

Audit Kode Klinis Pasien Rawat Inap Jaminanan BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Tipe C Dan D Wilayah DIY

Hosizah¹, Kori Puspita Ningsih², Umi Khoirun Nisak Lily³, Widjaja⁴

^{1,4}Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul, Indonesia

²Fakultas Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta, Indonesia

³Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sidoarjo, Indonesia

Article Info

Article history:

Received Jul 14, 2024

Revised Aug 24, 2024

Accepted Aug 28, 2024

Keywords:

Auditing
Clinical Code
BPJS Health
ICD-10
ICD-9CM

ABSTRACT

The quality of diagnosis codes is an important part of the hospital management level. The impact of a lack of quality diagnosis codes is the potential to reduce hospital income. A clinical coding audit needs to be conducted to review and analyze discovered errors and attempt to trace their source. The purpose of this research is to audit the code. The research approach was carried out through a quantitative descriptive approach. The research population was inpatient medical records of BPJS Health patients. Sample calculations use Slovin, with a margin of error of 10%. In this study, the clinical coding audit involved 3 coders in each hospital, coding experts from senior practitioners from Type B Hospitals and experts from academics. The results of the clinical code audit showed that the timeliness aspect was 100%, accuracy was 92.5%, completeness was 91.0%, relevance, and legitimacy were 87.5% each, while the lowest was in the reliability aspect at 80.0%. The results of the legibility aspect are in line with the results of relevance. This shows that determining clinical codes for case mix purposes must be supported by complete documentation of the patient's medical records.

This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.



Corresponding Author:

Kori Puspita Ningsih,
Fakultas Kesehatan,
Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta,
Jl. Brawijaya, Ringroad Barat, Ambarketawang, Gamping, Sleman, DIY.
Email: puspitakori@gmail.com

1. PENDAHULUAN

BPJS kesehatan melakukan pembayaran klaim kepada rumah sakit dengan metode pembayaran prospektif melalui sistem casemix. Case based paymet (casemix) merupakan sistem yang mengelompokkan diagnosis dan prosedur berdasarkan kondisi klinis dan sumberdaya atau biaya perawatan yang memiliki kemiripan atau kesamaan menggunakan software grouper yang saat ini dikenal dengan Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs). Dasar dari pengelompokkan kode INA-CBGs menggunakan sistem klasifikasi yang berlaku secara internasional. Dasar klasifikasi kode diagnosis berdasarkan *International Statistical Classification Of Disease And Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-*

10) sedangkan dasar klasifikasi prosedur/tindakan medis berdasarkan *The International Classification of Diseases, Clinical Modification (ICD-9-CM)* [2].

Kualitas kode diagnosis menjadi bagian penting di level manajemen rumah sakit. Dampak yang ditimbulkan dari kurangnya kualitas kode diagnosis adalah adanya potensi menurunkan pendapatan rumah sakit hingga 32,6% dan berpotensi menurunkan pendapatan rumah sakit sebesar 4,2% dibandingkan dengan klaim seharusnya [3]. Penelitian lain di Malaysia juga menunjukkan potensi kerugian yang dialami rumah sakit X ketika coder salah menentukan kode diagnosis mencapai RM 654.303,91 (2,2 miliar rupiah) per tahun [4]. Kurangnya kualitas kode juga berdampak pada pengembalian klaim pasien BPJS [5–8], informasi pelaporan yang tidak akurat, resiko kesalahan pengambilan keputusan [9], potensi *fraud* dan *abuse* [9], dan masalah ketidakakuratan penghitungan statistik rumah sakit, laporan pelayanan kesehatan tidak berkualitas, kepentingan riset klinik dan pengembangan kebijakan kesehatan oleh pemerintah daerah akan terkendala, serta permasalahan klaim asuransi [10].

Para peneliti dari berbagai negara telah mempelajari kualitas kode klinis. Penelitian pada tahun 1970-an menemukan kesalahan substansial dalam pemberian kode data klinis berkisar antara 20%-80%. Sedangkan penelitian pada 1980-an dilaporkan sedikit meningkat dengan tingkat kesalahan rata-rata sekitar 20%, dan kebanyakan di bawah 50%. Selanjutnya penelitian tahun 1990-an ditemukan dari 1.980 studi, tingkat kesalahan berkisar 0-70% [11]. Pada beberapa negara seperti di Inggris, akurasi kode data klinis berkisar antara 53-100% (rata-rata 97%), di Arab Saudi tingkat kesalahan pemberian kode data klinis dilaporkan 30%, dan studi lain mengungkapkan tingkat akurasi berkisar 85-95% [12]. Hasil penelitian di berbagai jurnal menunjukkan bahwa tingkat akurasi kode data klinis telah menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun, namun demikian angka keakurasian rata-rata masih berkisar antara 30-70% [13].

