

Pengaruh Faktor Predisposing terhadap Perilaku Ketepatan Pengisian Kode Penyakit Rawat Inap Pada Klaim JKN (Di Era Vedika (Verifikasi Di Kantor) Rumah Sakit Daerah Lumajang

Nanda Prima Dwi Cahyono¹, Al Munawir², Dewi Rokhman³

Universitas Jember

E-mail: nandaprima86@gmail.com¹, almunawir.fk@unej.ac.id², dewirokhmah@unej.ac.id³

Abstrak

Pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan dan terdapat pengecualian pada beberapa hal. Mengingat pentingnya peran koder dalam melakukan ketepatan pengisian koding penyakit pada e-klaim, maka peneliti bermaksud melakukan penelitian untuk menelusuri determinan perilaku ketepatan pengisian kode penyakit yang dihasilkan koder rawat inap serta melihat faktor *predisposing* yang mempengaruhinya. Penelitian menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Metode pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini yaitu dengan wawancara mendalam, dokumentasi dan Observasi, dengan jumlah informan sebanyak 5 informan. Informan utama pada penelitian ini adalah Koder berjumlah 2 orang dan verifikator Internal yang berjumlah 3 orang. Hasil analisis Faktor *Predisposing* berdasarkan segi pengetahuan, dalam hal ini koder memahami tentang klaim pending dan tidak hanya sekedar tahu terhadap klaim pending, koder dapat menyebutkan penyebab terjadinya klaim pending secara detail. Berdasarkan segi sikap, lebih ke kurang setuju dalam hal menerima klaim *pending* karena petugas harus meluangkan waktunya untuk mengerjakan berkas pending tersebut kembali namun petugas tetap bertanggung jawab (*responsible*). Dalam mengisi kode pada aplikasi e-klaim tentu perlu diperhatikannya tanda pada kode penyakit. Vedika merupakan sistem yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan untuk mempercepat proses verifikasi klaim. Koder memahami tentang baik dalam hal klaim pending, pemberian kode icd 10 sehingga mempermudah dalam diagnosa. Adanya kode kombinasi juga akan mempengaruhi *entry* tata letak diagnosa utama dan sekunder pada e-klaim.

Kata kunci: Perilaku; Pengisian Kode Penyakit; VEDIKA; Faktor Predisposing

Abstract

The proposed health-care fund claim of the health care facility for health services was given at the latest 6 months since health services were completed and there are exceptions in some areas. Given the importance of the coder's role in filling the coding on e-claims, researchers intend to do research to pinpoint the deterministic behavior of those inpatient coinage charges and see which predisposing factor affected them. Research USES descriptive research design with a qualitative approach. The method of data collection conducted in this study is by in-depth interviews, documentation and observation, with five informers. The main informant of this research is the two-man koder and the internal verifier of three. Predisposing factor analysis based on knowledge, in this case coders understand the pending claim and not just knowing the pending claim, the coder can name the cause of the detailed claim. In view of the attitude, it is more likely to agree in accepting a claim of responsibility because the officer must take the time to work on the file of the pending but the officer remains responsible. In uploading the code on the application e-claim it certainly needs to see the mark on the disease code. Vedika is a system developed by health services to accelerate the verification of claims. The coder understood the pending claim well, giving the icd 10 code making it easier in the diagnosis. The presence of combination codes will also affect the entry of the main and secondary diagnostic layout on the e-claim.

Key words: Behavior; Filling code disease; Vedika; Predisposing factor

Pendahuluan

Rumah sakit di Negara Indonesia untuk menentukan tarif ketika diberlakukan sistem JKN adalah berdasarkan INA-CBGs (Indonesia Case Base Groups). *Case Base Groups* adalah pengelompokan diagnosa penyakit yang berdasarkan *grouping* dari tarif itu sendiri, dengan demikian pemberian dan pemberlakuan tarif di rumah sakit pada pengelompokan tersebut dinamakan diagnosa asuransi (Agiwahyunto, 2016).

Peran koder dalam proses klaim dalam melakukan koding masih dijumpai ketidaktepatan dalam pengisian koding terutama pada pasien rawat inap. Klaim Pending yang dikembalikan kepada Fasilitas Kesehatan dapat diajukan kembali oleh Fasilitas Kesehatan paling cepat pada pengajuan klaim bulan berikutnya. Pengajuan klaim

pembiayaan pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling lambat 6 bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan dan terdapat pengecualian pada beberapa hal. Dalam hal jangka waktu pengajuan klaim terlampaui, klaim tidak dapat diajukan kembali. Setelah dilakukan verifikasi oleh pihak BPJS (Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018).

Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada Rumah Sakit Daerah di Lumajang menerapkan Vedika pada tahun 2018 dan masih terdapat ketidaktepatan dalam pengisian dan pemilihan diagnosa utama pada rentan bulan Juli-Desember 2019, peneliti memperoleh data pending tertinggi pada Oktober yaitu kurang lebih sebanyak 110 dokumen rekam medis rawat inap diantaranya 83% yaitu masalah mengenai konfirmasi

diagnosa utama dan koding harus diperbaiki atau diklaimkan ulang oleh petugas.

Mengingat pentingnya peran koder dalam melakukan ketepatan pengisian koding penyakit pada e-klaim, maka peneliti bermaksud melakukan penelitian untuk menelusuri determinan perilaku ketepatan pengisian kode penyakit yang dihasilkan koder rawat inap serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Penelitian mengenai perilaku ketepatan pengisian kode penyakit berdasarkan penelusuran pustaka masih belum ditemukan, sehingga peneliti tertarik melakukan penelitian determinan perilaku ketepatan pengisian kode penyakit pada klaim JKN Era Vedika dilihat dari faktor *predisposing*. Oleh sebab itu peneliti tertarik untuk mengangkat topik diatas dan dapat memberikan rekomendasi yang terkait dengan teori perilaku Lawrence Green dengan judul “Determinan Perilaku Ketepatan Pengisian Kode Penyakit Rawat Inap Dalam Klaim JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) Di Era Vedika (Verifikasi Di Kantor) Rumah Sakit Daerah di Lumajang”.

Metode Penelitian

Penelitian ini secara spesifik lebih diarahkan pada desain penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif, untuk menjelaskan tentang Determinan Perilaku Ketepatan Pengisian Kode Penyakit Rawat Inap Dalam Klaim JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) dilihat dari faktor *Predisposing* Pada Era Vedika (Verifikasi di Kantor) Rumah Sakit Daerah di Lumajang.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari-Maret tahun 2020. Metode pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini yaitu dengan wawancara mendalam, dokumentasi dan Observasi, dengan jumlah informan sebanyak 5 informan. Informan utama pada penelitian ini adalah Koder berjumlah 2 orang dan verifikasi Internal yang berjumlah 3 orang. Analisis data dalam penelitian ini meliputi reduksi data, penyajian data, dan kesimpulan data. Metode triangulasi yang digunakan adalah triangulasi sumber dan teknik.

Hasil Dan Pembahasan

Hasil

A. Karakteristik Informan

Gambaran informan dalam penelitian ini yaitu diantaranya informan utama sebagai koder dan informan tambahan sebagai verifikasi internal. Karakteristik informan meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan, masa kerja, peran dan tanggung jawab di Rumah Sakit.

Tabel 1. Informan Utama dan Informan Tambahan

N	Infor	J	Us	Pendidik	Mas	Peran dan
o	man	K	ia	an	a	Tanggung
					Kerj	Jawab
					a	
					(Tah	
					un)	
Informan Utama (Koder)						
1	IU 1	P	29	D3 RM	7	Kode dan Entry Data
2	IU 2	L	27	D4 RM	5	Kode dan Entry Data
Informan Tambahan						
1	IT 1	P	37	Dokter Umum	1	Penanggung jawab verifikasi klinis
2	IT 2	L	35	Perawat	7	Verifikator Internal
3	IT 3	P	34	Perawat	5	Verifikator Internal

Faktor karakteristik meliputi usia informan, pendidikan, masa kerja, peran dan tanggung jawab di Rumah Sakit. Informan utama dalam penelitian ini sebanyak 2 orang di Rumah Sakit Daerah di Lumajang.

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa semua informan utama dalam penelitian ini adalah koder penanggung jawab penetapan kode JKN yang berjenis kelamin Laki-laki dan perempuan, usia informan utama adalah 27 dan 29 tahun. Informan adalah lulusan D3 dan D4 Rekam Medik dengan kerja minimal ≤ 5 tahun,

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa informan tambahan dalam penelitian ini adalah Verifikator Internal yang berpendidikan dokter umum dan juga pendidikan terakhir perawat yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan, usia informan tambahan berkisar antara 34-37 tahun dengan masa kerja ≤ 7 tahun. Sebagian besar informan berpendidikan perawat.

B. Faktor *Predisposing*

a) Faktor *Predisposing* dari segi pengetahuan.

