

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

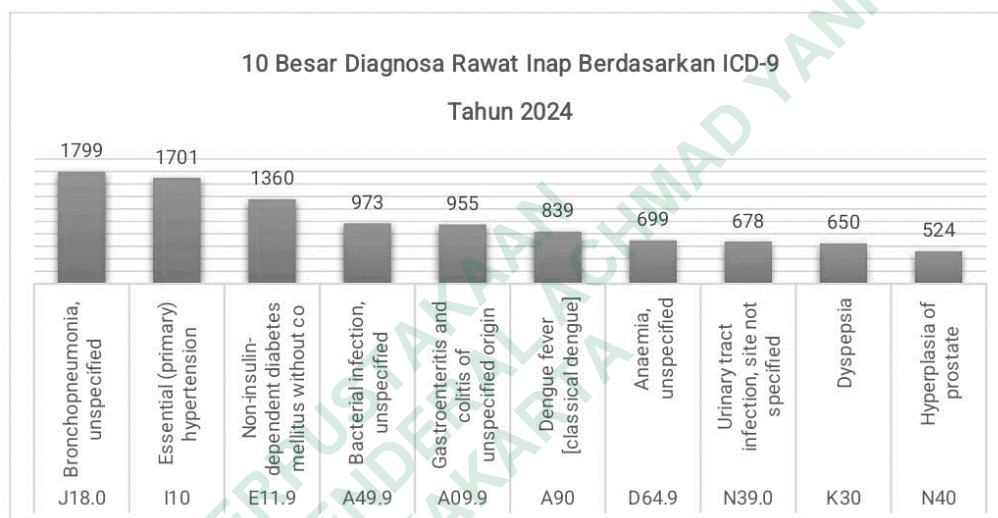
A. Hasil

1. Gambaran Umum RSUD Muhammadiyah Bantul

RSUD Muhammadiyah Bantul merupakan sebuah rumah sakit umum yang berlokasi di Jalan Jenderal Sudirman 124 Bantul Yogyakarta. Rumah sakit ini berdiri pada tanggal 1 Maret 1966 dengan nama Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul yang merupakan inisiatif dari para tokoh Muhammadiyah dan 'Aisyiyah. Seiring waktu, klinik ini berkembang pesat, terutama dalam layanan kesehatan anak, baik untuk pengobatan maupun pertumbuhan dan perkembangan. Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul mulai diperluas pada tahun 198 dan mengalami peningkatan pada tahun 1995 menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak, sesuai dengan izin dari Kanwil Depkes Provinsi DIY dengan Surat Keputusan No. 503/1009/PK/TV/1995. Pada tahun 2001 statusnya berubah menjadi rumah sakit umum setelah mendapat izin operasional dari Dinas Kesehatan melalui Surat No. 445/4318/2001. Saat ini, RSUD Muhammadiyah Bantul telah memperoleh akreditasi rumah sakit berdasarkan standar KARS versi 2012. Sebagai bagian dari identitasnya, rumah sakit ini mengusung motto "*Layananku Ibadahku*", yang mencerminkan filosofi mereka dalam menggabungkan ilmu, iman, dan amal sholeh dalam pelayanan kesehatan.

RSUD Muhammadiyah Bantul memiliki visi untuk menjadi rumah sakit islami dengan keunggulan kompetitif di tingkat global serta menjadi kebanggaan umat. RSUD Muhammadiyah Bantul berkomitmen untuk mewujudkan profesionalisme karyawan serta menjadi tempat bagi pendidikan, penelitian, dan pengembangan ilmu pengetahuan. Rumah sakit ini menyediakan berbagai layanan kesehatan yang beroperasi selama 24 jam, meliputi Instalasi Gawat Darurat, Farmasi, Laboratorium, Radiologi, dan layanan Ambulans.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 17 Maret 2025 dengan koordinator *casemix* di RSUD Muhammadiyah Bantul menunjukkan bahwa hipertensi termasuk dalam 10 besar penyakit terbanyak rawat inap. Selain itu, sering ditemukan ketidakakuratan kode kombinasi khususnya kasus hipertensi pada tahun 2024 di RSUD Muhammadiyah Bantul seperti kode kombinasi hipertensi dengan komplikasi *CKD*. Hal tersebut menyebabkan sering terjadi *pending claim*.



Gambar 4. 1 Data 10 Besar Penyakit Rawat Inap

2. Kategori Informan

Informan wawancara pada penelitian ini terdiri dari 2 orang informan yaitu 1 petugas *coding* rawat inap dan 1 perawat bangsal dengan kriteria inklusi yaitu petugas *coding* rawat inap yang bersedia diwawancarai dan sudah berpengalaman kerja minimal 1 tahun. Begitu pula untuk kriteria inklusi perawat bangsal yaitu perawat bangsal yang bersedia diwawancarai dan sudah berpengalaman kerja minimal 1 tahun. Pemeriksaan keabsahan data dilakukan menggunakan triangulasi sumber dan *coder expert*. Triangulasi sumber penelitian ini yaitu koordinator *casemix*. *Coder expert* penelitian ini yaitu pakar *coding* dengan kriteria *coder* berlatar belakang D3 RMIK dengan masa kerja lebih dari 5 tahun sebagai *coder casemix* di rumah sakit tipe B.

3. Distribusi Frekuensi Kesesuaian Pendokumentasian Klinis Kasus Hipertensi Pasien BPJS Rawat Inap

Berdasarkan hasil wawancara dengan 3 informan yang terdiri dari 2 *coder casemix* dan 1 perawat bangsal RSUD Muhammadiyah Bantul, didapatkan hasil tentang pendokumentasian klinis hipertensi pasien BPJS rawat inap adalah sebagai berikut.

“Ada *CKD*, terus *CHF*, Jantung, *HHD*”

Informan 1

“Paling banyak *CKD*. Ada *DM* juga tapi lebih banyak *CKD*”

Informan 2

“*HHD* terus *CKD*. *DM* cuma kan nek *DM* ngga spesifik yaa. Paling banyak itu *HHD* sama *CKD*”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, diketahui bahwa kasus hipertensi sering disertai dengan komplikasi seperti *CKD*, *CHF*, Jantung, dan *HHD*. Adapun alur pendokumentasian klinis kasus hipertensi adalah sebagai berikut.

“Mulai dari klinisnya nanti berdasarkan asesmennya awal masuk IGD, tensinya tinggi apa ngga. Terus kalo komplikasi *CKD* dilihat ureum kreatininya dicek 2 kali. Misal ada tambahan *USG* dan *EKG*. *CKD* ureum kreatininya harus dicek dua kali atau dengan *USG*”

Informan 1

“Pasien awal masuk, terus nanti ada pemeriksaan oleh dokter kan. Dokter nanti cek *vital sign* terus darah. Jika mengarah ke *CKD* nanti cek darah disertakan ureum kreatini. Kemudian ada juga penunjang *USG*. Nanti itu didokumenkan di *EMR*. Kita kan kalo rekam medis sudah *EMR* yaa tapi kan tidk semua ada yang manual. Kalo IGD sudah *EMR*, didokumentasikan di situ terus nanti jika ditemukan komplikasi nanti dokter yang melihat dari pemeriksaan penunjang gitu dari pemeriksaan fisiknya ditulis di *EMR*. Terus kemudian itu nanti pasiennya di rawat inap, nanti perawat IGD memasukan ke bangsal dan diberikan penjelasan”

Informan 2

“Hipertensi pertama kali biasanya kalo ada mengarah ke ginjal, biasanya dicek ureum kreatinin. Ureum kreatinin ngga cuma sekali, minimal 2 kali untuk menentukan udah ke *CKD grade* berapa gitu. Kalo yang *HHD*,

biasanya kan nanti penunjangnya berupa *EKG* kalo ngga nanti di *Echo*. Hasil *Echo* mengarahnya ke *CHF*”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan di atas, dapat diketahui bahwa alur pendokumentasian klinis kasus hipertensi dimulai dengan DPJP melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pasien termasuk tekanan darah. Jika mengarah ke *CKD*, akan dicek ureum dan kreatininnya sebanyak 2 kali untuk menentukan *grade CKD* serta dilakukan *USG* bila diperlukan. Kemudian DPJP akan mencatat hasil pemeriksaan fisik dan penunjang dalam *EMR*. Untuk pasien *HHD*, biasanya dilakukan pemeriksaan *EKG* atau *Echo* untuk menilai kemungkinan *CHF*. Semua data klinis terdokumentasi dalam *EMR*.

“Tanda-tanda vital seperti tensi, terus kalau misal komplikasinya *CKD* biasanya BAK kurang. Kan kalo *CKD* biasanya BAK sedikit toh dek. Tanda-tanda vital sama klinisnya juga. *CHF EKG* harus ada *echo* nanti *echo* pun nilai *EF*-nya harus kurang dari 40%. Tensinya tinggi, pembengkakan kaki biasanya kadang kelebihan cairan, hasil jantungnya juga bisa *cardiomegaly*”

Informan 1

“Dilihat dari hasil penunjang dan *vital sign*. Dilihat dari *vital sign* nya normal apa ngga. Untuk komplikasi bisa dilihat dari hasil penunjang seperti laborat dan radiologi. Seandainya nanti HT dengan *CKD* bisa dilihat dari *USG* biasanya *CKD bilateral* atau gangguan ginjalnya apa. Kemudian hipertensi dengan *stroke* dilihat dari *ct scan*”

Informan 2

“Hipertensi jelas harus ada tekanan darah. Terus nanti klinis pasiennya, entah itu pusing, atau *cephalgia*, atau apa. Kemudian kalo ada yang komplikasi, nanti misalkan memang pasiennya sulit pipis kita cek untuk ureum kreatininnya. Selain itu, nanti juga kan kalo ureum kreatininnya tinggi biasanya peredaran untuk pipisnya ngga lancar yaa dek. Entah nanti di kakinya ada oedem, pipisnya juga cuma dikit-dikit, itu nanti udah masuk dikriteria *HHD* sama *CKD*. *CKD* kakinya bengkak sulit pipis. Ureum kreatinin lebih dari 0,3 nilai normal. Misalnya nilai normalnya 1,3-1,6 nah ini bisa dinilai dengan namanya gagal ginjal akut itu minimal 1,9. *CHF* nanti jelas sesak, biasanya *SPO2*nya diukur minimal 95, makanya kita lakukan *echo*. Kalo *EKG* biasanya *ichaemic* aja. Kalo *echo* macem-macem munculnya, kalo *CHF* nanti nilai normalnya 40%. Jadi *echo* itu ada nilainya disebut *CHF* itu jika 40%. *EF* nya maksimal 40%.

Namanya *Ejection Fraction*. *Heart failure* biasanya dari *EKG*. *Renal failure* biasanya dari ureum kreatinin. Kalo *echo* nilainya lebih dari 40% nanti biasanya kita *heart disease*, *HHD without CHF*. Kalo misalkan *echo* nilainya jelek kurang dari 40%, *HHD with CHF* nanti kodenya pakai I11.0. Ada lagi hipertensi, *CKD*, jantung pakai I13.1. Memang seru mempelajari hipertensi dengan penyakit penyerta karena paling banyak yang masuk karena itu dan juga kita banyak menangani pasien *hemodialisis* juga”

Triangulasi sumber

Berdasarkan hasil wawancara dengan 3 informan dapat kita ketahui bahwa informasi klinis dan dokumen penunjang hipertensi dengan komplikasi yaitu mencakup evaluasi tanda-tanda vital, gejala klinis, serta pemeriksaan penunjang. Tanda utama hipertensi yaitu tekanan darah tinggi biasanya disertai dengan keluhan seperti pusing, *cephalgia*, sesak napas, dan pembengkakan kaki (*oedema*) jika fungsi ginjal atau jantung mulai terganggu. Komplikasi *CKD* dicirikan dengan buang air kecil sedikit, edema, tingginya ureum kreatinin, serta hasil pemeriksaan *USG* yang menunjukkan adanya *CKD bilateral*. Sementara itu, *CHF* ditandai oleh gejala seperti sesak napas, saturasi oksigen (*SpO2*) kurang dari 95% dan pembengkakan akibat kelebihan cairan. Komplikasi *CHF* juga ditegaskan dengan *echocardiography*, di mana nilai *ejection fraction (EF)* kurang dari 40%. Kombinasi antara hipertensi, *CKD*, dan *CHF* diklasifikasikan menggunakan kode ICD-10, seperti I11.0 untuk *HHD with CHF* dan I13.1 untuk hipertensi dengan gangguan ginjal dan jantung.

“Iya dipedomani”

Informan 1

“Selama ini yaa kita sesuai instruksi dokter juga toh untuk pengobatan menyesuaikan. Menyesuaikan dalam artian kadang ada yang bisa berbeda dengan SOP, karena kondisi pasien berbeda ada yang berat. Jadi lama rawatnya dan beda, jadi menyesuaikan. Tetapi secara umum ya kita sesuai SOP”

Informan 2

“Sebenarnya kasus hipertensi itu begini yaa, jadi kita kalo nunut memang sudah ada PPK hipertensi. Cuma baru diperbaiki yang hipertensi

secondary, yang urgensi belum. Nah kenapa diperbaiki? Karena harus disesuaikan dengan PNPK. BPJS itu kalo tidak sesuai dengan PNPK tidak bisa diklaim. Jadi, kita melakukan transisi mana yang memang belum pas dengan PNPK. Nah PNPK itu apa? Peraturan yang dikeluarkan oleh kementerian Kesehatan terkait dengan misalnya diagnosis DM, kamu harus seperti ini. Kaya semacam *clinical pathway*. Jadi, kamu harus pemeriksaannya seperti ini, gejala seperti ini, obatnya ini. Nah nanti baru bisa didiagnosa CHF. Ya itu kan panduan klinis rumah sakit kan, sedangkan kalo BPJS ga cuma rumah sakit tapi PNPK itu tadi yang tingkat nasional juga harus dipedomani.”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, diketahui bahwa SOP, PPK (Panduan Praktik Klinis), dan PNPK sudah dipedomani di RSUD Muhammadiyah Bantul. Akan tetapi, untuk PPK masih perlu dilakukan perbaikan supaya sesuai dengan PNPK yang menjadi acuan BPJS.

