

BAB V

PEMBAHASAN

A. Persentase Ketidaktepatan Kode Diagnosis pada Klaim BPJS

Menurut kelima jurnal yang dianalisis, kode diagnosis dikatakan tepat apabila sesuai dengan aturan *ICD-10*. Apabila tidak sesuai maka termasuk dalam kategori kode tidak tepat. Hal ini sesuai dengan pengertian kode diagnosis menurut *WHO* dalam jurnal penelitian Sari dan Dewi (2016), yaitu pemberian kode berupa alfanumerik yang dapat mewakili komponen data terkait dan harus dilaksanakan sesuai aturan *ICD-10*.

Berdasarkan analisis dari jurnal [1], [3], [4], dan [5] disebutkan bahwa ketidaktepatan kode diagnosis akan memengaruhi besar kecilnya tarif *INA-CBGs*. Hal ini sejalan dengan penelitian Faik Agiwayuanto, Sylvia Anjani, dan Arinda Juwita (2021), di mana disebutkan bahwa dalam pelaksanaan *casemix INA-CBGs*, peran *coder* sangat menentukan keberhasilan klaim BPJS. Kesalahan dalam penulisan kode akan memengaruhi besar kecilnya tarif. Tetapi hal ini tidak sejalan dengan jurnal [2], di mana berdasarkan hasil penelitiannya disebutkan bahwa tidak semua kode diagnosis yang salah dapat menyebabkan selisih negatif klaim BPJS. Sedangkan dalam buku verifikasi klaim BPJS, disebutkan bahwa untuk verifikasi pelayanan kesehatan, petugas harus memperhatikan kode diagnosis dan prosedur, episode pelayanan, serta *special CMGs* (BPJS Kesehatan, 2014). Di mana ketika kode diagnosis tidak tepat maka akan berpengaruh pada verifikasi klaim.

B. Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis pada Klaim BPJS

1. Faktor SDM

Berdasarkan kelima jurnal yang dianalisis, ada beberapa penyebab ketidaktepatan kode diagnosis klaim BPJS pada faktor SDM. Di antaranya yaitu kurangnya pengetahuan *coder* yang terdapat pada jurnal [2], [3], dan [5]. Di mana telah disebutkan pada ketiga jurnal tersebut, bahwa

penjelasan mengenai faktor kurangnya pengetahuan *coder* yaitu dikarenakan ketidaksesuaian penetapan kode diagnosis dengan aturan pengkodean pada *ICD-10* maupun aturan dari BPJS yaitu BA Kesepakatan Bersama. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Cahyono, Munawwir, dan Lukman (2021), di mana dalam penetapan kode pada klaim BPJS selain mengacu pada *ICD-10* juga harus memperhatikan BA Kesepakatan Bersama yang berisi pemecahan permasalahan pengkodean *INA-CBGs*. Selain itu, dijelaskan juga pada buku Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan, bahwa untuk ketentuan *coding* pada klaim BPJS mengikuti panduan *coding* yang terdapat dalam juknis *INA-CBG*, yaitu mengguakan *ICD 10* versi 2010 untuk kode diagnosis (BPJS Kesehatan, 2014).

Contoh ketidaktepatan kode pada klaim BPJS yang dijelaskan pada jurnal [2] adalah pada kasus diagnosis KPD, partus macet karena presbo, dan *SC* darurat. Kode yang dihasilkan dari rumah sakit adalah O42.0, O64.1, O82.1, dan Z37.1. Urutan kode ini tidak sesuai dengan BA Kesepakatan Bersama, bahwa pada kasus KPD ketika ada komplikasi lain yang menjadi diagnosis utama adalah komplikasi lain tersebut, yaitu partus macet karena presbo (O64.1).

Faktor SDM berikutnya yaitu diagnosis yang dituliskan tidak sesuai dengan istilah pada *ICD-10* yang terdapat pada jurnal [2], [3], dan [4]. Hal ini tidak sejalan dengan pengertian kode diagnosis menurut *WHO*, yaitu dalam penentuan kode diagnosis harus mengacu dengan *ICD-10*. Oleh karena itu, apabila diagnosis yang ditulis tidak sesuai dengan acuan yang ada, maka akan menimbulkan ketidaktepatan kode diagnosis. Contohnya ketika dokter menuliskan diagnosis ambien pada rekam medis, sedangkan jika *coder* tidak mengetahui bahasa medis dari ambeien tersebut maka akan kesulitan untuk menentukan kode di *ICD-10*, karena istilah ambeien di *ICD-10* adalah *hemorrhoid*.

Untuk faktor SDM selanjutnya adalah ketidakkonsistenan penulisan diagnosis oleh DPJP yang terdapat pada jurnal [1] dan [3].

