

ANALISIS KETEPATAN KODE KLINIS KASUS PENDING KLAIM PASIEN JKN RAWAT INAP DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL

by Syifa Nabila Amanatunnisa 221204051

Submission date: 22-Aug-2025 02:19PM (UTC+0700)

Submission ID: 2733325441

File name: IM_PASIEN_JKN_RAWAT_INAP_DI_RUMAH_SAKIT_250718_-_Salin_2_1.docx (365.54K)

Word count: 19793

Character count: 117635

PERPUSTAKAAN
JENDERAL ACHMAD YANI
UNIVERSITAS YOGYAKARTA

**ANALISIS KETEPATAN KODE KLINIS KASUS PENDING
KLAIM PASIEN JKN RAWAT INAP DI RSU PKU
MUHAMMADIYAH BANTUL**

KARYA TULIS ILMIAH

Ditujukan Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ahli Madya Kesehatan
Fakultas Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta



Disusun oleh:
SYIFA NAHILA AMANATUNNISA
221204051

PROGRAM STUDI
REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN (D-3)
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA
2025

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program perlindungan di bidang kesehatan yang bertujuan agar setiap peserta dapat menerima layanan perawatan dan pemeliharaan kesehatan dasar. Program ini berlaku bagi semua orang yang telah membayar iuran secara mandiri atau ditanggung oleh pemerintah, sehingga mereka tetap mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Program ini merupakan komponen penting dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dirancang untuk memberikan perlindungan di bidang kesehatan kepada seluruh penduduk Indonesia. Tujuan utama dari program ini adalah menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar kesehatan masyarakat secara menyeluruh dan berkelanjutan, sehingga masyarakat dapat menjalani kehidupan dengan layak, sehat dan terlindungi (Kementerian Kesehatan, 2022). Sistem Jaminan Sosial Nasional di Indonesia dijalankan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan dan ketenagakerjaan, yang dibentuk secara khusus untuk mengatur dan melaksanakan berbagai program jaminan sosial bagi seluruh masyarakat. Dalam pelaksanaannya, BPJS kesehatan memiliki kewajiban untuk melakukan pembayaran kepada fasilitas pelayanan kesehatan atas layanan yang telah diberikan kepada pasien peserta BPJS, dengan batas waktu paling lambat 15 hari sejak seluruh dokumen klaim diterima secara resmi, mengacu pada tarif standar dari menteri kesehatan. Jika terjadi ketidaksepakatan mengenai besaran tarif pembayaran, keputusan akhir akan ditetapkan oleh menteri kesehatan.

Dalam era JKN saat ini, pengajuan klaim biaya pelayanan ke BPJS kesehatan dilakukan melalui sistem *Costing INA-CBG's*, yaitu mekanisme pengelompokan berdasarkan kategori tertentu pada layanan medis yang berfungsi untuk menetapkan jumlah biaya yang akan diklaimkan kepada BPJS kesehatan. Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang penerapan pengisian sistem *INA-CBG's*. Sistem *costing* adalah metode pengelompokan diagnosis dan prosedur medis berdasarkan besaran *costed items* dan pengaruhnya biaya

perawatan yang serupa. Pengelompokan ini dilakukan dengan bantuan software khusus yang disebut grouper. Adapun beberapa komponen yang mendukung pelaksanaan BPJS dan berperan penting dalam penetapan sistem casewise salah satunya yaitu coding (Fauzan & Anuwilis, 2022).

Coding adalah proses pemberian kode terhadap diagnosis dan tindakan medis yang dilakukan dengan mengacu pada sistem klasifikasi internasional terkini. Sistem ini dikenal dengan nama *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*, yang disusun oleh organisasi kesehatan dunia (WHO) sebagai standar global dalam pencatatan dan pelaporan masalah kesehatan (Badi et al., 2023). Melalui proses Coding, informasi klinis yang tercatat dalam rekam medis pasien dapat diubah menjadi data yang terstruktur dan terstandarisasi, sehingga memudahkan analisis, pelaporan epidemiologis, serta penetapan tarif pelayanan dalam sistem pembiayaan kesehatan, seperti pada Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam tahap ini, petugas Coding memberikan kode pada diagnosis yang telah ditentukan oleh dokter (Hapsari et al., 2024). Keakuratan dalam pengodean diagnosis memiliki dampak signifikan terhadap jumlah keseriusan tagihan pelayanan kesehatan yang mewakili total klaim atau layanan yang telah diberikan kepada peserta BPJS. Klaim ini mencakup berbagai jenis tindakan medis dan perawatan yang tercatat dalam sistem dan diajukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Kementerian Kesehatan, 2021).