“*Clinical pathway* ya diterapin, ada kan berkasnya ya diterapin”

Informan 1

“CP adanya hipertensi murni tidak ada komplikasinya, jadi belum sesuai dengan CP karena pasien bukan hipertensi murni. Karena selama ini hipertensi selalu ada penyertanya. Saat ini CP hipertensi komplikasi kita belum ada”

Informan 2

“*Clinical pathway* itu sudah ada panduannya diagnosa HT harus ada ini itu. Penerapannya menyesuaikan kondisi klinis pasien seperti alergi obat karena masing-masing pasien kan berbeda yaa.”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan hasil wawancara dengan 3 informan dapat kita ketahui bahwa *clinical pathway* hipertensi diterapkan di RSUD Muhammadiyah Bantul. Adapun penerapannya menyesuaikan kondisi klinis pasien karena masing-masing pasien berbeda. Akan tetapi, CP hipertensi di RSUD Muhammadiyah Bantul baru tersedia hipertensi murni belum disertai komplikasi.

“Misalnya hipertensi dan CKD, terkadang ureum kreatinin cuma dicek sekali dan kadang ngga ada USG nya. Kalo untuk CHF kadang tidak dilakukan echo. Kalo kurang kaya gitu ngga kita kode. Kalo cuma sekali terus USG nya mendukung CKD, nah itu baru kita koding. Itupun nanti bukan CKD, tapi yang N19 atau apa. Kodenya kadang ada kode kombinasi kan, HT dengan komplikasi CKD itu point 1 atau Hipertensi renal disease with renal failure itu I12. Kalau CHF sama HHD sama hipertensi renal itu I13.2 kodenya. Kalau untuk hipertensi saja kalo ada

pendukung sama obatnya ya bisa. Tapi kalau komplikasi itu susahnya kalo ngga dilakukan pengecekan ureum kreatinin atau yang diharapkan BPJS. Kalo pasien pulang misal resume belum lengkap nanti dibalikan ke DPJP biar diisi”

Informan 1

“Kendalanya itu di *EMR* dek kayanya kurang ngeklik, kadang jadi tidak muncul di *resume*. Kemungkinan dari sistemnya juga bisa dek. Karena untuk *EMR* masih terus monitoring dan evaluasi. Selama pendokumentasian sesuai dengan yang di *EMR*, kita tulis di CPPT kita lengkapi sesuai yang di *EMR*.”

Infoman 2

“Sangat sulit, apalagi menentukan seperti itu. Misalnya dia dari poli biasanya *HD* kan, otomatis gagal ginjal kronis yaa. Tapi dia tidak dilakukan pemeriksaan ureum kreatinin. Itu yang sulit pas rawat inap. Karena kan dia biasanya pas rawat jalan diperiksa ureum kreatinin cuma BPJS yaa ngga mau kalo rawat jalan. Ya kita cuma bisa sosialisasi lagi.”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan di atas, dapat diketahui bahwa kendala yang dirasakan petugas dalam pendokumentasian klinis hipertensi dengan komplikasi di RSUD Muhammadiyah Bantul yaitu pada pasien *CKD* pemeriksaan ureum kreatininnya tidak 2 kali dan tidak dilakukan *USG*. Pada pasien *CHF* terkadang tidak dilakukan *echo*. Selain itu, masih ditemukan *resume* medis yang tidak lengkap dan kendala dalam *EMR* yang menyebabkan hasil laboratotium tidak muncul pada *resume* pasien pulang.

Berdasarkan hasil *checklist* observasi didapatkan frekuensi kesesuaian pendokumentasian klinis hipertensi pasien BPJS rawat inap pada Januari sampai dengan Maret 2024 di RSUD Muhammadiyah Bantul adalah sebagai berikut.

$$\begin{aligned} \text{Persentase sesuai} &= (\text{jumlah data sesuai/jumlah data}) \times 100\% \\ &= (21 / 30) \times 100\% \\ &= 70\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Persentase tidak sesuai} &= (\text{jumlah data tidak sesuai/jumlah data}) \times 100\% \\ &= (9 / 30) \times 100\% \end{aligned}$$

= 30%

Tabel 4. 1 Frekuensi Kesesuaian Pendokumentasian Klinis Hipertensi

Kategori	Jumlah berkas	Persentase
Sesuai	21	70%
Tidak Sesuai	9	30%
Jumlah	30	100%

Berdasarkan tabel di atas persentase kesesuaian pendokumentasian klinis kasus hipertensi dengan komplikasi periode Januari sampai dengan Maret 2024 pada di RSUD Muhammadiyah Bantul sebesar 70% atau 21 berkas. Sedangkan yang tidak sesuai sebesar 30% atau 9 berkas.

Tabel 4. 2 Ketidaksesuaian Pendokumentasian Klinis Hipertensi

No. sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kesesuaian Pendokumentasian Klinis Hipertensi Kombinasi
7	DU : <i>HHD with CHF</i> DS : <i>Urinary tract infection, site not specified</i> <i>Other cholelithiasis</i> <i>Hypokalemia</i> <i>Cardiogenic shock</i>	Lab darah <i>Ro Thorax</i> <i>EKG</i> <i>Oxygen enrichment</i>	Nadi : 90 x menit Respirasi :25 x menit TD : 148/86 mmHg Edema ++ Anamnesa : Pasien datang dengan keluhan sesak, nyeri kaki, bengkak, nyeri perut kiri, BAK sedikit. Ku sedang CM Kepala CA-/SI-/ <i>thorax SDV + EH -/-</i> <i>WH -/- Abdomen BU + NT + ulu hati</i> Penunjang : <i>Ro thorax</i> hasil : <i>CHF</i> <i>Cardiomegaly</i> dengan <i>oedema pulmo</i> Lab darah : Hb :12,8 Ureum :46,2 Kreatinin : 1,61 GDS : -	Tidak Sesuai
11	DU : <i>Anemia unspecified</i> DS : <i>Ascites</i> <i>Gastroenteritis and cholic of unspecified origin</i>	Transfusi darah <i>HD</i> <i>Venous kateter renal</i> <i>Ro thorax</i> Lab darah	Nadi 90 x menit R : 20 x menit Tensi : 114/82 mmhg Anamnesa : Perut membesar disertai sesak dan mual Riw. HT tak terkontrol riw. Operasi batu kencing 3 thn yll	Tidak Sesuai

No. sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kesesuaian Pendokumentasian Klinis Hipertensi Kombinasi
	<p><i>CKD stage 5</i></p> <p><i>Hyperkalemia</i></p>		<p>Pemeriksaan medis : mual, bab cair 5 x, perut kram sudah 1 minggu dan pusing</p> <p>Pemeriksaan fisik : <i>thorax</i> : <i>SDV</i> +/+ <i>ronkhi</i> -/- <i>wheezing</i> -/- <i>Abdomen</i> : <i>supel</i> + <i>NT</i> + <i>epigastric ektre</i> : <i>akral hangat</i> + <i>CRT</i> < 2s</p> <p>Penunjang : EF : 61.7% <i>RO thorax</i> : <i>oedem pulmo</i> <i>USG abdomen</i> : <i>Acute liver disease, cholelithiasis, efusi pleura dextra, CKD dextra, subarachinoid ren sin, nephrolithiasis sin.</i></p> <p>Hasil Lab darah Hb : 11.2 Ureum : 139.1 Kreatinin : 7.79 Gula darah : 134 GDS : 139</p>	
13	<p>DU : <i>Non insulin dependent diabetes without complication</i></p> <p>DS : <i>Bronchopneumonia unsp.</i></p> <p><i>CHF</i></p> <p><i>CKD stage 5</i></p> <p><i>Essential primary hypertension</i></p> <p><i>Pulmonary oedema</i></p> <p><i>Pneumonia unsp.</i></p> <p><i>CHF IHD-HHD</i></p> <p><i>DM2 NO CKD V non dyalisis</i></p>	<p><i>HD</i> Lab darah</p>	<p><i>Vital sign</i> : Nadi : 69 x menit R : 27 x menit TD : 230/105 mmhg</p> <p>Anamnesa : Sesak nafas memberat sejak 1 minggu yll, badan lemas, riw.jantung bengkak, <i>HT</i> dan <i>DM non insulin</i>, batuk</p> <p>Penunjang : <i>Usg abdomen</i> Hasil : <i>subchronic renal disease</i> hipertensi Lab darah Ureum : 133,4 Kreatinin : 6,85 GDS : 391</p>	Tidak Sesuai
15	<p>DU : <i>Non insulin dependent DM without complication</i></p> <p>DS :</p>	<p><i>EKG</i> <i>Ro thorax</i> Lab darah <i>USG abdomen</i></p>	<p>Nadi ; 102 x menit R : 24 x menit TD : 149/90 mmhg</p> <p>Anamnesa :</p>	Tidak Sesuai

No. sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kesesuaian Pendokumentasian Klinis Hipertensi Kombinasi
	<p><i>CHF</i></p> <p><i>HHD with CHF</i></p> <p><i>Essential primary hypertension</i></p> <p><i>Tinea cruris</i></p> <p><i>Pulpitis</i></p> <p><i>CKD stage II</i></p> <p><i>CHF</i></p> <p><i>DM</i></p> <p><i>HT</i></p>		<p>Sesak nafas terutama jika beraktivitas /jalan, berkurang jika istirahat atau tidur, nyeri perut kanan riw. <i>HT DM</i></p> <p><i>Thorax : SDV +/+ -/-</i></p> <p><i>Abdomen : acites + ekstremitas : pitting edema</i></p> <p>Penunjang :</p> <p><i>RO thorax</i></p> <p>Hasil : <i>cardiomegaly</i> awal <i>oedema pulmo</i></p> <p><i>USG abdomen</i></p> <p>Hasil : <i>unvisual ren D dd aplasia ren D, CKD ren D, Cystitis</i></p> <p>Lab darah</p> <p>Ureum : 33,4</p> <p>Kreatinin : 2,15</p> <p>GDS : 162</p>	
18	<p><i>DU :</i></p> <p><i>Hypertensive hearth and renal disease with CHF</i></p> <p><i>DS :</i></p> <p><i>Anemia</i></p>	<p><i>HD</i></p> <p>Lab darah</p> <p><i>Ro thorax</i></p> <p><i>Transfuse prc</i></p>	<p>Nadi : 99 x menit</p> <p>Respirasi : 20 x menit</p> <p>TD : 234/144 mmhg</p> <p>Anamnesa :</p> <p>Sesak nafas rutin HD tiap senin-kamis</p> <p>Riwayat pembengkakan jantung</p> <p>Kemarin jalan naik tangga nafas terengah-engah</p> <p>Riw. <i>CKD HD</i> rutin, pembengkakan jantung <i>CHF</i></p> <p><i>Ca -/- si -/-</i></p> <p><i>Thorax sdv +/+</i></p> <p><i>Abdomen supel</i></p> <p><i>ascites -</i></p> <p><i>Extremitas oedema -/-</i></p> <p>Lab darah :</p> <p>Hb : 7,1</p> <p>Ureum : -</p> <p>Kreatinin : -</p> <p>GDS : -</p> <p><i>RO thorax</i></p> <p><i>Cardiomegaly</i> dengan awal <i>oedema pulmo</i></p> <p><i>Transfusi PRC</i></p>	Tidak Sesuai
18	<p><i>DU :</i></p> <p><i>Hypertensive hearth and renal disease both (congestive) hearth failure and renal failure</i></p>	<p><i>EKG</i></p> <p><i>Echo</i></p> <p>Lab darah</p> <p><i>Ro thorax</i></p> <p>Rawat luka</p>	<p>Suhu 36.0</p> <p>Nadi : 96 x menit</p> <p>R 20 x menit</p> <p>Tensi 130/78 mmhg</p> <p>Anamnesa :</p>	Tidak Sesuai