Berdasarkan wawancara mendalam yang dilakukan peneliti pada informan utama bahwasanya terjadinya klaim pending itu pada dasarnya disebabkan oleh adanya ketidaksesuaian antara klaim yang diajukan oleh rumah sakit dengan regulasi-regulasi yang terkait sehingga klaim yang diajukan oleh rumah sakit, namun hal ini berlaku hanya pada kasus-kasus tertentu saja karena tidak semua kasus klaim dipending oleh BPJS. Berikut kutipan wawancara mendalam yang dilakukan peneliti dengan IU 1 dan IU2 :

“...pada dasarnya klaim pending itu terjadi karena adanya ketidaksesuaian antara klaim

yang kita ajukan dengan regulasi-regulasi yang terkait,, jadi menyebabkan klaim yang diajukan tidak dapat disetujui oleh BPJS Kesehatan” (IU 1, 29 tahun)

“...kasus pending biasanya terjadi karena adanya ketidak sepepatan antara BPJS dengan rumah sakit,, itu hanya untuk kasus-kasus tertentu saja sih enggak semuanya... nggak semua kasus dipending sama BPJS...” (IU 2, 27 tahun)

Hal ini sependapat dengan penelitian yang dilakukan oleh (Artanto 2016) bahwasannya jika tidak lengkap maka berkas klaim akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi dan dimasukkan dalam klaim pending atau tagihan tertunda. Adanya kasus pending seperti ini diharapkan bisa menjadi evaluasi bersama khususnya bagi Rumah Sakit agar tidak terulang pending dipengajuan bulan berikutnya dan selalu memperhatikan mengenai kesesuaian klaim yang diajukan dengan regulasi-regulasi yang terkait.

Berdasarkan wawancara mendalam dan observasi partisipasi yang dilakukan peneliti pada informan utama bahwasanya hal-hal yang perlu diperhatikan dalam kesesuaian klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan harus berdasarkan regulasi yang terkait yaitu diantaranya perlu adanya kesesuaian yang meliputi administrasi, klinis dan koding. Berikut kutipan wawancara mendalam yang dilakukan peneliti dengan IU 1:

“...diantaranya yang perlu kita perhatikan yaitu mengenai kesesuaian administrasi, klinis dan koding...” (IU 1, 29 tahun)

Hal ini sesuai dengan Panduan Verifikasi INACBGS 2018 bahwa klaim yang bermasalah yaitu adanya ketidaksepatan terkait koding antara Verifikator BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan, hal ini merupakan permasalahan yang masih terjadi sampai dengan saat ini terkait koding, aspek klinis, dan administrasi. Hal ini juga ditambahkan oleh informan lain bahwa klaim pending juga disebabkan adanya ketidaklengkapan dan tidak sesuai antara diagnosa dan koding pada aplikasi e-klaim yang diinputkannya, hal ini kemungkinan bisa jadi karena tidak adanya terapi atau hasil yang menunjang pada diagnosa tersebut Berikut kutipan wawancara mendalam yang dilakukan peneliti dengan IU 2:

“... klaim pending itu dianggap tidak lengkap dan tidak sesuai antara diagnosa dan koding di aplikasi e-klaimnya.. atau bisa jadi tidak terdapat terapi yang menunjang dengan diagnosa tersebut ...” (IU 2, 27 tahun).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Indawati (2019). Akurasi kode data klinis sangat menentukan kelancaran dari proses

pengajuan klaim penggantian biaya pelayanan kesehatan kepada pihak BPJS. Dalam pelaksanaannya, banyak klaim yang dikembalikan oleh BPJS dikarenakan kurangnya kelengkapan informasi, dan koding yang tidak akurat. Kelengkapan klaim dan kebenaran data menjadi prasyarat utama agar terverifikasi.

Koder mengkoding pada lembar resume berdasarkan diagnosa yang telah dibuat oleh dokter, namun setelah klaim diajukan ke BPJS dan dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS, hasil koding tidak sesuai dengan hasil pemeriksaan penunjang. Sehingga berkas klaim dikembalikan dan dilakukan pengecekan ulang dengan hasil pemeriksaan penunjang di bagian rekam medis.

Menurut Notoatmodjo (2010), menyatakan bahwa pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seorang terhadap suatu objek. Penginderaan terjadi melalui panca indera dan sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pendengaran dan penglihatan. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan peneliti tentang pengetahuan koder terhadap klaim pending mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besar tingkatan pengetahuan koder pada tingkatan memahami (*comprehension*), dalam hal ini koder memahami tentang klaim pending dan tidak hanya sekedar tahu terhadap klaim pending tersebut, koder dapat menyebutkan penyebab terjadinya klaim pending yang selama ini terjadi dan dapat menginterpretasikan dengan benar tentang masalah pending yang diketahui tersebut.

b) Faktor Predisposing dari segi sikap.