Pengkodean diagnosis yang akurat, *complete* dan konsisten akan menghasilkan data yang berkualitas. Ketepatan dalam pemberian kode diagnosis merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis dan informasi kesehatan. Ketepatan kode diagnosis sangat penting di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan [14]. Akan tetapi, masih sering ditemukan ketidaktepatan kode diagnosis yang dihasilkan oleh *clinical coder*. Audit pengkodean klinis adalah proses pemeriksaan pendokumentasian rekam medis untuk memastikan bahwa proses dan hasil pengkodean diagnosis dan tindakan yang dihasilkan adalah akurat, presisi dan tepat waktu sesuai dengan aturan ketentuan kebijakan dan perundang-undangan yang berlaku. Audit pengkodean klinis perlu dilakukan untuk mereview dan menganalisis kesalahan yang ditemukan dan berusaha untuk menelusuri sumbernya, membandingkan informasi yang dihasilkan oleh *clinical coder* dengan informasi yang tertera di dalam rekam medis pasien, dan mengidentifikasi area praktik pengkodean yang perlu peningkatan. Proses audit dapat dilakukan dengan meninjau empat elemen kualitas pengkodean yaitu *validity*, *reliability*, *completeness* dan *timeliness* [14].

Beberapa negara juga telah mengembangkan instrumen audit klinis [15], begitu juga di Indonesia tepatnya di RSUP Fatmawati [16]. Indikator audit koding klinis meliputi *reliability*, *completeness*, *timeliness*, *accuracy*, *relevancy* dan *legibility*. Instrumen audit coding klinis di RSUP Fatmawati perlu diujikan kembali pada lingkungan yang lebih luas dengan menetapkan indeks agar jelas batasan (*cut off*) kualitas koding. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menguji instrument audit koding klinis yang telah dihasilkan dari penelitian sebelumnya di lokasi yang lebih luas.

Saat ini beberapa rumah sakit mengalami pending klaim yang disebabkan hasil studi pendahuluan di RS Mitra Paramedika terdapat pending klaim sebanyak 382 (12,6%) dari 3.024 pengajuan klaim. RS Nur hidayah Bantul juga mengalami pending klaim klaim

sebanyak 169 (7,1%) dari 2.369 pengajuan klaim. RS PKU Muhammadiyah Bantul juga mengalami pending klaim sebanyak 420 (19,6%) dari 2.140 pengajuan klaim. Dari klaim pending tersebut disebabkan oleh aspek administrasi sebesar 35%, klinis 34% dan *coding* 31%. Salah satu aspek audit kode klinis adalah *relevancy*, yaitu kode diagnosa dan tindakan yang dihasilkan harus sesuai dan dapat digunakan untuk statistik pelaporan dan penggantian biaya [16]. Oleh karena itu diperlukan kegiatan audit kode klinis guna menjamin mutu *coding*. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan audit kode klinis pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan di RS Tipe C dan D wilayah DIY.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan selama 1 tahun (2022-2023). Penelitian ini dilaksanakan di 2 RS tipe D yaitu RS Nur Hidayah Bantul dan RS Mitra Paramedika serta 1 RS tipe C yaitu RS PKU Muhammadiyah Bantul. Pendekatan penelitian dilakukan melalui pendekatan dekriptif kuantitatif. Responden pada penelitian ini petugas rekam medis bagian *coding*, pakar *coding* dari RS Tipe B dan pakar *coding* dari akademisi. Adapun jumlah petugas coder di RS Nur Hidayah Bantul sebanyak 4 coder, RS Mitra paramedika sebanyak 4 orang, dan RS PKU Muhammadiyah Bantul sebanyak 7 orang. Guna memenuhi kebutuhan 3 responden coder di masing-masing rumah sakit dan meminimalkan bias, maka dilakukan pemilihan responden secara random menggunakan random number generation.

Populasi penelitian adalah rekam medis rawat inap pasien BPJS bulan Desember tahun 2022 yang berjumlah 1.778. Perhitungan sampel menggunakan Slovin, dengan margin error 10%. berikut besar sampel penelitian ini:

Tabel 1. Populasi dan Sampel Penelitian

No	Nama RS	Populasi	Sampel (Margin error 10%)
1	RS Nur Hidayah	421	81
2	RS Muhammadiyah Bantul	820	90
3	RS Mitra Para Medika	537	84
	Jumlah	1.778	255

Guna meminimalkan bias pada penelitian ini, pengambilan sampel rekam medis pasien dilakukan secara random, menggunakan *random number generation*. Pengumpulan data dilakukan secara primer dan sekunder. Pada pengumpulan data primer didapatkan dengan cara melakukan analisis audit kode klinis diagnosis dan tindakan pada rekam medis pasien. Sedangkan, data sekunder diperoleh dari hasil studi dokumen terkait Kebijakan dan Standar Prosedur Operasional yang berlaku di RS tersebut. Analisis data dilakukan secara analisis univariat. Data disajikan dalam bentuk persentase dan grafik.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