No. sam pel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kesesuaian Pendokumentasian Klinis Hipertensi Kombinasi
	<p>DS :</p> <p><i>Non insulin dependent DM without complications</i></p> <p><i>Dyspneu desatrurasi riw.</i></p> <p><i>Ulkus DM pedis S bacterial infection</i></p>		<p>Pasien mnegelelul sesak nafas HMRS, lemas, menggeh2 bila neraktifitas, pucat, tidak mau makan, riw. <i>DM HT</i> tak terkontrol, Riwayat operasi <i>debridement</i> 2 minggu yll.</p> <p>EF : 21%</p> <p><i>Ro thorax</i></p> <p>Hasil : <i>cardiomegaly</i> dan <i>oedema pulmo mix bronkopneumonia</i></p> <p>Lab darah</p> <p>Hb : 9,1</p> <p>Ureum : 87,9</p> <p>Kreatinin : 2,56</p> <p>GDS : 272</p>	
19	<p>DU :</p> <p><i>Hemiparese D dd SNH/SH</i></p> <p>DS :</p> <p><i>CKD on HD</i> rutin</p>	<p>HD</p> <p>Transfusi darah</p> <p>Lab darah</p> <p><i>Ro thorax</i></p> <p><i>CT scan</i> kepala</p>	<p>Suhu 36</p> <p>Nadi : 90 x menit</p> <p>Respirasi 22 x menit</p> <p>TD 116/90 mmhg</p> <p><i>Thx : sdv + rh - wh -</i></p> <p><i>Abdomen : bu +</i></p> <p>Anamnesa :</p> <p>Keluarga mengatakan pasien mengeluh kelemahan anggota gerak kiri sejak hari sabtu, hari ini pasien <i>HD, post HD</i> pasien lemas, bingung, susah diajak bicara riw. <i>CKD on HD</i></p> <p>Riwayat :</p> <p><i>HT, CKD on HD</i> rutin</p> <p>Pemeriksaan penunjang</p> <p><i>RO Thorax</i></p> <p>Hasil : <i>Cardiomegaly</i></p> <p><i>MSCT head</i> ada</p> <p>HD ada</p> <p>Lab darah</p> <p>Hb : 5,7</p> <p>Ureum : 157,7</p> <p>Kreatinin : 10,43</p> <p>GDS : 109</p>	Tidak Sesuai
26	<p>DU :</p> <p><i>Dyspnoea</i></p> <p>DS :</p> <p><i>Essential Fatty Acid (EFA) deficiency</i></p>	<p><i>EKG</i></p> <p><i>Ro Thorax</i></p> <p><i>HD</i></p>	<p><i>Vital sign :</i></p> <p>Nadi : 80 x menit</p> <p>Respirasi : 30 x menit</p> <p>Tensi : 139/112 mmhg</p> <p>Anamnesa :</p> <p>Sesak nafas sejak siang, tadi siang diperiksa ke IGD namun masih sesak Kembali. Saat ini dikatakan perut terasa</p>	Tidak Sesuai

No. sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kesesuaian Pendokumentasian Klinis Hipertensi Kombinasi
	<i>Dyspepsia</i>		perih, pasien <i>CKD on HD</i> rutin, <i>post HD extra</i>	
	<i>Anorexia</i>		Riwayat : <i>HT DM</i> <i>rhonki -/- wheezing -/-</i>	
	<i>Chronic renal failure, unspecified</i>		Penunjang : <i>Ro thorax</i>	
	<i>Hyperglycemia, unsp.</i>		Hasil : awal <i>CHF</i>	
	<i>Dyspneu ec susp EPA</i>		Lab darah : Hb : 10,5 Ureum : 92,5 Kreatinin : 7,78 GDS : 104	
	<i>Dyspepsia</i>			
	<i>Anorexia geriatri</i>			
27	<i>DU :</i> <i>CKD</i> <i>DS :</i> <i>Hypertensive renal disease with renal failure</i> <i>Dyspnoea</i> <i>Essential (primary) hypertensivon</i> <i>Pulmonary oedema</i> <i>CHF</i> <i>Dyspneu dd CHF HT</i> <i>Emergency oedem pulmo</i> <i>CKD on HD rutin</i>	<i>HD</i> <i>EKG</i> Lab darah <i>Ro thorax</i>	Nadi : 92 x menit Respirasi : 24 x menit TD : 140/68 mmHg Anamnesa : <i>HD</i> rutin terpasang <i>AV shunt</i> tangan kiri, sesak nafas, apneu Sakit perut, sesak, <i>CKD on HD</i> , <i>ronchi</i> +/+ Pemeriksaan penunjang : <i>Ro thorax</i> Hasil : <i>cardiomegaly</i> dengan <i>oedem pulmo mix bronkopneumonia</i> Lab darah HB : 12.3 Ureum : 81.2 Kreatinin : 9.56 GDS : 151	Tidak Sesuai

Tabel 4. 3 Hasil Checklist Studi Dokumentasi

No.	Dokumen yang diamati	Ada	Tidak Ada	Keterangan nomor SOP
1.	SOP kodifikasi pasien BPJS rawat inap	✓		SOP berisi langkah pengkodean klaim BPJS rawat inap (SOP.007/PUSJ/09/22)
2.	PPK hipertensi dengan komplikasi	✓		a. PPK <i>CHF</i> (PPK.004/Dalam/09/23) b. PPK Gagal Jantung Kronik akibat Hipertensi (PPK 004/IPD/08/24) c. PPK Hipertensi Emergensi
3.	<i>Clinical Pathway</i> kasus hipertensi	✓		CP hipertensi

4.	Kebijakan Direktur Rumah Sakit	✓	Tercantum pada SOP, PPK, dan pedoman manual klaim
----	--------------------------------	---	---

4. Distribusi Frekuensi Keakuratan Kode Kombinasi Kasus Hipertensi Pasien BPJS Rawat Inap

Berdasarkan hasil *checklist* observasi didapatkan frekuensi keakuratan kode kombinasi kasus hipertensi periode Januari sampai dengan Maret 2024 pada pasien BPJS rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul adalah sebagai berikut.

$$\begin{aligned} \text{Persentase akurat} &= (\text{jumlah data akurat} / \text{jumlah data}) \times 100\% \\ &= (13 / 30) \times 100\% \\ &= 43,3\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Persentase tidak akurat} &= (\text{jumlah data tidak akurat} / \text{jumlah data}) \times 100\% \\ &= (17 / 30) \times 100\% \\ &= 56,7\% \end{aligned}$$

Tabel 4. 4 Frekuensi Keakuratan Kode Kombinasi Kasus Hipertensi

Kategori	Jumlah berkas	Persentase
Akurat	13	43,3%
Tidak akurat	17	56,7%
Jumlah	30	100%

Berdasarkan tabel di atas persentase keakuratan kode kombinasi kasus hipertensi periode Januari sampai dengan Maret 2024 pada pasien BPJS rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul sebesar 43,3% atau 13 berkas. Sedangkan yang tidak akurat sebesar 56,7% atau 17 berkas.

Tabel 4. 5 Ketidakeakuratan Kode Kombinasi Hipertensi

No sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Keakuratan Kode Kombinasi Hipertensi
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
1	DU : <i>Anemia unspecified</i>	<i>Debridement necrotomy</i>	Suhu : 36	E11.5	86.22	I12.0	39.95	Tidak Akurat
			Nadi : 73 x menit	N18.5	39.95	D63.8	86.22	
	DS : <i>Essential primary (hypertension)</i>	<i>HD citto</i>	Tensi : 183/78 MmHg	I10	99.04	E11.5	99.04	
			Anamnesa :	D64.9	89.52		88.76 87.49	

No sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Keakuratan Kode Kombinasi Hipertensi
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
	<i>Non-insulin dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications</i>	Transfusi darah <i>USG Abdomen upper lower</i>	Luka di Jari 1 kaki kiri dan bintik di tangan kiri Riwayat : <i>DM</i> dan <i>HT</i> HD rutin					
	<i>Chronic Kidney Disease stage 5</i>		Hasil penunjang : <i>Ro thorax</i> Kesan : <i>cardiomegaly</i> dengan awal <i>oedem pulmo</i> Lab darah : HB : 7.60 Ureum : 141.0 (10-40 Mg/DL) Kreatinin : 7.88 (0.9-1.3 Mg/DL) Ureum : 96.9 Kreatinin : 5.24 GDS : 102 <i>USG abdomen : Chronic renal disease bilateral dengan kista renal dextra,</i>					
3	DU : <i>Epistaxis</i> DS : <i>Essential primary (hypertension)</i> <i>Chronic renal failure unspecified</i> <i>Anemia in chronic disease classified elsewhere</i> <i>Hipertensi emergency dengan epstaxix CKD on HD anemia renal</i>	<i>HD</i> Transfusi darah Lab Darah	Suhu : 36 Nadi : 86 x menit Respirasi : 20 x menit TD : 223/112 mmHg Pemeriksaan medis : Mengeluh keluar darah dari hidung, mimisan sejak 3 jam yang lalu, banyak hingga sulit berhenti, pusing dan riwayat <i>HD</i> senin-kamis Riwayat penyakit : <i>CKD on HD, HT</i> Pemeiksaan penunjang <i>Ro thorax</i>	I10 N18.5 D63.8	39.95 99.04 90.59	I12.0 D63.8 R04.0	39.95 99.04 90.59 87.49	Tidak Akurat

No sam pel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasia n Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Keakuratan Kode Kombinasi Hipertensi
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
			Hasil : <i>cardiomegaly</i> dengan awal <i>oedem</i> <i>pulmo</i> Hasil lab darah : Hb : 6.40 Ureum : - Kreatinin : - GDS : -					
7	DU : <i>HHD with CHF</i> DS : <i>Urinary tract</i> <i>infection, site not</i> <i>specified</i> <i>Other cholelithiasis</i> <i>Hypokalemia</i> <i>Cardiogenic shock</i>	Lab darah <i>Ro Thorax</i> <i>EKG</i> <i>Oxygen</i> <i>enrichment</i>	Nadi : 90 x menit Respirasi :25 x menit TD : 148/86 mmHg Edema +/- Anamnesa : Pasien datang dengan keluhan sesak, nyeri kaki, bengkak, nyeri perut kiri, BAK sedikit. Ku sedang CM Kepala CA-/SI-/ - <i>thorax SDV + EH -</i> /- <i>WH -/- Abdomen</i> <i>BU + NT + ulu hati</i> Penunjang : <i>Ro thorax</i> hasil : <i>CHF</i> <i>Cardiomegaly</i> dengan <i>oedema</i> <i>pulmo</i> Lab darah : Hb :12,8 Ureum :46,2 Kreatinin : 1,61 GDS : -	I11.0 N39.0 K80.8 E87.6	90.59 87.49 89.52 93.96	I11.9 K80.8 N39.0 R57.0	90.59 87.49 89.52 93.96	Tidak Akurat
8	DU : <i>HHD with CHF</i> DS : <i>Essential primary</i> <i>hypertension</i> <i>CHF</i> <i>CKD stage 5</i>	<i>EKG</i> Lab darah <i>Ro thorax</i> <i>Usg</i> <i>abdomen</i>	Nadi : 100 x menit Respirasi : 26 x menit TD : 208/109 mmhg Anamnesa : kejang seluruh badan saat perawatan luka di puskesmas, HD 2x	I11.9 E11.9	89.52 90.59 87.49 88.76	I13.2 E11.9 R56.0	89.52 90.59 87.49 88.76	Tidak Akurat

No sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Keakuratan Kode Kombinasi Hipertensi
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
	<i>Non insulin dependent diabetes mellitus with neurological complication</i> <i>Febrille convulsions</i>		selama ranap, opname karena ada cairan di paru dan perut, APS semalam, Riwayat DM dan HT Pemeriksaan : GDS 190 <i>Thorax : rh +/-</i> <i>Abdomen : undulasi</i> <i>+ ext : oedem +/-</i> Penunjang : EF : 66,7% RO thorax : <i>cardiomegaly</i> dengan awal <i>oedem pulmo</i> <i>USG abdomen</i> <i>Efusi pelura bilateral</i> dengan <i>ascites</i> <i>CKD bilateral</i> Keadaan umum : GDS : 190 <i>thorax : rh +/-</i> <i>abdomen : undulasi</i> <i>+ ext : oedm +/-</i> hasil lab darah Hb : 10,7 Ureum : 133,5 Kreatinin : 3,92 GDS : 197					
9	DU : <i>HHD with CHF</i> DS : <i>Non insulin DM with neurological complication</i> <i>CHF</i> <i>Bronchoneumonia unspecified</i> <i>Patty (change of) liver NEC</i>	<i>RO thorax</i> <i>EKG</i> <i>USG abdomen</i> Lab darah	Nadi : 99 x menit R : 24 x menit Tensi : 158/90 mmhg Anamnesa : Sesak nafas berat hingga tidak bisa berjalan Riw. <i>CHF DM</i> asma Pemeriksaan : Tampak sesak mafas SpO2	I11.9 E11.9 J18.0	87.49 89.52 88.76 90.59	I11.0 E11.9 J18.0 K76.0	87.49 89.52 88.76 90.59	Tidak Akurat

No sam pel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasia n Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Keakuratan Kode Kombinasi Hipertensi
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
	<i>Dyspneu CHF</i> riw asma		sebelum O2 4 lpm 93% -> 96-97% <i>Thorax : ves +/- rh</i> <i>-/- wh +/- BJI dan</i> <i>II Reg</i> <i>Abd :NT -</i> <i>extremitas AH +</i> <i>Oedem -</i> <i>CRT <2s</i>					
			Penunjang : EF : 61.7% <i>RO thorax</i> <i>Cardiomegaly</i> dengan <i>odema</i> <i>pulmo mix</i> <i>bronkopneumonia</i> <i>USG Abdomen</i> Hasil : <i>Hepatomegaly, fatty</i> <i>liver,</i> <i>cholecythiasis,</i> <i>gastritis</i> <i>Nefritis ren</i> <i>bilateral, cystitis</i> Hasil Lab darah : Hb : 11,2 Ureum : - Kreatinin : - GDS : 134					
11	DU : <i>Anemia unspecified</i>	Transfusi darah	Nadi 90 x menit R : 20 x menit	I12.0 A09.9	99.04 39.95	N18.5 D63.8	99.04 39.95	Tidak Akurat
	DS : <i>Ascites</i>	<i>HD</i> <i>Venous</i> <i>kateter</i> <i>renal</i>	Tensi : 114/82 mmhg	R18 D64.9	38.95 87.49	A09.9 R18	38.95 87.49	
	<i>Gastroenteritis and</i> <i>cholic of</i> <i>unspecified origin</i>	<i>Ro thorax</i> Lab darah	Anamnesa : Perut membesar disertai sesak dan mual Riw. HT tak terkontrol riw. Operasi batu kencing 3 thn yll		90.59	E87.5	90.59	
	<i>CKD stage 5</i>							
	<i>Hyperkalemia</i>		Pemeriksaan : mual, bab cair 5 x, perut kram sudah 1 minggu dan pusing Pemeriksaan fisik : <i>thorax : SDV +/-</i> <i>ronkhi -/- wheezing</i>					

No sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Keakuratan Kode Kombinasi Hipertensi
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
			<p>-/- Abdomen : supel + NT + epigastric ektre : akral hangat + CRT < 2s</p> <p>Penunjang : EF : 61.7% RO thorax : oedem pulmo USG abdomen : Acute liver disease, cholelithiasis, efusi pleura dextra, CKD dextra, subarachinoid ren sin, nephrolithiasis sin. Hasil Lab darah Hb : 11.2 Ureum : 139.1 Kreatinin : 7.79 Gula darah : 134 GDS : 139</p>					
15	<p>DU : Non insulin dependent DM without complication</p> <p>DS : CHF</p> <p>HHD with CHF</p> <p>Essential primary hypertension</p> <p>Tinea cruvis</p> <p>Pulpitis</p> <p>CKD stage II</p> <p>CHF</p> <p>DM</p> <p>HT</p>	<p>EKG</p> <p>Ro thorax</p> <p>Lab darah</p> <p>USG abdomen</p>	<p>Nadi ; 102 x menit</p> <p>R : 24 x menit</p> <p>TD : 149/90 mmhg</p> <p>Anamnesa : Sesak nafas terutama jika beraktivitas /jalan, berkurang jika istirahat atau tidur, nyeri perut kanan riw. HT DM Thorax : SDV +/- - /- Abdomen : acites + ekstremitas : pitting edema</p> <p>Penunjang : RO thorax Hasil : cardiomegaly awal oedema pulmo USG abdomen Hasil : unvisual ren D dd aplasia ren D, CKD ren D, Cystitis Lab darah</p>	I12.0	89.52	I13.9	89.52	Tidak
				E11.9	87.49	E11.9	87.49	Akurat
				B35.6	90.59		90.59	
					88.76		88.76	

No sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Keakuratan Kode Kombinasi Hipertensi
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
			Ureum : 33,4 Kreatinin : 2,15 GDS : 162					
18	DU : <i>Hypertensive hearth and renal disease both (congestive) hearth failure and renal failure</i> DS : <i>Non insulin dependent DM without complications</i> <i>Dyspneu desatrurasi riw. Ulkus DM pedis S bacterial infection</i>	<i>EKG</i> <i>Echo</i> Lab darah <i>Ro thorax</i> Rawat luka	Suhu 36.0 Nadi : 96 x menit R 20 x menit Tensi 130/78 mmhg Anamnesa : Pasien mnegeleh sesak nafas HMRS, lemas, mengge2 bila neraktifitas, pucat, tidak mau makan, riw. <i>DM HT</i> tak terkontrol, Riwayat operasi <i>debridement 2</i> minggu yll. Penunjang : EF : 21% <i>Ro thorax</i> Hasil : <i>cardiomegaly</i> dan <i>oedema pulmo mix bronkopneumonia</i> Lab darah Hb : 9,1 Ureum : 87,9 Kreatinin : 2,56 GDS : 272	I13.2 E11.5	89.52 88.72 90.59 87.49 93.57	I13.0 E11.5 R06.0	89.52 88.72 90.59 87.49 93.57	Tidak Akurat
19	DU : <i>Hemiparese D dd SNH/SH</i> DS : <i>CKD on HD</i> rutin	HD Transfusi darah Lab darah <i>Ro thorax</i> <i>CT scan</i> kepala	Suhu 36 Nadi : 90 x menit Respirasi 22 x menit TD 116/90 mmhg <i>Thx : sdv + rh - wh</i> - <i>Abdomen : bu +</i> Anamnesa : Keluarga mengatakan pasien mengeluh kelemahan anggota gerak kiri sejak hari sabtu, hari ini pasien <i>HD, post HD</i>	I60.9 I12.0 D64.9	39.95 99.04 90.59 87.49 87.03	I64 G81.9 N18.5	39.95 99.04 90.59 87.49 87.03	Tidak Akurat

No sam pel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasia n Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Keakuratan Kode Kombinasi Hipertensi
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
			<p>pasien lemas, bingung, susah diajak bicara riw. <i>CKD on HD</i> Riwayat : <i>HT, CKD on HD</i> rutin</p> <p>Pemeriksaan penunjang <i>RO Thorax</i> Hasil : <i>Cardiomegaly</i> <i>MSCT head</i> ada HD ada Lab darah Hb : 5,7 Ureum : 157,7 Kreatinin : 10,43 GDS : 109</p>					
22	<p>DU : <i>Hernia umbilicalis</i></p> <p>DS : <i>CKD on HD</i> <i>HT emergency</i> <i>CHF oedem pulmo</i> Riwayat DM <i>Anemia</i> <i>Syock</i></p>	<p><i>Open</i> <i>Umbilical</i> <i>Herniorrh</i> <i>aphy</i> HD <i>Ventilator</i> <i>Nebulizer</i> Lab darah Transfusi <i>PRC</i></p>	<p>Suhu : 31 Respirasi : 24 x menit Nadi : 84 x menit TD : 217/118 mmhg</p> <p>Anamnesa : Nyeri perut, BAB cair, <i>CKD DM HD</i> rutin, benjolan pada perut 4 bulan</p> <p><i>USG abdomen :</i> <i>Meteorismus</i> mengarah gambaran <i>ascites</i> <i>Ro thorax :</i> <i>Cardio awal oedem</i> <i>pulmo efusi pleura</i> Lab darah : Hb : 7,3 Hb : 7.8 Ureum : 48,6 Kreatinin : 4,09 Ureum : 204.8 Kreatinin : 10.77 GDS : 106 Ada laporan operasi</p>	K42.9 N18.5 I48 I10 D63.8 R57.2	53.49 39.95 96.71 93.94 90.59 99.04	K42.9 I13.1 Z86.3 D63.8 R57.2	53.49 39.95 96.70 93.94 90.59 99.04 88.76 87.49	Tidak Akurat

No sam pel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasia n Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Keakuratan Kode Kombinasi Hipertensi
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
<i>Transfuse prc</i>								
23	DU : <i>Anemia</i> DS : <i>Cholecystitis</i> <i>Other and unspecified abdominal pain (primary) hypertension</i> <i>Chronic Kidney Disease</i>	Lab darah <i>Ro thorax</i> <i>EKG</i> <i>HD</i>	Nadi : 104 x menit Respirasi : 99 x menit TD : 230/104 mmhg Anamnesa : HD rutin terpasang AV <i>shunt</i> di tangan kanan, HT, HD rutin, nyeri dada, nyeri perut, nyeri tekan ulu hati <i>RO thorax : cardiomegaly</i> Transfusi PRC Lab darah Hb : 8,2 Ureum : - Kreatinin : - GDS : -	K81.9 N18.5 I10	90.59 88.76 89.52 39.95	I12.0 D63.8 K81.9	90.59 88.76 89.52 39.95	Tidak Akurat
25	DU : <i>CHF</i> DS : <i>Non-insulint dependent diabetes melitus without complications</i> <i>Dyspnoea</i> <i>CKD stage 5</i> <i>Essential (primary) hyprtension</i> <i>Disorder of white blood cells, unspecified</i> <i>Dyspneu dd CHF</i> <i>DM hiperglikemi</i> <i>CKD grade 5 HT</i> <i>Leukositosis</i>	Lab darah <i>HD</i> <i>RO Thorax</i> <i>Ventilator</i>	Nadi : 100 x menit Respirasi : 28 x menit TD : 145/85 mmhg Anamnesa : <i>Dyapnea</i> , Sesak nafas mulai malam hari, riw kemarin makan bayam basi, rpd DM rutin, riwayat dm <i>ckd</i> , <i>rhonki</i> +/+ Pemeriksaan penunjang : <i>Ro thorax</i> hasil : <i>cardiomegaly</i> dengan <i>oedem pulmo</i> berat mix <i>bronkopneumonia</i> <i>USG abdomen</i> hasil : <i>chronic renal disiease bilateral</i> Lab darah Hb : 10,1 Ureum : 107,1	N18.5 E11.9 I10	90.59 87.49 39.95 96.71	I13.1 E11.9 R06.0	90.59 87.49 39.95 96.70 88.76	Tidak Akurat

No sam pel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Keakuratan Kode Kombinasi Hipertensi
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
			Kreatinin : 6,69 GDS : 235					
26	DU : <i>Dyspnoea</i> DS : <i>Essential Fatty Acid (EFA) deficiency</i> <i>Dyspepsia</i> <i>Anorexia</i> <i>Chronic renal failure, unspecified</i> <i>Hyperglycemia, unsp.</i> <i>Dyspneu ec susp EPA</i> <i>Dyspepsia</i> <i>Anorexia geriatri</i>	<i>EKG</i> <i>Ro Thorax</i> <i>HD</i>	<i>Vital sign :</i> Nadi : 80 x menit Respirasi : 30 x menit Tensi : 139/112 mmhg Anemia : Sesak nafas sejak siang, tadi siang diperiksa ke IGD namun masih sesak Kembali. Saat ini dikatakan perut terasa perih, pasien <i>CKD on HD</i> rutin, <i>post HD extra</i> Riwayat : <i>HT DM rhonki -/- wheezing -/-</i> Penunjang : <i>Ro thorax</i> Hasil : awal <i>CHF</i> Lab darah : Hb : 10,5 Ureum : 92,5 Kreatinin : 7,78 GDS : 104	N18.5 E11.9 I10	89.52 87.49 39.95	R06.0 E63.0 K30 R63.0 N18.5 R79.3 Z03.8 J81	89.52 87.49 39.95	Tidak Akurat
27	DU : <i>CKD</i> DS : <i>Hypertensive renal disease with renal failure</i> <i>Dyspnoea</i> <i>Essential (primary) hypertensivon</i> <i>Pulmonary oedema</i> <i>CHF</i> <i>Dyspneu dd CHF HT</i>	<i>HD</i> <i>EKG</i> Lab darah <i>Ro thorax</i>	Nadi : 92 x menit Respirasi : 24 x menit TD : 140/68 mmHg Anamnesa : <i>HD</i> rutin terpasang <i>AV shunt</i> tangan kiri, sesak nafas, apneu Sakit perut, sesak, <i>CKD on HD</i> , ronchi +/+ Pemeriksaan penunjang : <i>Ro thorax</i> Hasil : <i>cardiomegaly</i> dengan <i>oedem pulmo mix bronkopneumonia</i>	N18.5 I10 A49.9	39.95 89.52 90.59 87.49	I13.1	39.95 89.52 90.59 87.49	Tidak Akurat

No sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Keakuratan Kode Kombinasi Hipertensi
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
	<i>Emergency oedem pulmo CKD on HD rutin</i>		Lab darah HB : 12.3 Ureum : 81.2 Kreatinin : 9.56 GDS : 151					
28	DU : <i>Ulkus pedis dextra</i> DS : <i>CKD stage 5</i> DM HT <i>Anemia renal</i>	HD Transfusi darah <i>Ro thorax</i> USG <i>abdomen</i> Thoracente <i>sis</i> Rawat luka	Nadi : 105 x menit Respirasi : 22 x menit TD : 159/112 mmHg Anamnesa : Sesak nafas disertai lemas, mudah Lelah dan kaki kanan terdaat luka dengan bau busuk, oedem kaki (+) Riwayat HT DM Pemeriksaan penunjang : <i>Ro thorax</i> Hasil : <i>efusi pleura sininstra</i> USG abdomen Hasil : <i>pleural efusi sin dengan septa</i> Hasil lab : HB : 5.9 Ureum : 120.6 Kreatinin : 6.16 GDS : 149	N18.5 I10 D63.8 E11.5 J91	39.95 99.04 87.49 88.76 34.91 93.57	E14.5 I12.0 D63.8	39.95 99.04 87.49 88.76 34.91 93.57	Tidak Akurat
29	DU : <i>Dyspnoea</i> DS : <i>Pleura effusion in condition classified elsewhere</i> <i>CKD stage 5</i> <i>Hypertensive hearth disease without (congestive) hearth failure</i> <i>Pulmonary oedema</i>	EKG HD Lab darah	Nadi : 116 x menit Respirasi : 30 x menit TD : 207/114 mmhg Anamnesa : Sesak nafas mulai tadi, memberat mala mini, batuk, HD rutin, aktivitas biasa kecapekan Rhonki basah +/- rhonki kasar +/- ves +/- Riwayat : HT CKD HD	N18.5 I11.9	89.52 39.95 90.59	I13.1	89.52 39.95 90.59	Tidak Akurat

No sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Keakuratan Kode Kombinasi Hipertensi
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
	<i>Obs. Dyspneu dd oedem pulmo dd efusi</i>		Pemeriksaan penunjang : Ro thorax Hasil : <i>bronkopneumonia berat</i> Lab darah HB : 8.4 Ureum : 96.9 Kreatinin : 7.41 GDS : 116					
30	DU : <i>Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications</i> DS : <i>Bronkopneumonia, unsp.</i> <i>Stroke, not specified as haemorrhage or infarction</i> CKD <i>Essential (primary) hypertension</i>	<i>Ro thorax</i> <i>Nebulizer</i> Lab darah	Nadi : 112 x menit Respirasi : 28 x menit TD : 148/92 mmhg Anamnesa : Rutin kontrol dr. SP.S (<i>stroke hemiparese dextra</i>) rutin kontrol SP.PD. (<i>DM dan HT</i>) Sesak batuk, GDS 112 riwayat stroke <i>Rh -/ wz +/+</i> Penunjang : <i>Ro thorax</i> Hasil : <i>bronkopneumonia</i> <i>Fisiotheraphy</i> Lab darah Hb : 11.7 Ureum : 111.2 Ureum : 106.0 Kreatinin : 3.08 Kreatinin : 3.54 GDS : 112 GDS : 94	J18.0 E11.9 I10 N18.3	87.49 93.94 90.59 N18.3	E11.9 J18.0 I64 I12.9	87.49 93.94 90.59	Tidak Akurat

5. Faktor Penyebab Ketidakakuratan Kode Kombinasi Kasus Hipertensi Pasien BPJS Rawat Inap

Peneliti melakukan wawancara untuk mengetahui penyebab ketidakakuratan kode kombinasi kasus hipertensi dengan petugas casemix RSUD PKU Muhammadiyah Bantul. Berdasarkan hasil wawancara, peneliti

akan mengkategorikan faktor penyebab berdasarkan unsur 5 M yaitu *man*, *money*, *methode*, *material*, dan *machine*.

a. Faktor *Man*

Faktor ketidakakuratan kode kombinasi kasus hipertensi di RSUD Muhammadiyah Bantul berdasarkan faktor *man* yaitu kurangnya pemahaman petugas *coding* tentang kode kombinasi. Kurangnya pemahaman ini menyebabkan *pending claim*. Selain itu, DPJP dan perawat juga sering lupa dalam mendokumentasikan pemeriksaan penunjang sehingga kurang lengkap pendokumentasian klinisnya.

Terkadang mungkin dokternya ngga melakukan pemeriksaan ureum kreatinin ngga 2 kali. Terkadang kita sudah sering mengingatkan dan memberitahu kepada perawat kalo missal kode *CKD* harus ureum kreatinin 2 kali, *CHF* harus *echo*, itu kita sudah sering ngasih tahu dan perawatpun sudah memberitahu ke DPJP nya. Tapi tetep kelewat.

Informan 1

Koder tidak jeli kemudian pendokumentasian *DPJP* dan perawat juga kurang lengkap klinisnya. Misal kedatangan pertama CPPT Cuma ditulis tidak ada keluhan. Padahal dia masuk dengan pusing di IGD. Padahal yang kami harapkan tidak boleh *copy paste*. Pemeriksaan penunjang juga kurang lengkap.

Triangulasi Sumber

Dalam hal ini informan menyatakan bahwa yang dapat menjadi penyebab ketidakakuratan kode kombinasi pada faktor *man* yaitu kurangnya pemahaman petugas *coding* tentang kode kombinasi. Selain itu, petugas juga terkadang lupa melengkapi pemeriksaan penunjang. Misalnya, ureum keatinin yang tidak dilakukan sebanyak 2 kali, hasil *echo* yang tidak ada untuk penegakan *CHF*.

b. Faktor *Money*

Faktor ketidakakuratan kode kombinasi kasus hipertensi di RSUD Muhammadiyah Bantul berdasarkan faktor *money* yaitu belum ada penghargaan untuk petugas *coding* terbaik. Sedangkan untuk anggaran pelatihan koding sudah tersedia di tiap tahunnya sesuai

pengajuan unit masing-masing Pengajuan tahun 2026 koordinator *casemix* merencanakan anggaran untuk pelatihan.

Tidak ada, kalo *reward* ngga ngga ada de

Informan 1

Jelas rugi yaa hehe karena ada beberapa yang pending

Triangulasi Sumber

Dalam hal ini informan menyatakan bahwa yang dapat menjadi penyebab ketidakakuratan kode kombinasi pada faktor *money* yaitu belum adanya belum ada penghargaan untuk petugas *coding* terbaik. Sedangkan untuk anggaran pelatihan koding sudah tersedia di tiap tahunnya sesuai pengajuan unit masing-masing Pengajuan tahun 2026 koordinator *casemix* merencanakan anggaran untuk pelatihan. Namun, jika berbicara tentang klaim, ketidakakuratan kode kombinasi ini berdampak pada kerugian yang diterima rumah sakit karena *pending*.

c. Faktor *Method*

Faktor ketidakakuratan kode kombinasi kasus hipertensi di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul berdasarkan faktor *methode* yaitu PPK yang belum sesuai dengan PNPk yang dipedomani oleh BPJS.

Insyaaalloh ngga ada

Informan 1

PR saya itu harus menyelaraskan PPK, CP, dan PNPk karena BPJS menggunakan PNPk. PPK kita harus menyelaraskan PNPk biar sama.

Triangulasi Sumber

Dalam hal ini salah satu informan menyatakan bahwa yang dapat menjadi penyebab ketidakakuratan kode kombinasi pada faktor *methode* yaitu PPK yang belum selaras dengan PNPk seperti hasil pemeriksaan ureum kreatinin harus 2 kali, karena pihak BPJS menggunakan PNPk sebagai panduan pendokumentasian klinisnya. Hal tersebut masih menjadi tugas tambahan bagi petugas *casemix*.

Sedangkan untuk ketersediaan *ICD-10* tidak ada masalah karena sudah tersedia buku *ICD-10* dan *ICD-9* cetak dan online.

d. Faktor *Material*

Faktor ketidakakuratan kode kombinasi kasus hipertensi di RSUD Muhammadiyah Bantul berdasarkan faktor *material* yaitu tulisan dokter yang belum lengkap dan hasil pemeriksaan penunjang yang belum lengkap seperti *echo*.

Tidak ada insyaallah kan udah EMR udah diketik. Insyaallah masih bisa dibaca, kalupun tidak terbaca dikonfirmasi ulang.

Informan 1

Kalo tulisan dokter kemungkinan karena belum lengkap juga bisa, jadi dokter itu menurut dia hipertensi, HHD, CHF, padahal kan jika CHF kita harus menunut ke laporan *echo*. *Echo* dengan nilai *EF*-nya itu tadi. Dokter cuma nulis sesuai diagnose penjaminan sehingga cuma nulis *CHF*. Jadi coder harus teliti menyesuaikan dengan peraturan yang berlaku.

Triangulasi Sumber

Dalam hal ini salah satu informan menyatakan bahwa yang dapat menjadi penyebab ketidakakuratan kode kombinasi pada faktor *material* yaitu tulisan dokter yang belum lengkap dan hasil pemeriksaan penunjang yang belum lengkap seperti *echo*. Sering kali dokter hanya menuliskan diagnosis akhir tanpa ada bukti tertulis laporan hasil pemeriksaan *echo* dengan tercantum hasil *EF*-nya. Sehingga, *coder* harus teliti dalam membaca pendokumentasian klinis guna menentukan kode yang tepat.

e. Faktor *Machine*

Faktor ketidakakuratan kode kombinasi kasus hipertensi di RSUD Muhammadiyah Bantul berdasarkan faktor *machine* yaitu adanya *update* sistem yang lama dan sistem *loading* lama ketika banyak yang menggunakan. Terkadang juga mengalami gangguan mati listrik.

Alhamdulillah tidak ada. Paling *update* sistem yang lama sehingga harus konsul ke IT.

Triangulasi Sumber

Ya mungkin ga sering yaa, terkadang yang namanya sistem ya ada yang namanya lola. Pernah tapi ga sering karena banyak yang make. Kalau dikit yang makai ngga. Kalau mati listrik pernah waktu dek, yang kemarin loh de belum lama rabu kemarin mati listrik selama setengah jam lebih sampai setengah hari juga pernah.

Informan 1

Dalam hal ini salah satu informan menyatakan bahwa yang dapat menjadi penyebab ketidakakuratan kode kombinasi pada faktor *machine* yaitu *update* sistem yang lama sehingga harus konsul ke tim IT rumah sakit. Selain itu, petugas terkadang merasakan sistem mengalami gangguan ketika banyak yang menggunakan sistem. Terkadang juga terjadi gangguan listrik yang membuat pekerjaan *coder* menjadi terhenti dan terganggu.

B. Pembahasan

1. Distribusi Frekuensi Kesesuaian Pendokumentasian Klinis Kasus Hipertensi Pasien BPJS Rawat Inap

Berdasarkan hasil *checklist* observasi, tingkat kesesuaian pendokumentasian klinis hipertensi dengan komplikasi pasien BPJS rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul periode Januari sampai Maret 2024 sebesar 70 % (21 berkas). Sedangkan yang tidak sesuai sebesar 30% (9 berkas). Berikut adalah salah satu contoh berkas rekam medis yang tidak sesuai pendokumentasian klinisnya.

Tabel 4. 6 Pembahasan Ketidaksesuaian Pendokumentasian Klinis Hipertensi

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Catatan ketidaksesuaian pendokumentasian klinis hipertensi dengan komplikasi
7	DU : <i>HHD with CHF</i> DS : <i>Urinary tract infection, site not specified</i>	Lab darah <i>Ro Thorax</i> <i>EKG</i> <i>Oxygen enrichment</i>	Nadi : 90 x menit Respirasi :25 x menit TD : 148/86 mmHg Edema +/- Anamnesa :	<i>HHD with CHF</i> harus ditegaskan dengan hasil <i>echo</i> yang menunjukkan <i>EF</i> < 40% sesuai dengan yang dikemukakan oleh Kemenkes (2021) pada Keputusan Menteri

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Catatan ketidaksesuaian pendokumentasian klinis hipertensi dengan komplikasi
	<p><i>Other cholelithiasis</i> <i>Hypokalemia</i></p> <p><i>Cardiogenic shock</i></p>		<p>Pasien datang dengan keluhan sesak, nyeri kaki, bengkak, nyeri perut kiri, BAK sedikit. Ku sedang CM</p> <p>Kepala <i>CA-/SI-/ thorax SDV + EH -/ WH -/ Abdomen BU + NT + ulu hati</i></p> <p>Penunjang : <i>Ro thorax</i> hasil : <i>CHF</i> <i>Cardiomegaly</i> dengan <i>oedema pulmo</i></p> <p>Lab darah : Hb :12,8 Ureum :46,2 Kreatinin : 1,61 GDS : -</p>	<p>Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07 Tahun 2021 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa</p>
11	<p>DU : <i>Anemia unspecified</i></p> <p>DS : <i>Ascites</i></p> <p><i>Gastroenteritis and cholic of unspecified origin</i></p> <p><i>CKD stage 5</i></p> <p><i>Hyperkalemia</i></p>	<p>Transfusi darah <i>HD</i> <i>Venous kateter renal</i> <i>Ro thorax</i> Lab darah</p>	<p>Nadi 90 x menit R : 20 x menit Tensi : 114/82 mmhg</p> <p>Anamnesa : Perut membesar disertai sesak dan mual</p> <p>Riw. HT tak terkontrol riw. Operasi batu kencing 3 thn yll</p> <p>Pemeriksaan medis : mual, bab cair 5 x, perut kram sudah 1 minggu dan pusing</p> <p>Pemeriksaan fisik : <i>thorax : SDV +/- ronchi -/ wheezing -/ Abdomen : supel + NT + epigastric ektre : akral hangat + CRT < 2s</i></p> <p>Penunjang : EF : 61.7%</p> <p><i>RO thorax : oedem pulmo</i> <i>USG abdomen :</i> <i>Acute liver disease, cholelithiasis, efusi pleura dextra, CKD dextra, subarachinoid ren sin, nephrolithiasis sin.</i></p> <p>Hasil Lab darah Hb : 11.2 Ureum : 139.1 Kreatinin : 7.79 Gula darah : 134 GDS : 139</p>	<p>Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien belum menunjukkan adanya hipertensi yaitu 114/82 mmhg dimana seharusnya TDS \geq 140 mmHg dan TDD \geq 90 mmHg sesuai dengan PERHI (2021).</p>
13	<p>DU : <i>Non insulin dependent diabetes without complication</i></p>	<p><i>HD</i> Lab darah</p>	<p><i>Vital sign :</i> Nadi : 69 x menit R : 27 x menit TD : 230/105 mmhg</p>	<p>Belum ada hasil <i>echo</i> yang menunjukkan <i>EF</i> < 40% untuk menegakan diagnosis <i>CHF</i> sesuai</p>