Berdasarkan wawancara mendalam dan observasi partisipasi yang dilakukan peneliti pada informan utama bahwasanya sikap lebih ke kurang setuju dalam hal menerima klaim *pending* karena petugas mengaku harus meluangkan waktunya untuk mengerjakan berkas pending tersebut terkadang ada beberapa kasus yang mendukung namun ada beberapa yang tidak mendukung tentunya hal ini akan dibuktikan dengan lembar konfirmasi klaim pending atau klaim yang dikembalikan dari pihak BPJS ke rumah sakit untuk dilakukan konfirmasi ulang namun informan mengaku semua itu sudah menjadi tanggung jawabnya, sehingga klaim yang kembali tadi bisa diterima kembali dan dapat terbayarkan oleh pihak BPJS ke rumah sakit, namun hal itu tentu membutuhkan lembar konfirmasi yang harus dijawab dan semua itu dapat dibuktikan dengan bukti yang tepat dan jelas. Berikut kutipan wawancara mendalam yang dilakukan peneliti dengan IU 1 dan IU2 :

“...masih ada rasa nggak terima tuh ada tapi mau gimana lagi udah tanggung jawab kita ,, biar berkas yang pending itu bisa diterima dan terbayarkan maka kita harus bertanggung jawab dan memberikan balasan konfirmasi sesuai masalah pending ,kepada pihak BPJS, intinya bahwa yang berkas pending ini seharusnya benar adanya dengan cara memberikan jawaban konfirmasi pada lembar konfirmasi namun jawaban itu juga harus dibuktikan dengan bukti yang jelas...” (IU 1, 29 tahun)

“...lya sebenarnya sih lebih ke kurang setuju karena harus bolak-balik ngerjakan seperti itu...harusnya kita mengerjakan pekerjaan lainnya,, malah menggunakan waktu kita untuk mengerjakan berkas-berkas pending...” (IU 2, 27 tahun)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan kesediaan untuk bertindak dan bukan pelaksanaan motif tertentu. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

C. Perilaku Pengisian Kode Penyakit Di E-Klaim

Perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri (Notoatmodjo, 2007). Dalam hal ini aktivitas yang dimaksud yaitu penentuan kode ICD 10 dan pengisian kode penyakit pada aplikasi E-klaim dalam penentuan diagnosa utama dan sekunder pada aplikasi e-klaim sangat berpengaruh pada besar kecilnya tarif klaim. Hal ini juga sependapat dengan Indawati L, dkk (2018), bahwasannya tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil. Diagnosa dalam kaidah CBGs, harus ditentukan diagnosa utama dan diagnosa penyerta. Diagnosa penyerta terdiri dari komplikasi dan komorbiditas. Diagnosa penyerta juga dapat mempengaruhi besar kecilnya tarif, karena akan mempengaruhi *level severity* (tingkat keparahan) yang diderita oleh pasien. Sehingga yang perlu diperhatikan yaitu pada saat proses koding dan entry data ke e-klaim.

a) Kode ICD 10

Wawancara yang dilakukan secara mendalam dan observasi oleh peneliti bahwasanya dalam penentuan kode penyakit terutama cara mengkodekan suatu diagnosa menurut informan yaitu dengan melihat diagnosa utama dan diagnosa sekunder itu pada lembar resume medis yang telah melalui proses verifikasi oleh dokter verifikator internal terlebih dahulu sehingga koder dapat lebih

mudah menentukan diagnosa mana saja yang bisa di koding sesuai dengan indikasi klinis dan pemberian terapinya, jika masih mengalami kendala dalam kesulitan membaca tulisan dokter atau masalah lainnya mengenai klinis koder dapat melakukan konsultasi kepada dokter verifikator atau bisa langsung menemui DPJP. Berikut kutipan wawancara mendalam yang dilakukan peneliti dengan IU 1:

“Melihat dari lembar resume medis itu sudah tertulis diagnosa utama dan diagnosa sekunder jadi kita tinggal mengkodekan diagnosa utama dan diagnosa sekundernya jika ada kesulitan membaca tulisan dokter kita bisa konsultasi ke dokter verifikator atau bisa langsung ke DPJP” (IU 1, 29 tahun)