Ketepatan kode sangat penting untuk mendukung pengelolaan data, proses pembayaran layanan kesehatan, dan keperluan lainnya. Kode yang dihasilkan harus memiliki kualitas yang baik, yaitu dapat dipercaya, sesuai kondisi pasien, lengkap dan tersedia tepat waktu. Kode disebut dapat dipercaya ketika beberapa petugas Coding memberikan hasil kode yang sama ketika menggunakan rekam medis yang sama. Selain itu, kode yang dihasilkan harus mencerminkan kondisi pasien yang sebenarnya, dan memuat semua diagnosis serta tindakan medis yang telah diterima pasien secara lengkap. Rekam medis yang diode dengan benar, lengkap, dan tepat waktu akan menghasilkan data yang akurat dan dapat digunakan untuk mendukung pengambilan keputusan dalam pelayanan medis, biaya klaim BPJS maupun manajemen rumah sakit (Pujilestar, 2020).

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Ningsih et al., 2024) yang berjudul "Analisa Kode Klinis Pasien Rawat Inap Jaminan BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Tipe C dan D Wilayah DIY" diperoleh hasil bahwa aspek *Timeliness* mencapai nilai sempurna sebesar 100%, *Accuracy* sebesar 92,5%, *Completeness* sebesar 91,0%, dan *Relevancy* sebesar 87,5%. Aspek dengan nilai paling rendah adalah *Reliability* yaitu sebesar 80,0%. Temuan ini menegaskan bahwa penetapan kode klinis, terutama pada kasus dengan kombinasi diagnosis dan tindakan, memerlukan dukungan dari dokumentasi rekam medis pasien yang lengkap dan terpencil agar proses pengodean berjalan dengan akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

Audit pengodean ICDIS yaitu proses evaluasi terhadap pendokumentasian rekam medis bahwa pengodean diagnosis dan tindakan telah dilakukan secara akurat, tepat, dan sesuai waktu. Proses ini bertujuan untuk menilai apakah pengodean telah mengikuti pedoman, kebijakan, serta *peraturan perundang-undangan yang berlaku dalam sistem pelayanan kesehatan* (K. S. Navatan & Hosiati, 2020). Elemen yang digunakan yaitu mencakup *Congruency*, yang dilihat dari kelengkapan kode, mencakup kode *diagnosis primer, sekunder (jika diperlukan) dan tindakan medis (jika ada)*. Selanjutnya yaitu elemen *Accuracy*, yaitu kesesuaian diagnosis yang ditetapkan oleh dokter dan tindakan yang diberikan kepada pasien dengan kode diagnosis dan tindakan yang ditetapkan oleh *Classif Codes* sesuai dengan *ICD-10* dan *ICD-9-CM*.

Proses klaim yang dimaksud merupakan tahapan administratif di mana rumah sakit mengajukan permohonan *atas layanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien peserta BPJS kesehatan*. Pengajuan klaim ini dilaksanakan secara kolektif oleh setiap *fasilitas pelayanan kesehatan dan dibebankan kepada BPJS kesehatan setiap bulannya* (Mardiyoko et al., 2020). Fasilitas pelayanan *kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan* diwajibkan untuk menyampaikan klaim secara periodik setiap bulan, dengan tenggat waktu paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Pengajuan tersebut harus disertai dengan *dokumen-dokumen pendukung yang sesuai dengan ketentuan prosedur verifikasi dari BPJS*. Setelah berkas klaim diterima secara lengkap, BPJS kesehatan berkewajiban

meyediakan pelayanan kepada fasilitas kesehatan dalam jangka waktu paling lama 15 hari kalender, sebagai bentuk kompensasi atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta program (Aryaputra et al., 2020).

