan rumah sakit dan bisa berakibat kerugian rumah sakit. Tingkat kelengkapan koding sudah cukup baik hanya 1,67 % yang tidak lengkap.

Tingkat kecepatan pelaksanaan pemberian kode masih terdapat kelambatan sebesar 3,33 % lebih dari 4x24 jam. Adapun kendala pelaksanaan koding cukup beragam antara lain tulisan dokter tidak jelas, diagnosis masih kurang spesifik, diagnosis masih berupa diagnosis awal (working diagnosis) bukan diagnosis akhir (final diagnosis), diagnosis dan tindakan medis belum ditulis dokter, salah menulis kode kurang teliti

SARAN

Pelaksana audit koding harus bersama dokter sebagai penentu dan penulis diagnosis dan hasil audit koding harus di buat umpan balik/feedback secara tertulis dan berkala. Sosialisasi tentang pentingnya kejelasan penulisan diagnosis dan tindakan medis sebaiknya ditulis dengan huruf balok, Mewajibkan dokter untuk menulis diagnosis secara spesifik dengan cara menambah dokter spesialis meskipun paruh waktu.

DAFTAR PUSTAKA

Reipublik Indoneisia. UU RI Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional
Perpres RI, Nomor 82 Tahun 2018. 2018, Tentang BPJS Kesehatan,
UU Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011. Indonesia, 2011 tentang BPJS
Peraturan Menkes RI, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Nomor 64 Tahun 2016. Tentang BPJS Kesehatan

L Meilani dan Sukawan . Pengaruh Ketepatan Kode Diagnosis dan Prosedur Medis pada Penyakit DM Tipe II terhadap Tarif INA-CBG's Trisnantoro, Tindak Kecurangan (Fraud) Merugikan Program JKN (Negara), BPJS Kesehatan, 2015.

Abdullah Saleh A, Analisis Faktor Penyebab Kejadian Fraud Yang Diakibatkan Oleh Upcoding Biaya Pelayanan Kesehatan Kesehatan Ambon, 2018

G. R. Hatta, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan disarana pelayanan Kesehatan. UI-PRESS, 2017.

Hatta. R Gemala, Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan, Revision Edition Jakarta: Universitas Indonesia , 2017.

Hosiziah, K. S. Nasution "Perancangan Instrumen Audit Pengkodean Klinis

di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati," Peranc. Instrumen Audit Pengkodean Klinik. di Rumah Sakit Umum Pusat. Fatmawati, Jakarta 2020.

Garaika and Darmanah, Metodologi Penelitian. Lampung: CV. HIRA TECH, 2019.

A. Kusumastuti and A. M. Khoiron, Metode Penelitian Kualitatif. Semarang:

ISSN : 2722 - 9831 (Online)

ISSN : 2715 - 9817 (Printed)

Lembaga Pendidikan Sukarno
Pressindo, 2019.

Sugiyono. Metode Penelitian
Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D.
Bandung: Alfabeta; 2014

N. A. Sahira, "Faktor Yang
Mempengaruhi Kepatuhan
Terhadap Pelaksanaan Sop Dalam
Pelaksanaan Asuhan Keperawatan
Kemenpan RI, "Permenpan RB
Republik Indonesia Nomor 30
Tahun 2013

Tentang Jafung Perkam Medis dan
Angka Kreditnya