Hal ini sesuai dengan PMK RI NOMOR 76 TAHUN 2016 proses koding dilakukan sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan oleh dokter. Jika ditemukan kesalahan atau inkonsistensi pencatatan diagnosa, maka koder wajib melakukan klarifikasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP). Dalam hal ini koder tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada DPJP, maka koder menggunakan Rule MB1 sampai MB5 untuk memilih kembali kode diagnosa utama („re-seleksi”). Namun ada beberapa kaidah koding yang perlu diperhatikan pada proses pengkodekan diantaranya yaitu pengkodean kategori kombinasi dalam icd-10 menyediakan kategori tertentu yang mana dua diagnosa sekaligus berhubungan dan diwakili hanya satu kode saja sehingga sangat pentingnya kordinasi antara koder dengan dokter verifikator internal terkait ketelitian dalam membaca tulisan DPJP yang terkadang sulit terbaca sehingga mengakibatkan ketidaktepatan dalam penulisan kode ICD 10 kategori kombinasi

b) Entry E-klaim

Berdasarkan wawancara mendalam dan observasi partisipasi yang dilakukan peneliti pada koder bahwasannya salah satu faktor terjadinya *pending* yaitu terjadi ketidaktepatan pada saat pemilihan diagnosa yang ada di lembar *resume* medis untuk dipilih dan dijadikan sebagai diagnosa utama pada aplikasi e-klaim, dalam hal ini penentuan *entry* kode diagnosa utama pada aplikasi e-klaim selain dibutuhkan pemahaman analisa klinis yang tepat untuk menentukan kondisi utama, pemahaman kaidah koding juga sangat penting untuk menentukan kode diagnosa tersebut *include* atau *exclude* dengan kode diagnosa penyerta lainnya atau dengan kata lain tidak dikoding secara terpisah dikarnakan sudah menjadi kode kombinasi antara diagnosa satu dengan yang lainnya pada

aplikasi e-klaim. Berikut kutipan wawancara mendalam yang dilakukan peneliti dengan IT 2 dan IT 3:

"...yang sering menjadikan itu pending biasanya kita salah penempatan pemilihan diagnosa utama jadi setahu saya ya,, yang dijadikan sebagai diagnosa utama sebenarnya menjadi diagnosa sekunder malah dijadikan diagnosa utama waktu mengentri di aplikasi e-klaim...." (IT 2, 35 tahun).

"...yang sering saya jumpai dalam klaim pending biasanya adanya ketidaktepatan dalam pemilihan diagnosa utama yang di inputkan di e-klaim, jadi di kaidah koding itu ada yang namanya include dan exclude yang mengakibatkan diagnosa itu tidak seharusnya kita inputkan karna sudah include dengan diagnosa sekundernya..." (IT 3, 34 tahun).

Pengetahuan mengenai kaidah koding yang menyatakan adanya kode kombinasi juga akan mempengaruhi entry tata letak diagnosa utama dan sekunder pada e-klaim, seperti yang diungkapkan oleh petugas koder (U1) yang mana sebagai contoh seperti kasus *pneumonia* dengan kode J17 dan *sepsis* dengan kode A41.9, yang awalnya *resource* terbesar itu diagnosa *pneumonia* namun ketika disertai oleh diagnosa *sepsis* hal ini akan menjadi kode kombinasi *dagger* (†) dan *asteris* (*) sehingga menjadi sebaliknya *sepsis* yang dijadikan diagnosa utama dan *pneumonia* sebagai diagnosa sekunder pada aplikasi e-klaim dan hal ini juga diungkapkan oleh petugas koder (U1) yang mana sebagai contoh lainnya seperti kasus *congestive Heart Failure* atau CHF dengan kode I50.0 namun di sekundernya terdapat *hipertensi* yaitu dengan kode I10 dalam kaidah atau aspek koding hanya dapat dikode dengan I11.0. Berikut kutipan wawancara mendalam yang dilakukan peneliti dengan IU 1 dan IU 2 :

"...Biasanya, kode kombinasi ya seperti *pneumonia* yang kodenya J17 dan *sepsis* kodenya A41.9 meskipun yang menjadi *resource* terbesarnya itu adalah *pneumonia* namun ketika diagnosa sekundernya itu *sepsis* itu akan menjadi kode kombinasi,, dari kode kombinasi itu yang akan menjadi penentu diagnosa utamanya yang awalnya sebenarnya *pneumonia* kalau tanpa *sepsis* namun ketika ada *sepsis* maka *sepsis* yang akan dijadikan diagnosa utama pada e-klaim,, A41.9† J17.0* ..." (IU 1, 29 tahun).