Dalam pengajuan klaim, dilakukan verifikasi terhadap persyaratan yang melandasi biaya yang ditagihkan. Dalam pelaksanaannya, terdapat beberapa dokumen yang harus disiapkan oleh rumah sakit, diantaranya yaitu mencakup sekop pelayanan serta dokumen pendukung peserta seperti surat ditanggung peserta (SEP), ringkasan medis, dan ketetapan dari dokter yang menangani, dan buku pelayanan lainnya. Salah satu kendala dalam pengajuan klaim yaitu terjadinya penolakan berkas oleh verifier BPJS yang dimana akan menyebabkan terjadinya penolag klaim atau bahkan sampai berupa penolakan klaim. Salah satu penyebabnya seerti yang akan peneliti bahas yaitu mengenai kode klinis (Santiahi et al., 2021).

Kodeg klinis yaitu kode yang mencakup kode diagnosis serta tindakan medis. Diagnosis medis adalah proses pemertiksaan kondisi pasien untuk menemukan penyakit apa yang diderita oleh pasien, sedangkan tindakan medis yaitu langkah yang dilakukan oleh tenaga medis, seperti dokter dan perawat, dengan tujuan memelihara, memperbaiki, memulihkan kesehatan, atau meringankan penderitaan pasien. Proses Coding sendiri dilakukan melalui pengolahan informasi dari rekam medis, di mana setiap elemen data diberi gambaran dalam bentuk kode alfanumerik atau gabungan huruf dan angka. Penetapan kode diagnosis dan tindakan medis mengacu pada sistem klasifikasi internasional, yaitu *International Classification of Diseases* edisi ke-10 (ICD-10) yang digunakan untuk mengodekan diagnosis, dan *ICD-9-CM* yang dipakai dalam pengodean prosedur atau tindakan medis yang dilakukan selama masa perawatan pasien (A. Pratama et al., 2023).

Temuan dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Santiahi et al., 2021), beberapa faktor yang menyebabkan klaim ditentibulkan setelah proses verifikasi oleh BPJS berkaitan dengan pemeriksaan ulang terhadap kode yang telah ditetapkan, hambatan utama yang dihadapi oleh petugas Coding koder yaitu ketidaklengkapan dalam pengisian data penentuan ICD dan hasil pemeriksaan

penelitian yang tercantum pada ringkasan medis, serta ketidakcocokan informasi antara diagnosis yang ditulis dengan ketentuan ICD-10. Akibatnya, kode yang telah digunakan seringkali dipertimbangkan ulang karena penetapan kode diagnosis belum sepenuhnya didukung oleh data medis yang memadai. Kurangnya kejelasan informasi ini berdampak pada kesalahan kode dalam menetapkan kode penyakit maupun tindakan medis.

Berdasarkan temuan awal dari studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti di RSUD Muhammadiyah Bantul pada bagian Pusat Layanan Kesehatan atau Projamkes, ditemukan terdapat 800-900 klaim rawat inap yang dikirimkan setiap bulannya. Dengan persentase permasalahan terkait proses klaim setiap bulannya sendiri yaitu sebesar 10-12%. Diketahui bahwa jumlah peserta BPJS tahun 2025 di bulan Januari-Juni yaitu sebanyak 5.227. Untuk data proses klaim peneliti melihat dari data revisi setelah klaim terkirim. Dalam data revisi tersebut terdapat aspek Coding yang menyebabkan terjadinya proses klaim. Aspek Coding yang mempengaruhi proses klaim di RSUD Muhammadiyah Bantul yaitu tidak terdapatnya kode kontrol untuk pasien Rawat Inap, terdapat perbedaan antara kode yang diberikan oleh coder dengan tindakan yang tercantum pada RME. Berdasarkan hasil uraian tersebut, maka peneliti bermaksud untuk menganalisis faktor-faktor penyebab kode ICD-10 yang mempengaruhi terdapatnya proses penyelesaian klaim Pasien Jaminan BPJS Kesehatan Rawat Inap Di RSUD Muhammadiyah Bantul.

B. Rumusan Masalah

Pada penelitian ini adalah bagaimana analisis kasus proses klaim pasien JKN rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul ditinjau berdasarkan ketepatan kode ICD-10 pada pasien.

C. Tujuan karya ilmiah

1. Tujuan Umum

Menganalisis ketepatan kode ICD-10 kasus proses klaim pasien JKN rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul.