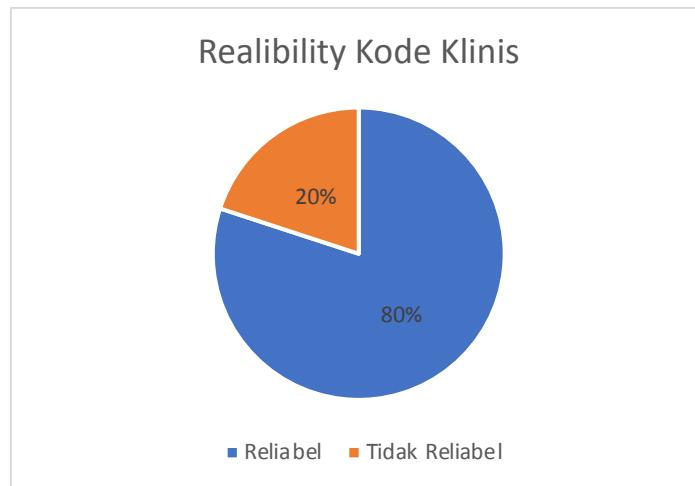
Reliability Kode Klinis

Pada penelitian ini aspek *Reliability* dinilai dari konsistensi kode diagnosa dan tindakan yang dihasilkan oleh setiap *clinical coder*. Setiap diagnosis dan tindakan pada satu rekam medis diberikan kode diagnosis dan tindakan oleh 3 orang *clinical coder*. Kode klinis dinyatakan tidak reliabel atau inkonsisten apabila terdapat perbedaan hasil pengkodean antara ke-3 coder. Selanjutnya konsistensi hasil pengkodean klinis tersebut divalidasi oleh Pakar Coding. Berikut hasil *realibility* kode klinis:

Tabel 2. Reliability Kode Klinis

No	Nama RS	Sampel	Jumlah	Persentase
1	RS Nur Hidayah	81	64	79,0%
2	RS PKU Muhammadiyah Bantul	90	71	78,9%
3	RS Mitra Para Medika	84	69	82,1%
	Jumlah	255	204	80,0%

Berdasarkan tabel 2 dapat disampaikan bahwa aspek *reliability* tertinggi sebesar 82,1% di RS Mitra Paramedika, sedangkan *reliability* terendah terdapat sebesar 79,0% di RS Nur Hidayah.

**Gambar 1. Reliability Kode Klinis**

Berdasarkan gambar 1 dapat disampaikan bahwa rata-rata konsistensi kode klinis pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan di RS Tipe C dan D wilayah DIY sebesar 80%. Hal ini menunjukkan terdapat 20% inkonsistensi hasil pengkodean antara ke-3 coder di rumah sakit tipe C dan D wilayah DIY. *Reliability* menekankan kebutuhan untuk mengulang pengumpulan data, pemrosesan, penyimpanan, dan representasi data; hasil yang konsisten bergantung pada konsistensi data masukan [15]. *Reliability coding* menjadi bagian yang penting dalam meningkatkan kualitas kode yang tinggi [17].

Guna meningkatkan konsistensi kode klinis di rumah sakit diperlukan pengetahuan yang sama antara ke-3 coder. engetahuan bagi pegawai hal yg sangat diperlukan agar tidak terjadi kesalahan dalam pengkodean diagnosa sehingga terhambatnya klaim BPJS dalam aplikasi INA CBG's [18]. Hasil literatur riview menunjukkan pengetahuan coder yang diperlukan terkait tata cara coding, ketepatan penentuan bab-blok kategori penyakit, kesalahan pemilihan digit keempat, dan pemahaman akan istilah penyakit [19]. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan pengetahuan yang sudah dimiliki coder yaitu mengenai cara mengkode dengan ICD-10 dan kode tindakan menggunakan ICD-9-CM, mengerti dan memahami istilah-istilah terminologi medis, mengerti dan memahami konvensi tanda baca yang berada di ICD-10. Pengetahuan yang belum dimiliki adalah pengetahuan mengenai pemeriksaan penunjang, hasil pemeriksaan laboratorium, dan terapi obat [18]. Oleh karena itu, diperlukan kegiatan pelatihan terkait kode klinis guna meningkatkan pengetahuan coder.