"...Salah satunya kode kombinasi mas, untuk contoh kasusnya seperti *congestive Heart Failure* atau CHF kodenya I50.0 namun di sekundernya terdapat *hipertensi* yaitu kodenya I10 dalam kaidah atau aspek koding itu kita seharusnya mengkode hanya I11.0, ..." (IU 2, 27 tahun)

Hal ini sesuai dengan PMK RI NOMOR 76 TAHUN 2016 jika diagnosa utama yang ditegakkan dokter dalam ICD 10 menggunakan kode *dagger* (†) dan *asteris* (*) maka yang dikode sebagai diagnosa utama adalah kode *dagger* (†), sedangkan kode *asteris* (*) sebagai diagnosa sekunder namun jika diagnosa sekunder yang ditegakkan dokter dalam ICD 10 menggunakan kode *dagger* dan *asterisk*, maka kode tersebut menjadi diagnosa sekunder. Tanda *dagger* (†) dan *asterisk* (*) tidak diinput di dalam aplikasi e-klaim INA-CBG, namun masih dijumpai beberapa pada klaim pending adanya kode *dagger* dan *asteris* yang mana kode *asteris* dientrykan menjadi diagnosa utama dan kode *dagger* sebagai diagnosa sekunder pada aplikasi e-klaim sehingga hal ini kurang tepat. Dalam hal ini petugas entry juga perlu memahami penulisan koder pada resume medis untuk menentukan pengisian kode penyakit yang sesuai kaidah koding namun pada kenyataannya berdasarkan hasil observasi partisipasi dilapangan yang dilakukan peneliti petugas entry di Rumah Sakit Umum Daerah Lumajang adalah dari tenaga medis lain seperti keperawatan dan kebidanan, Sehingga perlunya petugas entry berkodifikasi dengan koder dalam pengisian kode penyakit rawat inap terutama di era vedika ini.

D. Ketepatan Pengisian Kode Penyakit Rawat Inap

Banyak faktor yang mempengaruhi ketepatan dalam pengisian kode penyakit rawat inap. Pada beberapa penelitian tentang faktor penyebab ketepatan kode penyakit di beberapa literatur, diantaranya dijelaskan adalah kurang jelasnya catatan yang dibuat dokter, kejelasan dan kelengkapan dokumentasi rekam medis, penggunaan sinonim dan singkatan, pengalaman, lama kerja serta pendidikan koder.

Pada penelitian ini, peneliti melakukan observasi terbatas hanya pada klaim rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Lumajang, dikarenakan terbatasnya sumber pencatatan dan waktu penelitian. Berdasarkan hasil telaah dokumen dan wawancara mendalam dapat disimpulkan beberapa faktor yang menjadi penyebab terjadinya pending dari 60 kasus pada bulan januari – februari 2020 pending terkait koding yaitu :

Tabel 2. Faktor Penyebab Pending Dari Kasus Janurai-Februari 2020

No	Kasus Pending Terkait Kode	Prosentase
1	Kesalahan input koding tindakan	5.0%
2	Koding diagnosa tertukar antara primer dan sekunder	33.3%
3	Kesalahan koding diagnose	13.3%
4	Kode gabung diagnosa dikoding sebagai koding terpisah	31.7%

Dalam mengisi kode pada aplikasi e-klaim tentu perlu diperhatikannya tanda pada kode penyakit, diantaranya pengkodean sistem dagger (†) dan asterisk (*). Jika diagnosa utama yang ditegakkan dokter dalam ICD 10 menggunakan kode dagger dan asterisk maka yang dikode sebagai diagnosa utama adalah kode dagger, sedangkan kode asterisk sebagai diagnosa sekunder. Namun jika diagnosa sekunder yang ditegakkan dokter dalam ICD 10 menggunakan kode dagger dan asterisk, maka kode tersebut menjadi diagnosa sekunder. Tanda dagger (†) dan asterisk (*) tidak diinput di dalam aplikasi INA-CBG.

Hsia (2009) menyebutkan bahwa 61,7% kesalahan pengodean yang terjadi di pelayanan kesehatan tersebar pada dokter dan petugas administrasi rumah sakit yang bertugas menangani kegiatan pengodean. Kesalahan ini mayoritas dilakukan oleh petugas *koding* yang tidak mampu memahami dalam pemilihan kode untuk penyakit yang lebih kompleks. Berdasarkan penelitian tersebut dapat diketahui bahwa petugas *koding* dalam melakukan pengodean harus benar-benar memahami penyakit yang diderita pasien untuk kemudian ditentukan kode diagnosanya untuk memperkecil kesalahan kode yang dihasilkan.