Ketidakkonsistenan yang dimaksud adalah ketidaksesuaian antara diagnosis pada resume medis dengan rekam medis lainnya. Menurut Rina Gunarti dalam bukunya Manajemen Rekam Medis di Layanan Kesehatan (2019), disebutkan bahwa kekonsistenan penulisan diagnosis merupakan salah satu item pada rekam medis yang dilakukan analisis kualitatif untuk menghasilkan informasi yang akurat.. Sedangkan menurut Hatta dalam jurnal penelitian Maisharoh dan Juniati (2020), ketepatan dan keakuratan data diagnosis sangat penting dalam manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, serta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan. Dengan demikian, apabila penulisan diagnosis tidak konsisten ataupun tidak akurat maka data yang dihasilkan juga tidak akurat atau tidak tepat.

Berikutnya adalah faktor SDM dengan tulisan dokter yang sulit dibaca yang terdapat pada jurnal [1] dan [3]. Sehingga dapat menyebabkan *coder* kesulitan untuk menentukan kode diagnosisnya. Hal ini sejalan dengan penelitian Hatta yang dicantumkan dalam jurnal penelitian Maisharoh dan Juniati (2020), disebutkan bahwa penulisan diagnosis dokter yang sulit dibaca ataupun pengisian diagnosis yang tidak tepat akan berpengaruh pada informasi yang dihasilkan. Hal ini juga dijelaskan dalam buku Manajemen Rekam Medis di Layanan Kesehatan, bahwa tulisan dokter yang sulit dibaca merupakan salah satu item yang dianalisis pada *review* pencatatan rekam medis. Jadi untuk menentukan kode diagnosis dengan tepat, maka *coder* harus menanyakan kepada DPJP terkait diagnosis yang ditulis.

Selanjutnya adalah faktor SDM penggunaan singkatan yang tidak sesuai standar yang terdapat pada jurnal [1] dan [3]. Hal ini sejalan dengan jurnal penelitian Nova Oktavia dan Ici Nur Azmi (2019), disebutkan bahwa diagnosis yang ada dalam RM harus diisi lengkap dan jelas sesuai arahan yang ada pada buku *ICD-10*. Sehingga dokter maupun tenaga medis lain harus benar-benar menuliskan singkatan diagnosis disesuaikan dengan ketentuan yang telah ditetapkan oleh masing-masing rumah sakit

dan juga sesuai dengan istilah *ICD-10*. Oleh karena itu, setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi terkait singkatan diagnosis yang telah ditetapkan apakah sudah sesuai dengan *ICD-10* atau belum.

Faktor SDM selanjutnya adalah petugas *coding* yang tidak mencukupi yang terdapat pada jurnal [1] dan [3]. Dari faktor SDM ini dapat dikatakan beban kerja petugas *coding* yang tidak merata dalam pendistribusiannya atau mengalami kelebihan beban kerja. Hal ini sejalan dengan jurnal penelitian oleh Warsi Maryati, Indriyati Oktaviano Rahayuningrum, dan Niar Perdana Sari (2020) yang disebutkan bahwa petugas *coder* yang memiliki kelebihan beban kerja juga dapat memengaruhi keakuratan kode diagnosis, karena petugas menjadi kurang fokus dalam menjalankan tugasnya.

Faktor SDM yang terakhir adalah pengisian RM yang tidak lengkap yang terdapat pada jurnal [3] dan [4]. Hal ini sejalan dengan penelitian Wariyanti dalam jurnal penelitian Warsi Maryati, Aris Ocktavian Wannay, dan Devi Permani Suci (2018), di mana kelengkapan informasi medis dan keakuratan RM sangat penting, jika informasi medis dalam RM tidak lengkap, maka kode diagnosis yang dihasilkan juga tidak akurat. Selain itu juga dijelaskan pada penelitian Pujihastuti dalam jurnal penelitian Warsi Maryati, Aris Ocktavian Wannay, dan Devi Permani Suci (2018), mengatakan bahwa penyebab ketidaklengkapan informasi medis pada RM di antaranya adalah waktu dokter yang sempit dan pasien yang banyak. Kelengkapan pengisian RM juga merupakan salah kegiatan di rekam medis yaitu analisis, di mana salah satu tujuannya yaitu membantu memberikan kode penyakit dan tindakan dalam penagihan biaya (Gunarti, 2019).

2. Faktor Kebijakan

Pada faktor kebijakan ini terdapat pada jurnal [5], yaitu tidak adanya SPO terkait pengodean pada klaim BPJS. Tetapi SPO sendiri digunakan sebagai pedoman *coder* untuk memberikan kode diagnosis sesuai dengan yang tercantum pada RM (Loren et al., 2020). Oleh karena

itu, sangat penting setiap rumah sakit harus mempunyai SPO di setiap kegiatan pelayanannya, khususnya terkait pengodean pada klaim BPJS.

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA
PERPUSTAKAAN