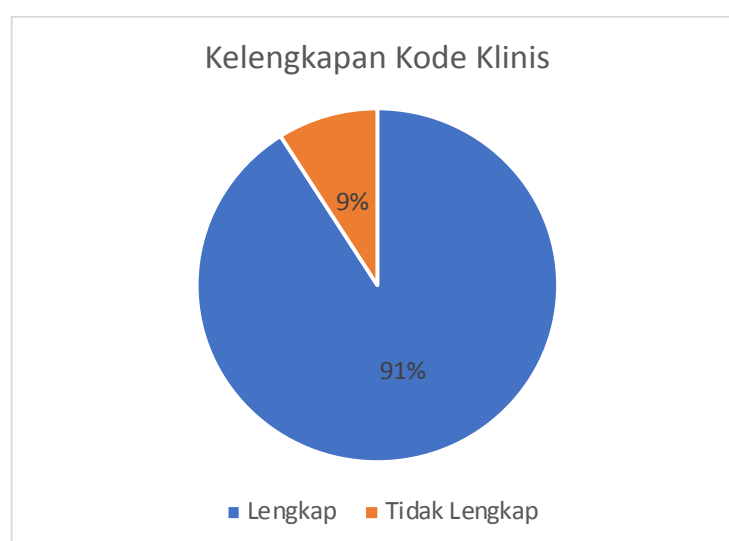
Completeness Kode Klinis

Pada penelitian ini aspek kelengkapan dianalisis dari pemberian kode diagnosis yang lengkap yaitu mencakup diagnosis primer, diagnosis sekunder (jika diperlukan) dan tindakan (jika ada). Kelengkapan klinis tersebut divalidiasi oleh Pakar Coding. Berikut hasil kelengkapan kode klinis:

Tabel 3. Kelengkapan Kode Klinis

No	Nama RS	Sampel	Jumlah	Persentase
1	RS Nur Hidayah	81	75	92,6%
2	RS PKU Muhammadiyah Bantul	90	77	85,6%
3	RS Mitra Para Medika	84	80	95,2%
	Jumlah	255	232	91,0%

Berdasarkan tabel 3 dapat disampaikan bahwa kelengkapan kode klinis tertinggi sebesar 95,2% di RS Mitra Paramedika sedangkan kelengkapan terendah sebesar 85,6% di RS PKU Muhammadiyah Bantul. Contoh ketidaklengkapan kode diagnosis yang terjadi di rumah sakit seperti kasus suspect tonsilitis hanya diberikan kode diagnosis utama suspect saja tanpa kode diagnosis sekunder tonsilitis, kasus cedera dengan eksternal cause hanya diberikan kode cedera saja tanpa kode *eksternal cause*, kasus persalinan hanya diberikan kode metode persalinan saja tanpa *oucome delivery*, dan sebagainya. Contoh ketidaklengkapan kode tindakan yang terjadi di rumah sakit seperti kasus pemeriksaan darah tidak dikode hanya prosedur pembedahan utama saja.

**Gambar 2. Kelengkapan Kode Klinis**

Berdasarkan gambar 2 dapat disampaikan bahwa kelengkapan kode klinis pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan di RS Tipe C dan D wilayah DIY sebesar 91,0%. Hal ini menunjukkan kode diagnosis ditulis lengkap baik mencakup kode diagnosis primer dan diagnosis sekunder (jika diperlukan) serta kode tindakan (jika ada).

Berdasarkan hasil penelitian, 13% masih terdapat kode diagnosis dan tindakan belum lengkap seperti tidak melengkapi kode morfologi pada BAB II ICD-10 dan kode *external cause* pada BAB XIX ICD-10. Kode diagnosis dapat diidentifikasi menjadi kode yang lengkap dan tidak lengkap. Kode lengkap adalah penetapan kode penyakit yang tepat, lengkap dan sesuai dengan ICD-10, sedangkan kode tidak lengkap adalah penetapan kode penyakit yang tidak lengkap dan tidak sesuai dengan ICD-10 [20]. Kelengkapan dapat diartikan sebagai keberadaan semua data yang diperlukan dan setiap elemen data wajib dalam kumpulan data harus dilengkapi, meskipun pemasukan data tertunda karena misalnya keadaan darurat yang tidak terduga [15].

Timeliness Kode Klinis

Pada penelitian ini aspek kelengkapan dianalisis dari penetapan kode diagnosa dilakukan oleh coder mengacu pada ketentuan yang berlaku di rumah sakit. Kode diagnosis menjadi bagian dari isi rekam medis. Standar kelengkapan waktu pengisian rekam medis di RS Nur Hidayah Bantul selama 2x24 jam, RS Mitra Paramedika selama

1x24 jam dan RS PKU Muhammadiyah Bantul selama 1x24 jam. Berikut hasil ketepatan waktu kode klinis:

Tabel 4. Ketepatan Waktu Kode Klinis

No	Nama RS	Sampel	Jumlah	Persentase
1	RS Nur Hidayah	81	81	100,0%
2	RS PKU Muhammadiyah Bantul	90	90	100,0%
3	RS Mitra Para Medika	84	84	100,0%
Jumlah		255	255	100,0%

Berdasarkan tabel 4 dapat disampaikan bahwa ketepatan waktu pengisian kode klinis pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan di RS Tipe C dan D wilayah DIY mencapai 100%. Informasi terutama informasi klinis, harus didokumentasikan ketika suatu peristiwa terjadi, pengobatannya dilakukan atau hasilnya dicatat. Menunda dokumentasi dapat menyebabkan informasi dihilangkan dan kesalahan tercatat [21].