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Catatan ketidaksesuaian pendokumentasian klinis hipertensi dengan komplikasi
	DS : <i>Bronchopneumonia unsp.</i> <i>CHF</i> <i>CKD stage 5</i> <i>Essential primary hypertension</i> <i>Pulmonary oedema</i> <i>Pneumonia unsp.</i> <i>CHF IHD-HHD</i> <i>DM2 NO CKD V non dialysis</i>		Anamnesa : Sesak nafas memberat sejak 1 minggu yll, badan lemas, riw.jantung bengkak, <i>HT</i> dan <i>DM non insulin</i> , batuk Penunjang : <i>Usg abdomen</i> Hasil : <i>subchronic renal disease</i> hipertensi Lab darah Ureum : 133,4 Kreatinin : 6,85 GDS : 391	dengan yang dikemukakan oleh Kemenkes (2021) pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07 Tahun 2021 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa
15	DU : <i>Non insulin dependent DM without complication</i> DS : <i>CHF</i> <i>HHD with CHF</i> <i>Essential primary hypertension</i> <i>Tinea cruvis</i> <i>Pulpitis</i> <i>CKD stage II</i> <i>CHF</i> <i>DM</i> <i>HT</i>	<i>EKG</i> <i>Ro thorax</i> Lab darah <i>USG abdomen</i>	Nadi ; 102 x menit R : 24 x menit TD : 149/90 mmhg Anamnesa : Sesak nafas terutama jika beraktivitas /jalan, berkurang jika istirahat atau tidur, nyeri perut kanan riw. <i>HT DM</i> <i>Thorax : SDV +/+ -/-</i> <i>Abdomen : acites + ekstremitas : pitting edema</i> Penunjang : <i>RO thorax</i> Hasil : <i>cardiomegaly awal oedema pulmo</i> <i>USG abdomen</i> Hasil : <i>unvisual ren D dd aplasia ren D, CKD ren D, Cystitis</i> Lab darah Ureum : 33,4 Kreatinin : 2,15 GDS : 162	Belum ada hasil <i>echo</i> yang menunjukkan <i>EF < 40%</i> untuk menegakan diagnosis <i>CHF</i> sesuai dengan yang dikemukakan oleh Kemenkes (2021) pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07 Tahun 2021 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa
18	DU : <i>Hypertensive hearth and renal disease with CHF</i> DS :	<i>HD</i> Lab darah <i>Ro thorax</i> <i>Transfuse prc</i>	Nadi : 99 x menit Respirasi : 20 x menit TD : 234/144 mmhg Anamnesa :	Penegakan diagnosis <i>CHF</i> belum sesuai pendokumentasian klinis yang dikemukakan oleh Kemenkes (2021) pada Keputusan Menteri

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Catatan ketidaksesuaian pendokumentasian klinis hipertensi dengan komplikasi
	<i>Anemia</i>		<p>Sesak nafas rutin HD tiap senin-kamis Riwayat pembengkakan jantung Kemarin jalan naik tangga nafas terengah-engah Riw. <i>CKD HD</i> rutin, pembengkakan jantung <i>CHF</i> <i>Ca -/- si -/-</i> <i>Thorax sdv +/+</i> <i>Abdomen supel</i> <i>ascites -</i> <i>Extremitas oedema -/-</i></p> <p>Lab darah : Hb : 7,1 Ureum : - Kreatinin : - GDS : - <i>RO thorax</i> <i>Cardiomegaly</i> dengan awal <i>oedema pulmo</i> <i>Transfusi PRC</i></p>	<p>Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07 Tahun 2021 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa dikarenakan belum ada hasil <i>echo</i> yang menunjukkan nilai <i>EF</i> < 40%..</p>
18	<p>DU : <i>Hypertensive hearth and renal disease both (congestive) hearth failure and renal failure</i></p> <p>DS : <i>Non insulin dependent DM without complications</i></p> <p><i>Dyspneu desatrurasi riw. Ulkus DM pedis S bacterial infection</i></p>	<p><i>EKG</i> <i>Echo</i> Lab darah <i>Ro thorax</i> Rawat luka</p>	<p>Suhu 36.0 Nadi : 96 x menit R 20 x menit Tensi 130/78 mmhg</p> <p>Anamnesa : Pasien mnegeluh sesak nafas HMRS, lemas, mengge2 bila neraktifitas, pucat, tidak mau makan, riw. <i>DM HT</i> tak terkontrol, Riwayat operasi <i>debridement</i> 2 minggu yll.</p> <p>Penunjang : EF : 21% <i>Ro thorax</i> Hasil : <i>cardiomegaly</i> dan <i>oedema pulmo mix bronkopneumonia</i> Lab darah Hb : 9,1 Ureum : 87,9 Kreatinin : 2,56 GDS : 272</p>	<p>Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien belum menunjukkan adanya hipertensi yaitu 114/82 mmhg dimana seharusnya TDS \geq 140 mmHg dan TDD \geq 90 mmHg sesuai dengan PERHI (2021).</p>
19	<p>DU : <i>Hemiparese D dd SNH/SH</i></p>	<p>HD Transfusi darah Lab darah</p>	<p>Suhu 36 Nadi : 90 x menit Respirasi 22 x menit TD 116/90 mmhg</p>	<p>Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien belum menunjukkan adanya hipertensi yaitu 116/90</p>

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Catatan ketidaksesuaian pendokumentasian klinis hipertensi dengan komplikasi
	DS : CKD on HD rutin	Ro thorax CT scan kepala	<p><i>Thx : sdv + rh – wh –</i> <i>Abdomen : bu +</i></p> <p>Anamnesa : Keluarga mengatakan pasien mengeluh kelemahan anggota gerak kiri sejak hari sabtu, hari ini pasien HD, post HD pasien lemas, bingung, susah diajak bicara riw. CKD on HD Riwayat : HT , CKD on HD rutin</p> <p>Pemeriksaan penunjang RO Thorax Hasil : <i>Cardiomegaly</i> MSCT head ada HD ada Lab darah Hb : 5,7 Ureum : 157,7 Kreatinin : 10,43 GDS : 109</p>	mmhg dimana seharusnya TDS \geq 140 mmHg dan TDD \geq 90 mmHg sesuai dengan PERHI (2021).
26	<p>DU : <i>Dyspnoea</i></p> <p>DS : <i>Essential Fatty Acid (EFA) deficiency</i></p> <p><i>Dyspepsia</i></p> <p><i>Anorexia</i></p> <p><i>Chronic renal failure, unspecified</i></p> <p><i>Hyperglycemia, unsp.</i></p> <p><i>Dyspneu ec susp EPA</i></p> <p><i>Dyspepsia</i></p> <p><i>Anorexia geriatri</i></p>	<p><i>EKG</i> <i>Ro Thorax</i> <i>HD</i></p> <p>Lab darah</p> <p><i>Ro thorax</i></p>	<p><i>Vital sign :</i> Nadi : 80 x menit Respirasi : 30 x menit Tensi : 139/112 mmhg Anemia : Sesak nafas sejak siang, tadi siang diperiksa ke IGD namun masih sesak Kembali. Saat ini dikatakan perut terasa perih, pasien CKD on HD rutin, post HD extra Riwayat : HT DM rhonki -/- wheezing -/-</p> <p>Penunjang : <i>Ro thorax</i> Hasil : awal CHF Lab darah : Hb : 10,5 Ureum : 92,5 Kreatinin : 7,78 GDS : 104</p>	Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien belum menunjukkan adanya hipertensi yaitu 139/112 mmhg
27	<p>DU : CKD</p> <p>DS : <i>Hypertensive renal disease with renal failure</i></p>	<p><i>HD</i> <i>EKG</i></p> <p>Lab darah</p> <p><i>Ro thorax</i></p>	<p>Nadi : 92 x menit Respirasi : 24 x menit TD : 140/68 mmHg</p> <p>Anamnesa :</p>	Belum ada hasil echo yang menunjukkan EF < 40% untuk menegakan diagnosis CHF sesuai dengan yang dikemukakan oleh Kemenkes (2021)

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Catatan ketidaksesuaian pendokumentasian klinis hipertensi dengan komplikasi
	<i>Dyspnoea</i>		<i>HD</i> rutin terpasang <i>AV shunt</i> tangan kiri, sesak nafas, apneu Sakit perut, sesak, <i>CKD on HD</i> , <i>ronchi</i> +/-	pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07 Tahun 2021 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa
	<i>Essential (primary) hypertensivon</i>		Pemeriksaan : <i>Ro thorax</i>	
	<i>Pulmonary oedema</i>		Hasil : <i>cardiomegaly</i> dengan <i>oedem pulmo mix bronkopneumonia</i>	
	<i>CHF</i>		Lab darah	
	<i>Dyspneu dd CHF HT</i>		HB : 12.3 Ureum : 81.2 Kreatinin : 9.56 GDS : 151	
	<i>Emergency oedem pulmo CKD on HD</i> <i>rutin</i>			

2. Distribusi Frekuensi Keakuratan Kode Kombinasi Kasus Hipertensi Pasien BPJS Rawat Inap

Keakuratan kode kombinasi kasus hipertensi pada pasien BPJS rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul periode Januari sampai dengan Maret 2024 berdasarkan hasil *checklist* observasi sebesar 43,3% (13 berkas). Sedangkan yang tidak akurat sebesar 56,7% (17 berkas).

Tabel 4. 7 Pembahasan Ketidakakuratan Kode Kombinasi Hipertensi

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Penjelasan ketidakakuratan
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
1	DU : <i>Anemia unspecified</i>	<i>Debridement necrotomy</i>	Suhu : 36 Nadi : 73 x menit Tensi : 183/78 MmHg	E11.5 N18.5 I10 D64.9	86.22 39.95 99.04 89.52	I12.0 D63.8 E11.5 88.76 87.49	39.95 86.22 99.04 88.76	Kode <i>CKD stage 5 (N18.5)</i> dan kode Hipertensi (I10) seharusnya dijadikan 1 kode kombinasi yaitu I12.0 (<i>hypertensive renal disease with renal failure</i>) sesuai dengan ICD 10 tahun 2010 (<i>WHO, 2010</i>)
	DS : <i>Essential primary (hypertension)</i>	<i>HD citto</i> Transfusi darah <i>USG</i> <i>Abdomen upper lower</i>	Anamnesa : Luka di Jari 1 kaki kiri dan bintik di tangan kiri Riwayat : <i>DM</i> dan <i>HT</i> <i>HD</i> rutin					
	<i>Non-insulin dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory</i>		Hasil penunjang : <i>Ro thorax</i> Kesan : <i>cardiomegaly</i> dengan awal <i>oedem pulmo</i> Lab darah :					

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Penjelasan ketidakakuratan
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
	<i>complications</i>		HB : 7.60 Ureum : 141.0 (10-40 Mg/DL)					
	<i>Chronic Kidney Disease stage 5</i>		Kreatinin : 7.88 (0.9-1.3 Mg/DL) Ureum : 96.9 Kreatinin : 5.24 GDS : 102					
	<i>Abscess dengan gangrene digiti 1 pedis sinistra dengan DM</i>		<i>USG abdomen</i> <i>Chronic renal disease bilateral dengan kista renal dextra,</i>					
3	DU : <i>Epistaxis</i> DS : <i>Essential primary (hypertension)</i> <i>Chronic renal failure unspecified</i> <i>Anemia in chronic disease classified elsewhere</i> <i>Hipertensi emergency dengan epstaxis CKD on HD anemia renal</i>	<i>HD</i> Transfusi darah Lab Darah	Suhu : 36 Nadi : 86 x menit Respirasi : 20 x menit TD : 223/112 mmHg Pemeriksaan medis : Mengeluh keluar darah dari hidung, mimisan sejak 3 jam yang lalu, banyak hingga sulit berhenti, pusing dan riwayat <i>HD</i> senin-kamis Riwayat penyakit : <i>CKD on HD, HT</i> Pemeiksaan penunjang Ro <i>thorax</i> Hasil : <i>cardiomegaly</i> dengan awal <i>oedem pulmo</i> Hasil lab darah : Hb : 6.40 Ureum : - Kreatinin : - GDS : -	I10 N18.5 D63.8	39.95 99.04 90.59	I12.0 D63.8 R04.0	39.95 99.04 90.59 87.49	Kode <i>CKD stage 5 (N18.5)</i> dan kode Hipertensi (I10) seharusnya dijadikan 1 kode kombinasi yaitu I12.0 (<i>hypertensive renal disease with renal failure</i>) sesuai dengan ICD 10 tahun 2010 (<i>WHO, 2010</i>)
7	DU : <i>HHD with CHF</i> DS : <i>Urinary tract infection, site not specified</i>	Lab darah Ro <i>Thorax</i> <i>EKG</i> <i>Oxygen enrichment</i>	Nadi : 90 x menit Respirasi : 25 x menit TD : 148/86 mmHg Edema ++ Anamnesa : Pasien datang dengan keluhan sesak, nyeri kaki, bengkak, nyeri perut kiri, BAK sedikit. Ku sedang CM Kepala <i>CA-/SI-/</i>	I11.0 N39.0 K80.8 E87.6	90.59 87.49 89.52 93.96	I11.9 K80.8 N39.0 R57.0	90.59 87.49 89.52 93.96	<i>CHF</i> tidak dapat dikode karena belum ada hasil penunjang <i>echo</i> yang menunjukkan EF < 40% sesuai dengan yang dikemukakan oleh Kemenkes (2021) pada Keputusan Menteri