Ada „selain pedoman dari ICD itu sendiri, ditambah lagi dengan aturan dari BPJS yaitu BA kesepakatan bersama yang membahas mengenai kesesuaian Kode pada aplikasi E-Klaim...” (IU 1, 29 tahun)

kalau regulasi ada,, dari ICDnya sendiri ada, dari BPJS sendiri juga ada berupa BA kesepakatan bersama,, ada juga rule MB 1 sampai 5 untuk reseleksi kondisi utamanya...” (IU 2, 27 tahun)

Kode penyakit yang tepat adalah kode diagnosa yang ditulis spesifik sesuai dengan kode yang ada pada ICD-10 dan pemilihan kode alfabet beserta nomor dan jumlah digit yang dihasilkan. Kode penyakit yang berupa kode alfanumerik memiliki digit yang berbeda sesuai dengan penyakit dan kelompok penyakit. Ada kode yang memiliki 3 digit atau 4 digit. Kode 3 digit dianjurkan untuk data pelaporan WHO mortality database dan perbandingan umum internasional (WHO, 2002). Menurut Hatta (2008), proses ketepatan pengodean harus memonitor beberapa elemen, yaitu :

- Konsisten bila dikode petugas berbeda kode tetap sama (*reliability*)
- Kode tepat sesuai diagnosa dan tindakan (*validity*)

- Mencakup semua diagnosa dan tindakan yang ada di rekam medis (*completeness*)
- Tepat waktu (*timeless*)

Ketepatan dalam pengisian kode penyakit tentunya saling berkaitan dengan penulisan kode penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi, lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan.

E. Klaim JKN di Era VEDIKA

Berdasarkan data sekunder dari laporan klaim berita acara *closing* bulanan di Rumah Sakit Umum Daerah Lumajang dengan total jumlah pengajuan 328 kasus dari bulan Januari 2020 masih terdapat berkas yang terpending, adapun kasus yang terpending lebih dominan pada ketidaksesuaian koding pada e-klaim yaitu 60% sedangkan kasus klinis 48% dan administrasi kelengkapan data klaim hanya 2% yang menjadi berkas pending. bisa disimpulkan data pending terbanyak pada ketidaksesuaian koding pada e-klaim dan konfirmasi kasus klinis.

Berdasarkan wawancara mendalam dan observasi partisipasi yang dilakukan peneliti pada informan bahwasannya berkas klaim dari Rumah Sakit bisa sampai terpending hingga tiga kali lebih khususnya pada kasus klinis yang mana lebih mengarah pada ketidaksesuaian gejala klinis yang menjadi kondisi utama salah satunya seperti kasus febris yang tidak ada diagnosa penyerta lain sehingga koder hanya mengkodekan Febris pada resume medis dan hal ini menjadi pending berulang karena BPJS Kesehatan menyarankan kasus seperti ini bisa dirawat di faskes pertama sedangkan untuk kasus kelengkapan administrasi dan ketidaksesuaian koding rata-rata terpending cukup satu kali saja dengan konfirmasi kesesuaian regulasi koding. Berikut kutipan wawancara mendalam yang dilakukan peneliti dengan IU 1 dan IU2 :

“...Pernah, malah pernah sampai tiga kali lebih terpending,, tapi itu lebih ke kasus klinisnya,, kalau untuk kasus kodingnya mungkin pending sekali kita bisa perbaiki dengan konfirmasi kesesuaian regulasi koding...” (IU 1, 29 tahun)

“...Pernah mas,, itu lebih mengarah pada kasus gejala klinis yang menjadi kondisi utama seperti febris dan tidak ada diagnosa penyerta lain yang jadi penyerta di resume, ini terpending karena harusnya kasus febris bisa dirawat di faskes pertama...” (IU 2, 27 tahun)

Adanya klaim yang berulang hingga lebih dari 3 kali ini akan mengakibatkan penumpukan klaim di bulan selanjutnya sehingga akan menghambat pekerjaan pada

bulan" tersebut dan ini juga akan berdampak berbahaya untuk jangka panjangnya dikarenakan batasan pengajuan 6 bulan kadaluarsa kadaluarsa klaim. Sesuai dengan peraturan direksi badan pelayanan jaminan sosial Kesehatan Nomor 47 tahun 2016 bahwasanya Kadaluarsa klaim pelayanan kesehatan terhitung 6 bulan setelah pelayanan kesehatan yang diterima oleh peserta JKN. Oleh sebab itu Rumah Sakit perlu meningkatkan kembali dalam kesesuaian pada kelengkapan data klinis pasien, dikarenakan salah satu faktor ketepatan pengkodean juga berdasarkan dari kesesuaian data klinis tersebut. Sehingga kedepannya diharapkan Rumah sakit dapat melakukan rapat koordinasi dan evaluasi mingguan atau bulanan dalam hal persamaan persepsi antara dokter verifikator internal, koder dan petugas entry e-klaim dalam peningkatan pelayanan pengajuan klaim terutama pada kasus klaim pending, hal ini bertujuan untuk mengurangi terjadinya klaim pending yang berulang ulang di era Vedika saat ini