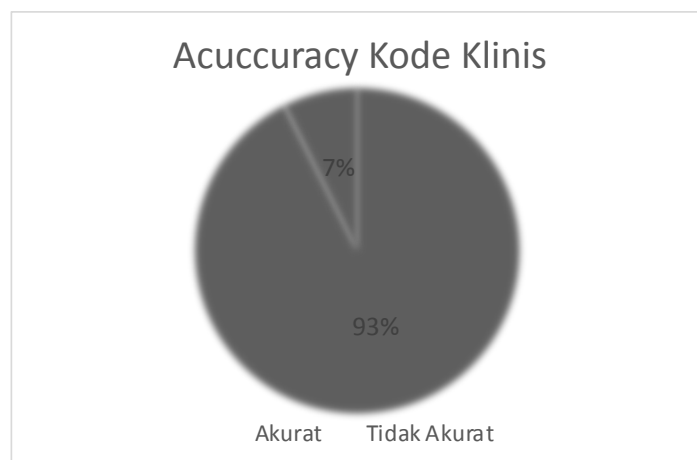
Accuracy Kode Klinis

Pada penelitian ini aspek accuracy dinilai dari kesesuaian diagnosis yang ditetapkan oleh dokter dan tindakan yang diberikan kepada pasien dengan kode diagnosis yang ditetapkan oleh *clinical coder* sesuai dengan ICD-10 dan kode tindakan yang ditetapkan oleh *clinical coder* sesuai dengan ICD 9 CM. Keakuratan kode klinis tersebut divalidiasi oleh Pakar Coding. Berikut hasil *accuracy* kode klinis:

Tabel 5. Keakuratan Kode Klinis

No	Nama RS	Sampel	Jumlah	Persentase
1	RS Nur Hidayah	81	73	90,1%
2	RS PKU Muhammadiyah Bantul	90	85	94,4%
3	RS Mitra Para Medika	84	78	92,9%
Jumlah		255	236	92,5%

Berdasarkan tabel 5 dapat disampaikan bahwa keakuratan kode klinis tertinggi sebesar 94,4% di RS PKU Muhammadiyah Bantul sedangkan keakuratan terendah sebesar 90,1% di RS Nur Hidayah. Contoh ketidakakuratan kode diagnosis yang terjadi seperti ketidakakuratan pemberian kode diagnosis mulai pada digit ke-2 yang menunjukkan kelompok blok kode diagnosis dan pada sub kategori ke-4 yang menunjukkan spesifik kode diagnosis ICD-10.



Gambar 4. Keakuratan Kode Klinis

Berdasarkan gambar 4 dapat disampaikan bahwa kelakuratan kode klinis pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan di RS Tipe C dan D wilayah DIY sebesar 92,5%. Hasil penelitian di berbagai jurnal menunjukkan bahwa tingkat akurasi kode data klinis telah menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun, namun demikian angka keakurasian rata-rata masih berkisar antara 30-70% [13]. Kualitas data terkode merupakan hal penting bagi kalangan tenaga personel manajemen informasi kesehatan, fasilitas asuhan kesehatan, dan para profesional manajemen informasi kesehatan. Ketepatan data diagnosis sangat krusial di bidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan. Maka dari itu keakuratan kode diagnosis sangat penting dalam manajemen informasi kesehatan dan informasinya sangat berguna bagi para profesional manajemen informasi kesehatan [14].