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Penjelasan ketidakakuratan
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
	<i>Other cholelithiasis Hypokalemi a Cardiogenic shock</i>		<i>thorax SDV + EH -/- WH -/- Abdomen BU + NT + ulu hati</i> Penunjang : <i>Ro thorax</i> hasil : <i>CHF</i> <i>Cardiomegaly</i> dengan <i>oedema pulmo</i> Lab darah : Hb :12,8 Ureum :46,2 Kreatinin : 1,61 GDS : -					Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07 Tahun 2021 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Hipertensi Dewasa. Berdasarkan ICD 10 tahun 2010 (WHO, 2010), Hipertensi dengan heart disease dapat dikode ke dalam 1 kode kombinasi yaitu I10.9 (<i>Hypertensive heart disease without CHF</i>) dikarenakan <i>HHD</i> tanpa <i>CHF</i> .
8	<i>DU : HHD with CHF</i> <i>DS : Essential primary hypertension</i> <i>CHF</i> <i>CKD stage 5</i> <i>Non insulin dependent diabetes mellitus with neurological complication</i> <i>Febrille convulsions</i>	<i>EKG</i> Lab darah <i>Ro thorax</i> <i>Usg</i> <i>abdomen</i>	Nadi : 100 x menit Respirasi : 26 x menit TD : 208/109 mmhg Anamnesa : kejang seluruh badan saat perawatan luka di puskesmas, HD 2x selama ranap, opname karena ada cairan di paru dan perut, APS semalam, Riwayat <i>DM</i> dan <i>HT</i> Pemeriksaan medis : GDS 190 <i>Thorax : rh +/+</i> <i>Abdomen : undulasi + ext : oedem +/+</i> Penunjang : EF : 66,7% <i>RO thorax : cardiomegaly</i> dengan awal <i>oedem pulmo</i> <i>USG abdomen</i>	I11.9 E11.9	89.52 90.59 87.49 88.76	I13.2 E11.9 R56.0	89.52 90.59 87.49 88.76	Diagnosis <i>HHD</i> , <i>CKD stage 5</i> , dan <i>CHF</i> seharusnya dijadikan ke dalam 1 kode kombinasi yaitu I13.2 (<i>Hypertensive heart and renal disease with both (congestive) heart failure and renal failure</i>) sesuai dengan ICD 10 tahun 2010 (WHO, 2010) dan didukung dengan hasil

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Penjelasan ketidakakuratan
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
			<i>Efusi pelura bilateral dengan ascites CKD bilateral Keadaan umum : GDS : 190 thorax : rh +/- abdomen : undulasi + ext : oedm +/- hasil lab darah Hb : 10,7 Ureum : 133,5 Kreatinin : 3,92 GDS : 197</i>					koding coder expert.
9	DU : <i>HHD with CHF</i> DS : <i>Non insulin DM with neurological complication</i> <i>CHF</i> <i>Bronchoneumonia unspecified</i> <i>Patty (change of) liver NEC</i> <i>Dyspneu CHF riw asma</i>	<i>RO thorax</i> <i>EKG</i> <i>USG abdomen</i> Lab darah	Nadi : 99 x menit R : 24 x menit Tensi : 158/90 mmhg Anamnesa : Sesak nafas berat hingga tidak bisa berjalan Riw. <i>CHF DM</i> asma Pemeriksaan medis : Tampak sesak mafas SpO2 sebelum O2 4 lpm 93% -> 96-97% <i>Thorax : ves +/- rh -/wh +/- BJ I dan II Reg</i> <i>Abd :NT -</i> <i>extremitas AH +</i> <i>Oedem -</i> <i>CRT <2s</i> Penunjang : EF : 61.7% <i>RO thorax</i> <i>Cardiomegaly dengan odema pulmo mix bronkopneumonia</i> <i>USG Abdomen</i> Hasil : <i>Hepatomegaly, fatty liver, cholecythiasis, gastritis</i> <i>Nefritis ren bilateral, cystitis</i> Hasil Lab darah : Hb :11,2 Ureum : - Kreatinin : - GDS : 134	I11.9 E11.9 J18.0	87.49 89.52 88.76 90.59	I11.0 E11.9 J18.0 K76.0	87.49 89.52 88.76 90.59	Diagnosis Hipertensi, heart disease, dan <i>CHF</i> dapat dijadika ke dalam 1 kode kombinasi yaitu I11.0 (<i>Hypertensive heart disease with (congestive) heart failure</i>) sesuai dengan ICD 10 tahun 2010 (<i>WHO, 2010</i>) dan didukung dengan hasil koding coder expert.
11	DU :	Transfusi darah	Nadi 90 x menit R : 20 x menit	I12.0 A09.9	99.04 39.95	N18.5 D63.8	99.04 39.95	Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Penjelasan ketidakakuratan
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
	<i>Anemia unspecified</i>	<i>HD Venous kateter</i>	Tensi : 114/82 mmhg	R18 D64.9	38.95 87.49 90.59	A09.9 R18 E87.5	38.95 87.49 90.59	pasien belum menunjukkan adanya hipertensi yaitu 114/82 mmhg dimana seharusnya TDS \geq 140 mmHg dan TDD \geq 90 mmHg sesuai dengan PERHI (2021) sehingga hipertensi tidak dikode I10 dan tidak dapat dijadikan kode kombinasi. CKD dikode N18.5 tanpa adanya hipertensi sesuai dengan ICD 10 tahun 2010 (WHO, 2010) dan didukung dengan hasil koding coder expert
	DS : <i>Ascites</i>	<i>renal Ro thorax</i> Lab darah	Anamnesa : Perut membesar disertai sesak dan mual Riw. HT tak terkontrol riw. Operasi batu kencing 3 thn yll Pemeriksaan medis : mual, bab cair 5 x, perut kram sudah 1 minggu dan pusing					
	<i>Gastroenteritis and cholic of unspecified origin</i>							
	<i>CKD stage 5</i>							
	<i>Hyperkalemi a</i>		Pemeriksaan fisik : <i>thorax : SDV ++ ronkhi -/- wheezing -/- Abdomen : supel + NT + epigastric ektre : akral hangat + CRT < 2s</i> Penunjang : EF : 61.7% <i>RO thorax : oedem pulmo</i> <i>USG abdomen</i> <i>Acute liver disease, cholelithiasis, efusi pleura dextra, CKD dextra, subarachinoid ren sin, nephrolithiasis sin.</i> Hasil Lab darah Hb : 11.2 Ureum : 139.1 Kreatinin : 7.79 Gula darah : 134 GDS : 139					
15	DU : <i>Non insulin dependent DM without complication</i>	<i>EKG Ro thorax</i> Lab darah <i>USG abdomen</i>	Nadi ; 102 x menit R : 24 x menit TD : 149/90 mmhg Anamnesa : Sesak nafas terutama jika beraktivitas /jalan, berkurang jika istirahat atau tidur, nyeri perut kanan riw. HT DM <i>Thorax : SDV ++ -/- Abdomen : acites + ekstremitas : pitting edema</i>	I12.0 E11.9 B35.6	89.52 87.49 90.59 88.76	I13.9 E11.9	89.52 87.49 90.59 88.76	Diagnosis hipertensi (I10) dengan HHD (I11.9) dan CKD (N18.9) <i>unspecified</i> dapat dijadikan ke dalam 1 kode kombinasi yaitu I13.9 (Hypertensive heart and renal disease, <i>unspecified</i>) sesuai dengan
	DS : <i>CHF</i>							
	<i>HHD with CHF</i>							
	<i>Essential primary hypertension</i>							

No. Sa mp el	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Penjelasan ketidakakuratan
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
	<i>Tinea cruvis</i>		Penunjang : <i>RO thorax</i>					<i>ICD 10</i> tahun 2010 (WHO, 2010) dan didukung dengan hasil koding <i>coder expert</i> .
	<i>Pulpitis</i>		Hasil : <i>cardiomegaly</i> awal <i>oedema pulmo</i>					
	<i>CKD stage II</i>		<i>USG abdomen</i> Hasil : <i>unvisual ren D dd</i> <i>aplasia ren D, CKD ren</i>					
	<i>CHF</i>		<i>D, Cystitis</i> Lab darah					
	<i>DM</i>		Ureum : 33,4 Kreatinin : 2,15					
	<i>HT</i>		GDS : 162					
18	DU : <i>Hypertensive hearth and renal disease both (congestive) hearth failure and renal failure</i> DS : <i>Non insulin dependent DM without complications</i> <i>Dyspneu desaturasi riw. Ulkus DM pedis S bacterial infection</i>	<i>EKG</i> <i>Echo</i> Lab darah <i>Ro thorax</i> Rawat luka	Suhu 36.0 Nadi : 96 x menit R 20 x menit Tensi 130/78 mmhg Anamnesa : Pasien mnegeluh sesak nafas HMRS, lemas, menggeh2 bila neraktifitas, pucat, tidak mau makan, riw. <i>DM HT</i> tak terkontrol, Riwayat operasi <i>debridement 2</i> minggu yll. Penunjang : EF : 21% <i>Ro thorax</i> Hasil : <i>cardiomegaly</i> dan <i>oedema pulmo mix bronkopneumonia</i> Lab darah Hb : 9,1 Ureum : 87,9 Kreatinin : 2,56 GDS : 272	I13.2 E11.5	89.52 88.72 90.59 87.49 93.57	I13.0 E11.5 R06.0	89.52 88.72 90.59 87.49 93.57	Hipertensi, <i>heart disease, renal disease</i> dan <i>CHF</i> dapat dijadikan ke dalam 1 kode kombinasi yaitu I13.0 (<i>Hypertensive heart and renal disease with both (congestive) heart failure</i>) sesuai dengan <i>ICD 10</i> tahun 2010 (WHO, 2010) dan didukung dengan hasil koding <i>coder expert</i> .
19	DU : <i>Hemiparese D dd SNH/SH</i> DS : <i>CKD on HD</i> rutin	HD Transfusi darah Lab darah <i>Ro thorax</i> <i>CT scan</i> kepala	Suhu 36 Nadi : 90 x menit Respirasi 22 x menit TD 116/90 mmhg <i>Thx : sdv + rh - wh -</i> <i>Abdomen : bu +</i> Anamnesa : Keluarga mengatakan pasien mengeluh kelemahan anggota gerak kiri sejak hari sabtu, hari ini pasien <i>HD, post HD</i>	I60.9 I12.0 D64.9	39.95 99.04 90.59 87.49 87.03	I64 G81.9 N18.5	39.95 99.04 90.59 87.49 87.03	Pada hasil tanda-tanda vital tidak menunjukkan adanya hipertensi karena tekanan darah pasien 116/90 mmHg. Hal ini tidak sesuai dengan PERHI (2021) dimana seharusnya TDS \geq 140 mmHg dan

No. Sa mp el	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Penjelasan ketidakakuratan
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
			pasien lemas, bingung, susah diajak bicara riw. <i>CKD on HD</i> Riwayat : <i>HT, CKD on HD</i> rutin					TDD \geq 90 mmHg. Sehingga kode hipertensi (I10) tidak perlu dikode dan tidak menjadi kode kombinasi (I12.0)
			Pemeriksaan penunjang <i>RO Thorax</i> Hasil : <i>Cardiomegaly</i> <i>MSCT head</i> ada HD ada Lab darah Hb : 5,7 Ureum : 157,7 Kreatinin : 10,43 GDS : 109					
22	DU : <i>Hernia umbilicalis</i> DS : <i>CKD on HD HT emergency CHF oedem pulmo</i> Riwayat DM <i>Anemia Syock</i>	<i>Open Umbilical Herniorrhaphy</i> HD <i>Ventilator Nebulizer</i> Lab darah Transfusi <i>PRC</i>	Suhu : 31 Respirasi : 24 x menit Nadi : 84 x menit TD : 217/118 mmhg Anamnesa : Nyeri perut, BAB cair, <i>CKD DM HD</i> rutin, benjolan pada perut 4 bulan <i>USG abdomen Meteorismus</i> mengarah gambaran <i>ascites</i> <i>Ro thorax : Cardio awal oedem pulmo efusi pleura</i> Lab darah : Hb : 7,3 Hb : 7.8 Ureum : 48,6 Kreatinin : 4,09 Ureum : 204.8 Kreatinin : 10.77 GDS : 106 Ada laporan operasi <i>Transfuse prc</i>	K42.9 N18.5 I48 I10 D63.8 R57.2	53.49 39.95 96.71 93.94 90.59 99.04	K42.9 I13.1 Z86.3 D63.8 R57.2	53.49 39.95 96.70 93.94 90.59 99.04 88.76 87.49	Kode <i>CKD</i> , Hipertensi, <i>heart disease</i> , dan <i>renal failure</i> seharusnya dijadikan 1 kode kombinasi yaitu I13.1 (<i>hypertensive heart and renal disease with renal failure</i>) sesuai dengan ICD 10 tahun 2010 (<i>WHO, 2010</i>) dan hasil koding dari <i>coder expert</i> .
23	DU : <i>Anemia</i> DS : <i>Cholecystitis</i> <i>Other and unspecified</i>	Lab darah <i>Ro thorax EKG</i> HD	Nadi : 104 x menit Respirasi : 99 x menit TD : 230/104 mmhg Anamnesa : HD rutin terpasang <i>AV shunt</i> di tangan kanan, <i>HT, HD</i> rutin, nyeri dada, nyeri	K81.9 N18.5 I10	90.59 88.76 89.52 39.95	I12.0 D63.8 K81.9	90.59 88.76 89.52 39.95	Kode <i>CKD</i> , Hipertensi, dan <i>renal failure</i> seharusnya dijadikan 1 kode kombinasi yaitu I12.0 (<i>hypertensive</i>