Kesimpulan Dan Saran

Kesimpulan

Hasil analisis Faktor *Predisposing* berdasarkan segi pengetahuan, secara garis besar tingkatan pengetahuan koder yaitu pada tingkatan memahami (*comprehension*), dalam hal ini koder memahami tentang klaim pending dan tidak hanya sekedar tahu terhadap klaim pending tersebut, koder dapat menyebutkan penyebab terjadinya klaim pending secara detail. Berdasarkan segi sikap, lebih ke kurang setuju dalam hal menerima klaim *pending* karena petugas harus meluangkan waktunya untuk mengerjakan berkas pending tersebut kembali namun petugas tetap bertanggung jawab (*responsible*), dalam menjawab lembar konfirmasi klaim pending atau klaim yang dikembalikan dari pihak BPJS Kesehatan ke rumah sakit untuk dilakukan konfirmasi ulang.

Dalam pemberian kode icd 10 dengan melihat diagnosa utama dan diagnosa sekunder pada lembar resume medis yang telah melalui proses verifikasi oleh dokter verifikator internal terlebih dahulu sehingga koder dapat lebih mudah menentukan diagnosa yang sesuai untuk dikoding berdasarkan indikasi klinis dan terapinya.

Adanya kode kombinasi juga akan mempengaruhi *entry* tata letak diagnosa utama dan sekunder pada e-klaim, dalam hal ini penentuan *entry* kode diagnosa utama pada aplikasi e-klaim selain dibutuhkan pemahaman analisa klinis yang tepat untuk menentukan kondisi utama, pemahaman kaidah koding juga sangat penting untuk menentukan kode

diagnosa tersebut *include* atau *exclude* dengan kode diagnosa penyerta lainnya.

Dalam mengisi kode pada aplikasi e-klaim tentu perlu diperhatikannya tanda pada kode penyakit, diantaranya pengkodean sistem dagger (†) dan asterisk (*) dan Ketepatan dalam pengisian kode penyakit tentunya saling berkaitan dengan penulisan kode penyakit yang sesuai dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10.

Vedika merupakan sistem yang dikembangkan oleh BPJS Kesehatan untuk mempercepat proses verifikasi klaim, namun masih adanya kasus yang sampai terpending hingga lebih dari tiga kali dan hal ini akan berdampak berbahaya untuk jangka panjangnya, dikarenakan adanya batasan pengajuan 6 bulan kadaluarsa kadaluarsa klaim di era vedika saat ini.

Saran

Meningkatkan ketepatan dalam pengisian kode penyakit dengan pemahaman mengenai pengkodean sistem dagger (†) dan asterisk (*).

Meningkatkan ketaatan terkait regulasi klaim dalam mempercepat proses verifikasi.

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengkaji lebih banyak sumber ataupun referensi yang terkait ketepatan pengisian kode penyakit.

Daftar Pustaka

- Agiwahyunto, F. dkk. 2016. *Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosa Klinis Dan Diagnosa Asuransi Dengan Diberlakukannya Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Pelayanan Bpjs Kesehatan Studi Di RSUD Kota Semarang*. Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia. Semarang.
- Artanto, Antonius. 2018. *Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016*. Program Studi Pasca Sarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Indonesia. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). 2017. *User Manual Vclaim*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial BPJS.
- Depkes RI. PERMENKES NO 269/MENKES/PER/III.2008
- Depkes RI. PERMENKES NO 269/MENKES/PER/III.2008.
- Hatta, R. G.,2008., *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press.

- Hsia, D. C. 2009. Accuracy of Diagnostic Coding for Medicare Patients Under The Prospective- Payment System. Diakses dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3113929/>
- Notoatmodjo, S. 2007. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016.
- Pujianto dkk. 2018. Analisis Kinerja Dokter Verifikator Internal dalam Menurunkan Angka Klaim Pending di RSUD Koja Tahun 2018. Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Indonesia.
- Windari, Adhani, AntonKristijono. 2016. *Analisis Ketepatan Koding Yang Dihasilkan Koder Di Rsud Ungara*. Semarang.