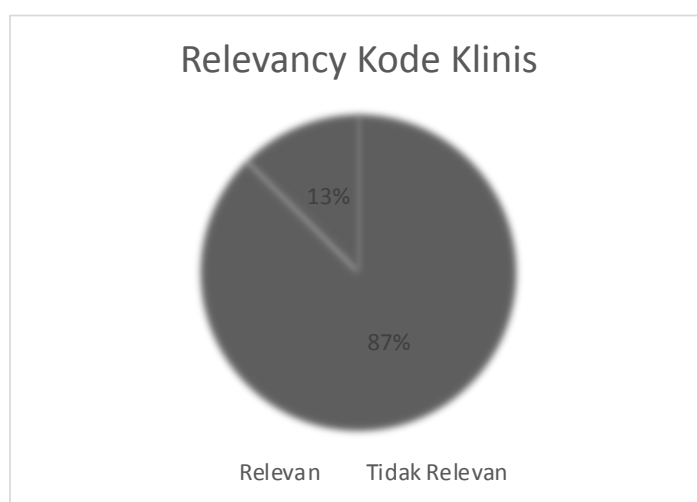
Relevancy Kode Klinis

Pada penelitian ini aspek *relevancy* dinilai dari kode diagnosa dan tindakan yang dihasilkan harus sesuai dan dapat digunakan untuk penggantian biaya BPJS Kesehatan. Kode dinyatakan tidak relevan apabila hasil pengkodean tersebut menyebabkan pending klaim. Berikut hasil *relevancy* kode klinis:

Tabel 6. Relevancy Kode Klinis

No	Nama RS	Sampel	Jumlah	Persentase
1	RS Nur Hidayah	81	77	95,1%
2	RS PKU Muhammadiyah Bantul	90	66	73,3%
3	RS Mitra Para Medika	84	80	95,2%
Jumlah		255	223	87,5%

Berdasarkan tabel 6 dapat disampaikan bahwa relevancy kode klinis tertinggi sebesar 95,2% di RS Mitra paramedika dan sedangkan keakuratan terendah sebesar 73,3% di PKU Muhammadiyah Bantul. Contoh kasus yang menyebabkan pending adalah petugas coder telah menetapkan kode diagnosis utama menggunakan ICD-10 sesuai diagnosis utama yang ditulis oleh dokter namun hasil pemeriksaan penunjang diagnosis belum ada. Seharusnya penegakan diagnosis utama setelah hasil pemeriksaan penunjang medis keluar dan coder melakukan konfirmasi kepada dokter apabila hasil pemeriksaan penunjang medis pasien sudah keluar.



Gambar 5. Relevancy Kode Klinis

Berdasarkan gambar 4 dapat disampaikan bahwa kelakuratan kode klinis pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan di RS Tipe C dan D wilayah DIY sebesar 87,5%, hal ini menunjukkan rata-rata kode klinis yang menyebabkan pending klaim sebesar 12,5%.

BPJS kesehatan melakukan pembayaran klaim kepada rumah sakit dengan metode pembayaran prospektif melalui sistem *casemix*. *Case based paymet (casemix)* merupakan sistem yang mengelompokkan diagnosis dan prosedur berdasarkan kondisi klinis dan sumberdaya atau biaya perawatan yang memiliki kemiripan atau kesamaan menggunakan *software grouper* yang saat ini dikenal dengan *Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*. Dasar dari pengelompokkan kode INA-CBGs menggunakan sistem klasifikasi yang berlaku secara internasional. Dasar klasifikasi kode diagnosis berdasarkan *International Statistical Classification Of Disease And Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)* sedangkan dasar klasifikasi prosedur/tindakan medis berdasarkan *The International Classification of Diseases, Clinical Modification (ICD-9-CM)* [22].

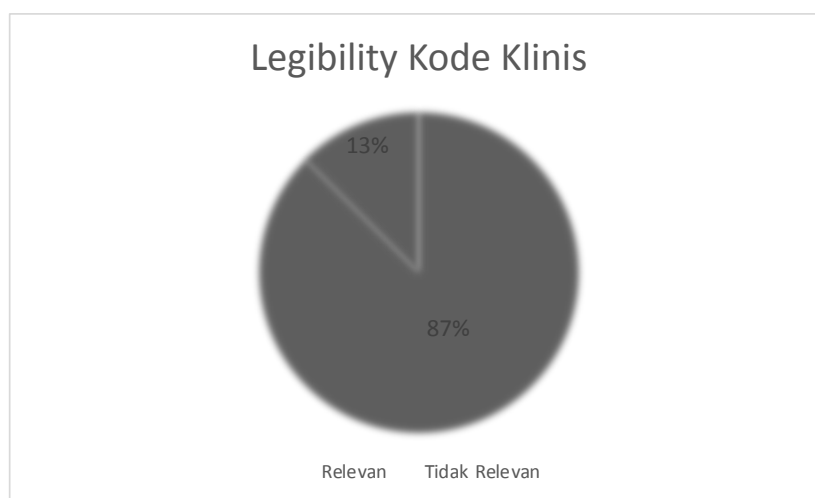
Legibility Kode Klinis

Pada penelitian ini aspek *legibility* dinilai dari diagnosa dan tindakan yang tertulis dalam lembaran resume medis dan lembaran lain yang diperlukan seperti catatan perkembangan pasien terintegrasi, patologi anatomi dan laporan operasi harus dapat dibaca dan mudah dipahami. Kode klinis dinyatakan tidak *legible* apabila penetapan kode klinis tanpa didukung pemeriksaan penunjang. Aspek *legibility* merupakan bagian kritis, karena dalam proses pemberian kode klinis perlu didukung dengan bukti penulisan diagnosis dan tindakan yang menggambarkan pemberian pelayanan medis pasien. Berikut hasil *legibility* kode klinis.