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Penjelasan ketidakakuratan
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
	<i>abdominal pain (primary) hypertension</i> <i>Chronic Kidney Disease</i>		perut, nyeri tekan ulu hati <i>RO thorax : cardiomegaly</i> Transfusi PRC Lab darah Hb : 8,2 Ureum : - Kreatinin : - GDS : -					<i>renal disease with renal failure</i>) sesuai dengan ICD 10 tahun 2010 (WHO, 2010) dan hasil koding dari coder expert.
i1	DU : <i>CHF</i> DS : <i>Non-insulint dependent diabetes melitus without complication s</i> <i>Dyspnoea</i> <i>CKD stage 5 Essential (primary) hyprtension</i> <i>Disorder of white blood cells, unspecified</i> <i>Dyspneu dd CHF DM hiperglikemi CKD grade 5 HT</i> <i>Leukositosis</i>	Lab darah <i>HD</i> <i>RO Thorax</i> <i>Ventilator</i>	Nadi : 100 x menit Respirasi : 28 x menit TD : 145/85 mmhg Anamnesa : <i>Dyapnea</i> , Sesak nafas mulai malam hari, riw kemarin makan bayam basi, rpd DM rutin, riwayat dm ckd, rhonki +/+ Pemeriksaan penunjang : <i>Ro thorax</i> hasil : <i>cardiomegaly</i> dengan <i>oedem pulmo berat mix bronkopneumonia</i> <i>USG abdomen</i> hasil : <i>chronic renal disiease bilateral</i> Lab darah Hb : 10,1 Ureum : 107,1 Kreatinin : 6,69 GDS : 235	N18.5 E11.9 I10	90.59 87.49 39.95 96.71	I13.1 E11.9 R06.0	90.59 87.49 39.95 96.70 88.76	Kode <i>CKD</i> , Hipertensi, <i>heart disease</i> , dan <i>renal failure</i> seharusnya dijadikan 1 kode kombinasi yaitu I13.1 (<i>hypertensive heart and renal disease with renal failure</i>) sesuai dengan ICD 10 tahun 2010 (WHO, 2010) dan hasil koding dari coder expert.
26	DU : <i>Dyspnoea</i> DS : <i>Essential Fatty Acid (EFA) deficiency</i>	<i>EKG</i> <i>Ro Thorax</i> <i>HD</i>	<i>Vital sign :</i> Nadi : 80 x menit Respirasi : 30 x menit Tensi : 139/112 mmhg Anemia : Sesak nafas sejak siang, tadi siang diperiksa ke IGD namun masih sesak	N18.5 E11.9 I10	89.52 87.49 39.95	R06.0 E63.0 K30 R63.0 N18.5 R79.3 Z03.8 J81	89.52 87.49 39.95	Pada hasil tanda-tanda vital tidak menunjukkan adanya hipertensi karena tekanan darah pasien 139/112 mmHg. Hal ini tidak

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Penjelasan ketidakakuratan
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
	<i>Dyspepsia</i>		Kembali. Saat ini dikatakan perut terasa perih, pasien <i>CKD on HD</i> rutin, <i>post HD extra</i>					sesuai dengan PERHI (2021) dimana seharusnya TDS \geq 140 mmHg dan TDD \geq 90 mmHg. Sehingga kode hipertensi (I10) tidak perlu dikode dan tidak menjadi kode kombinasi.
	<i>Anorexia</i>		Riwayat : <i>HT DM</i> <i>rhonki -/- wheezing -/-</i>					
	<i>Chronic renal failure, unspecified</i>		Penunjang : <i>Ro thorax</i> Hasil : awal <i>CHF</i> Lab darah :					
	<i>Hyperglycemia, unsp.</i>		Hb : 10,5 Ureum : 92,5 Kreatinin : 7,78 GDS : 104					
	<i>Dyspneec susp EPA</i>							
	<i>Dyspepsia</i>							
	<i>Anorexia geriatri</i>							
27	DU : <i>CKD</i> DS : <i>Hypertensive renal disease with renal failure</i> <i>Dyspnoea</i> <i>Essential (primary) hypertensivon</i> <i>Pulmonary oedema</i> <i>CHF</i> <i>Dyspneu dd CHF HT</i> <i>Emergency oedem pulmo CKD on HD rutin</i>	<i>HD</i> <i>EKG</i> Lab darah <i>Ro thorax</i>	Nadi : 92 x menit Respirasi : 24 x menit TD : 140/68 mmHg Anamnesa : <i>HD</i> rutin terpasang <i>AV shunt</i> tangan kiri, sesak nafas, apneu Sakit perut, sesak, <i>CKD on HD</i> , ronchi +/+ Pemeriksaan penunjang : <i>Ro thorax</i> Hasil : <i>cardiomegaly</i> dengan <i>oedem pulmo mix bronkopneumonia</i> Lab darah HB : 12.3 Ureum : 81.2 Kreatinin : 9.56 GDS : 151	N18.5 I10 A49.9	39.95 89.52 90.59 87.49	I13.1	39.95 89.52 90.59 87.49	Kode <i>CKD</i> , Hipertensi, <i>heart disease</i> , dan <i>renal failure</i> seharusnya dijadikan 1 kode kombinasi yaitu I13.1 (<i>hypertensive heart and renal disease with renal failure</i>) sesuai dengan ICD 10 tahun 2010 (<i>WHO, 2010</i>) dan hasil koding dari <i>coder expert</i> .
28	DU : <i>Ulkus pedis dextra</i> DS : <i>CKD stage 5</i>	<i>HD</i> Transfusi darah <i>Ro thorax</i> <i>USG abdomen</i>	Nadi : 105 x menit Respirasi : 22 x menit TD : 159/112 mmHg Anamnesa :	N18.5 I10 D63.8 E11.5 J91	39.95 99.04 87.49 88.76 34.91 93.57	E14.5 I12.0 D63.8	39.95 99.04 87.49 88.76 34.91 93.57	Kode <i>CKD</i> , Hipertensi, dan <i>renal failure</i> seharusnya dijadikan 1 kode kombinasi yaitu

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Penjelasan ketidakakuratan
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
	DM HT Anemia renal	Thoracentesis Rawat luka	Sesak nafas disertai lemas, mudah Lelah dan kaki kanan terdaat luka dengan bau busuk, oedem kaki (+) Riwayat HT DM Pemeriksaan penunjang : Ro thorax Hasil : efusi pleura sininstra USG abdomen Hasil : pleural efusi sin dengan septa Hasil lab : HB : 5.9 Ureum : 120.6 Kreatinin : 6.16 GDS : 149					I12.0 (hypertensive renal disease with renal failure) sesuai dengan ICD 10 tahun 2010 (WHO, 2010) dan hasil koding dari coder expert.
29	DU : Dyspnoea DS : Pleura effusion in condition classified elsewhere CKD stage 5 Hypertensive hearth disease without (congestive) hearth failure Pulmonary oedema Obs. Dyspneu dd oedem pulmo dd efusi	EKG HD Lab darah	Nadi : 116 x menit Respirasi : 30 x menit TD : 207/114 mmhg Anamnesa : Sesak nafas mulai tadi, memberat mala mini, batuk, HD rutin, aktivitas biasa kecapekan Rhonki basah +/- rhonki kasar +/- ves +/- Riwayat : HT CKD HD Pemeriksaan penunjang : Ro thorax Hasil : brokopneumonia berat Lab darah HB : 8.4 Ureum : 96.9 Kreatinin : 7.41 GDS : 116	N18.5 I11.9 I10 N18.3	89.52 39.95 90.59	I13.1 89.52 39.95 90.59		Kode N18.5 (CKD stage 5) seharusnya tidak perlu dikode sendiri apabila bertemu dengan hipertensi karena sudah terdapat kode kombinasinya yaitu I13.1 (Hypertensive heart and renal disease with renal failure)
30	DU : Non-insulin-dependent diabetes mellitus without	Ro thorax Nebulizer Lab darah	Nadi : 112 x menit Respirasi : 28 x menit TD : 148/92 mmhg Anamnesa :	J18.0 E11.9 I10 N18.3	87.49 93.94 90.59	E11.9 J18.0 I64 I12.9		Kode CKD (N18.3) dan kode Hipertensi (I10) seharusnya dijadikan 1 kode kombinasi yaitu

No. Sampel	Diagnosis	Prosedur	Hasil Pendokumentasian Klinis	Kode Rumah Sakit		Kode Coder Expert		Penjelasan ketidakakuratan
				ICD-10	ICD-9	ICD-10	ICD-9	
	<i>complications</i>		Rutin kontrol dr. SP.S (<i>stroke hemiparese dextra</i>) rutin kontrol SP.PD. (DM dan HT)					I12.9 (<i>hypertensive renal disease without renal failure</i>) sesuai dengan ICD 10 tahun 2010 (WHO, 2010) dan hasil koding dari <i>coder expert</i> .
	DS : <i>Bronkopneumonia, unsp.</i>		Sesak batuk, GDS 112 riwayat stroke <i>Rh -/- wz +/+</i>					
	<i>Stroke, not specified as haemorrhage or infarction</i>		Penunjang : <i>Ro thorax</i> Hasil : <i>bronkopneumonia</i> <i>Fisiotheraphy</i>					
	<i>CKD Essential (primary) hypertension</i>		Lab darah Hb : 11.7 Ureum : 111.2 Ureum : 106.0 Kreatinin : 3.08 Kreatinin : 3.54 GDS : 112 GDS : 94					

3. Faktor Penyebab Ketidakakuratan Kode Kombinasi Kasus Hipertensi Pasien BPJS Rawat Inap

Peneliti akan mengategorikan faktor penyebab ketidakakuratan kode kombinasi di RSUD Muhammadiyah Bantul berdasarkan 5M yaitu *man, money, methode, material, dan machine*.

a. Faktor *Man*

Faktor *Man* yang menyebabkan ketidakakuratan kode kombinasi di RSUD Muhammadiyah Bantul berdasarkan hasil wawancara yaitu kurangnya pemahaman petugas *coding* tentang kode kombinasi. Kurangnya pemahaman ini menyebabkan *pending claim*. Selain itu, DPJP dan perawat juga sering lupa mendokumentasikan pemeriksaan penunjang sehingga kurang lengkap pendokumentasian klinisnya. Petugas *coding* sering sekali mengingatkan kepada DPJP dan perawat bahwa pasien *CKD* ureum kreatinin 2 kali dan *CHF* harus ada *echo*.

b. Faktor *Money*

Faktor *money* adalah faktor yang berasal dari hal yang berkaitan dengan uang atau biaya (V. R. Putri et al., 2023). Sejalan dengan hal

tersebut diketahui bahwa faktor ketidakakuratan kode kombinasi kasus hipertensi di RSUD Muhammadiyah Bantul berdasarkan faktor *money* yaitu belum ada penghargaan untuk petugas *coding* terbaik. Sedangkan untuk anggaran pelatihan koding sudah tersedia di tiap tahunnya sesuai pengajuan unit masing-masing Pengajuan tahun 2026 koordinator *casemix* merencanakan anggaran untuk pelatihan.

c. Faktor *Method*

Faktor *method* menurut V. R. Putri et al. (2023) yaitu faktor yang berkaitan dengan cara. Berdasarkan hasil wawancara, faktor ketidakakuratan kode kombinasi kasus hipertensi di RSUD Muhammadiyah Bantul berdasarkan faktor *method* yaitu PPK yang belum selaras dengan PNPK seperti hasil pemeriksaan ureum kreatinin harus 2 kali, karena pihak BPJS menggunakan PNPK sebagai panduan pendokumentasian klinisnya. Hal tersebut masih menjadi tugas tambahan bagi petugas *casemix*.

d. Faktor *Material*

Faktor *material* penyebab ketidakakuratan kode kombinasi di RSUD Muhammadiyah Bantul yaitu belum lengkapnya tulisan dokter dan hasil pemeriksaan penunjang seperti *echo*. Sering kali dokter hanya menuliskan diagnosis akhir tanpa ada bukti tertulis laporan hasil pemeriksaan *echo*. Sehingga, *coder* harus teliti dalam membaca pendokumentasian klinis guna menentukan kode yang tepat. Faktor *material* menurut V. R. Putri et al. (2023) juga dapat berupa penggunaan istilah dan singkatan yang tidak umum sehingga membuat bingung *coder*. Berdasarkan hasil wawancara, *coder* di RSUD Muhammadiyah Bantul tidak merasa ada kendala pada penggunaan istilah dan singkatan. Sedangkan untuk ketersediaan *ICD-10* juga tidak ada masalah karena sudah tersedia *ICD-10* dan *ICD-9* cetak dan online.

e. Faktor *Machine*

Faktor *machine* menurut V. R. Putri et al. (2023) adalah faktor yang berkaitan dengan alat yang digunakan seperti komputer dan

SIMRS. Berdasarkan hasil wawancara, faktor *man* ketidakakuratan kode kombinasi kasus hipertensi di RSUD Muhammadiyah Bantul yaitu adanya *update* sistem yang lama dan sistem *loading* lama ketika banyak yang menggunakan. Gangguan sistem tersebut dapat menghambat dan mengganggu kinerja *coder* ketika hendak membuka dokumen penunjang sehingga kode kurang akurat. Terkadang juga terjadi gangguan listrik yang membuat pekerjaan *coder* menjadi terhenti dan terganggu.

C. Keterbatasan

1. Kesulitan penelitian yaitu keterbatasan waktu penelitian dan penarikan data sampel yang masih manual. Sehingga, peneliti hanya bisa mengambil sampel periode Januari sampai dengan Maret 2024.
2. Kelemahan penelitian yaitu pemilihan informan dari perawat bangsal kurang tepat karena bangsal tersebut jarang menangani pasien hipertensi. Sehingga informasi yang diberikan berpotensi kurang mencerminkan kondisi pendokumentasian klinis kasus hipertensi dengan komplikasi.