Tabel 7. Legibility Kode Klinis

No	Nama RS	Sampel	Jumlah	Persentase
1	RS Nur Hidayah	81	77	95,1%
2	RS PKU Muhammadiyah Bantul	90	66	73,3%
3	RS Mitra Para Medika	84	80	95,2%
	Jumlah	255	223	87,5%

Berdasarkan tabel 7 dapat disampaikan bahwa relevancy kode klinis tertinggi sebesar 95,2% di RS Mitra paramedika dan sedangkan keakuratan terendah sebesar 73,3% di PKU Muhammadiyah Bantul. Contoh kasus kode klinis dinyatakan tidak *legible* adalah kasus neoplasma tidak disertai dengan hasil pemeriksaan patologi anatomi (PA), kasus thyoid fever tidak disertai dengan tes widal, dan sebagainya.



Gambar 6. Legibility Kode Klinis

Berdasarkan gambar 6 dapat disampaikan bahwa kelakuratan kode klinis pasien rawat inap jaminan BPJS Kesehatan di RS Tipe C dan D wilayah DIY sebesar 87,5%.

Hasil aspek *legibility* selaras dengan hasil *relevancy*. Hal ini menunjukkan konsep penetapan kode klinis untuk kepentingan *casemix* harus didukung dengan kelengkapan dokumentasi rekam medis pasien. Apabila kode klinis sudah ditetapkan namun hasil pemeriksaan penunjang medis belum ada maka kode tersebut dikatakan tidak *legibel* dan akan berdampak pengajuan klaim tersebut akan terpending (tidak relevan). *Legibility* menunjukkan semua data baik tertulis, transkripsi dan/atau cetak harus dapat dibaca untuk mencerminkan representasi informasi klinis [15]. Oleh karena itu diperlukan ketrampilan seorang coder sangat diperlukan dalam menetapkan kode klinis dengan memperhatikan isi dokumentasi klinis dan pemeriksaan penunjang medis pada rekam medis.

4. KESIMPULAN

Audit koding klinis melibatkan 3 orang coder di masing-masing rumah sakit, pakar coding dari praktisi senior dari RS Tipe B dan pakar dari akademisi. Dari ke enam aspek audit kode klinis dapat disimpulkan hasil tertinggi terdapat pada aspek *timeliness* 100%, *accuracy* 92,5% *completeness* 91,0%, *relevancy* dan *legibility* masing-masing sebesar 87,5%, sedangkan terendah pada aspek *reliability* sebesar 80,0%. Hasil aspek *legibility* selaras dengan hasil *relevancy*. Hal ini menunjukkan konsep penetapan kode klinis untuk kepentingan *casemix* harus didukung dengan kelengkapan dokumentasi rekam medis pasien. Apabila kode klinis sudah ditetapkan namun hasil pemeriksaan penunjang medis belum ada maka kode tersebut dikatakan tidak *legibel* dan akan berdampak pengajuan klaim tersebut akan terpending (tidak relevan). Rendahnya aspek *reliability* menunjukkan adanya inkonsistensi penetapan kode klinis pada 3 coder di masing-masing RS tersebut. Hal ini disebabkan karena pengetahuan coder yang tidak sama, sehingga diperlukan kegiatan pelatihan terkait kode klinis guna meningkatkan menyamakan dan meningkatkan pengetahuan coder.

ACKNOWLEDGEMENTS





Terimakasih kepada APTIRMIKI yang telah mendukung jalannya penelitian ini.

REFERENCES

- [1]. Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base GroupS (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. 2016.
- [2]. Presiden RI. Peraturan Presiden RI Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. 2013.
- [3]. Pertiwi J. Systematic Review: Faktor Yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis Di Rumah Sakit. Smiknas [Internet]. 2019;41–50. Available from: <http://ojs.uib.ac.id/index.php/smiknas/article/view/692>
- [4]. Zafirah SA et al. Potential Loss Of Revenue Due To Errors In Clinical Coding During The Implementation Of The Malaysia Diagnosis Related Group (MY-DRG) Casemix System In A Teaching Hospital In Malaysia. BMC Health Serv Res. 2018;10(1).
- [5]. Oktamianiza et al. Literatur Review Tentang Faktor Penyebab Klaim Tidak Layak Bayar BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Tahun 2020. J Ilm Perakam Dan Inf Kesehat Imelda. 2021;6(1):83–90.
- [6]. Ningsih. Kori Puspita et al. Accuracy and Confirmity Of Coding Diagnosis Case of Road Care Patients On Medical Records Using Hospital Management Information System. ISMOHIM. 2020;
- [7]. Ariyanti F, Gifari MT. Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap. J Ilmu Kesehat Masy. 2019;8(04):156–66.
- [8]. Ulfa HM, Octaria H, Sari TP. Analisis Ketepatan Kode Diagnosa Penyakit Antara

- Rumah Sakit Dan BPJS Menggunakan Icd-10 Untuk Penagihan Klaim Di Rumah Sakit Kelas C Sekota Pekanbaru Tahun 2016. *J INOHIM*. 2016;5(2):119–24.
- [9]. Ningtyas NK, Sugiarsi S, Wariyanti AS. Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di Rsup Dr . Soeradji Tirtonegoro Klaten. *JKESVO*. 2019;4(1):1–11.
- [10]. Kurnianingsih W. Hubungan Pengetahuan Coder Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Jalan BPJS Berdasarkan ICD – 10 Di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo. *J Manaj Inf dan Adminitrasi Kesehat*. 2020;03(01):11–24.
- [11]. O'Malley, Kimberly J., Cook, Karon F., Price, Matt D., Wildes, Kimberly Raiford, Hurdle, John F., & Ashton CM. Measuring Diagnoses: ICD Code Accuracy. *Health Serv Res*. 2005;40(5):1620-1639.
- [12]. Burns EM, Rigby E, Mamidanna R, Bottle A, Aylin P, Ziprin P, et al. Systematic review of discharge coding accuracy. *J Public Health (Bangkok)*. 2012;34(1):138–48.
- [13]. Dimick C. Achieving Coding Consistency. *J AHIMA*. 2010;81(7).
- [14]. Hatta GR. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia; 2017.
- [15]. Moghaddasi.H et all. Improving The Quality Of Clinical Coding: A Comprehensive Audit Model. *J Heal Manag Informatics*. 2014;1(2):36–40.
- [16]. Nasution KS, Hosizah H. Perancangan Instrumen Audit Pengkodean Klinis di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati. *J Manaj Inf Kesehat Indones*. 2020;8(1):30.
- [17]. Olagundoye O, Van Boven K, Daramola O, Njoku K, Omosun A. Improving the accuracy of ICD-10 coding of morbidity/mortality data through the introduction of an electronic diagnostic terminology tool at the general hospitals in Lagos, Nigeria. *BMJ Open Qual*. 2021;10(1).
- [18]. Ramadhiane I, Sari I. Tinjauan Pengetahuan Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Mengenai Aturan Penggunaan ICD 10 dalam Menentukan Diagnosa di RS Bhayangkara TK II Sartika Asih Bandung. *J Heal Sains*. 2021;2(8):1014–22.
- [19]. Pramono AE, Nuryati N, Santoso DB, Salim MF. Ketepatan Kodifikasi Klinis Berdasarkan ICD-10 di Puskesmas dan Rumah Sakit di Indonesia: Sebuah Studi Literatur. *J Rekam Medis dan Inf Kesehat*. 2021;4(2):98–106.
- [20]. Maesaroh L, Sudra RI, Arief M. Analisis Kelengkapan Kode Klasifikasi Dan Kode Morphology Pada Diagnosis Carcinoma Mammae Berdasarkan ICD-10 Di Rsud Kabupaten Karanganyar Tahun 2011. *J Kesehat [Internet]*. 2011;5(2):2. Available from: <https://ejurnal.stikesmhk.ac.id/index.php/rm/article/viewFile/60/54>
- [21]. Cindy Kusuma Dewi. Penilaian Kualitas Informasi Dokumen Rekam Medis Rawat Jalan. *J Adm Kesehat Indones [Internet]*. 2017;5(1):21–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpc.2009.01.028><http://dx.doi.org/10.1016/j.proeng.2015.11.146><https://www.uio.no/studier/emner/matnat/fys/FYS4460/v17/notes/m-d-2016-python.pdf><https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePu>
- [22]. WHO. Revision, The Tenth Classification, International Statistical Problems, Related Health Classification,. Vol. 1. 2010. 1–1855 p.

BIOGRAPHIES OF AUTHORS

	<p>Dr. Hosizah., SKM., M.KM Dosen Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan (STr) Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul Jakarta.</p>
	<p>Kori Puspita Ningsih, A.Md., S.KM., M.K.M. Dosen Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (D-3) Fakultas Kesehatan, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.</p>
	<p>Umi Khoirun Nisak., S.KM., M. Epid Dosen Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan (STr) Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Mugammadiyah Sidoarjo.</p>
	<p>Lily Widjaja, A.MdPerkes., S.KM., MM Dosen Program Studi Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (D-3), Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Esa Unggul Jakarta.</p>