2. Tujuan khusus

- a. Menganalisis ketepatan kode klinis di RSU PKU Muhammadiyah Bantul dilihat dari aspek *Completeness*?
- b. Menganalisis ketepatan kode klinis di RSU PKU Muhammadiyah Bantul dilihat dari aspek *Accuracy*?
- c. Menyebutkan Faktor faktor yang mempengaruhi ketepatan Coding

D. Manfaat karya ilmiah

1. Manfaat teoritis

- a. Bagi institusi pendidikan
Menjadi dasar acuan dan sumber rujukan bagi penelitian berikutnya yang memiliki keterkaitan dengan coding klinis pasien BPJS rawat inap yang disebabkan karena ketidaklengkapan kode klinis.
- b. Bagi peneliti
Berfungsi sebagai salah satu bahan pemertahan wawasan untuk mengembangkan ilmu.

2. Manfaat Praktis

- a. Berfungsi sebagai pedoman yang sangat penting dalam proses pengambilan keputusan. Data yang diperoleh memberikan wawasan yang jelas dan objektif mengenai keadaan yang sedang terjadi, sehingga memungkinkan pengambil keputusan untuk memahami situasi secara lebih mendalam.
- b. Bagi tenaga rekam medis khususnya *Coding*, hasil dari karya tulis ilmiah bisa dijadikan sebagai bahan evaluasi mengenai kasus coding klinis.

METODE PENELITIAN

A. Desain karya ilmiah

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif kualitatif. Metode deskriptif merupakan pendekatan penelitian yang bertujuan untuk membantu peneliti menggambarkan atau mendeskripsikan suatu keadaan atau fenomena tertentu. Sementara itu, metode kualitatif diterapkan untuk mempelajari subjek yang berada dalam situasi alami, dengan peneliti berfungsi sebagai aktor utama dalam proses pengumpulan dan analisis data (A. F. Nasution, 2023).

Penelitian ini menganalisis ketepatan kode klinis kasus Postulog dalam pasien jaminan BPJS kesehatan rawat inap. Data yang dianalisis merupakan data klinis tertunda dan pasien rawat inap pada periode Januari hingga Maret tahun 2025. Penelitian dilakukan dengan pendekatan kualitatif, menggunakan berbagai metode pengumpulan data, antara lain *Chester observasi* berupa ceklis ketepatan kode untuk melihat hasil pengodean dan verifikasi, serta wawancara mendalam dengan beberapa informan kunci, yaitu dua orang petugas coder rawat inap dan unit Pasat Jaminan Kesehatan (Pasjankes), satu petugas verifikasi internal rumah sakit, dan kepala *site staf khusus unit Pasjankes* di RSU PKU Muhammadiyah Bantul. Pendekatan ini bertujuan untuk memperoleh gambaran yang menyeluruh terkait faktor-faktor yang memengaruhi ketidaktepatan kode klinis dan dampaknya terhadap tertundanya pelayanan klinis.

B. Lokasi dan waktu kegiatan

1. Lokasi penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di RSU PKU Muhammadiyah Bantul tepatnya pada bagian pelayanan pusat jaminan kesehatan (pasjankes).

2. Waktu penelitian

Pelaksanaan penelitian ini dijadwalkan berlangsung mulai dari bulan Juni – Juli tahun 2025.

C. Subjek dan Objek penelitian

1. Subjek

Subjek penelitian adalah orang yang paling mengerti tentang masalah yang sedang diteliti, atau orang yang dijadikan sumber informasi untuk menjelaskan situasi dan kondisi yang ada dalam penelitian (Murdianto, 2020). Peneliti mengambil subjek yaitu 2 petugas coder rawat inap, peneliti mengambil 2 petugas Coder dikarenakan petugas tersebut yang bertugas memberikan kode pada berkas pasien BPJS rawat inap di RSU PKU Muhammadiyah Bantul. Selanjutnya yaitu yaitu 1 orang dokter sekaligus verifikasi internal rumah sakit, peneliti mengambil subjek ini dikarenakan ketika petugas coder menetapkan kode klinis petugas tersebut mengaca pada resume medis yang penetapan diagnosis serta tindakan dalam resume tersebut ditafsir oleh dokter hal ini akan memudahkan peneliti untuk menganalisis lebih lanjut mengenai ketepatan kode melalui dokter. Yang terakhir merupakan kepala unit Pasjarkes yang berperan sebagai mangulas sumber dan Ekspert Coder sebagai mangulas teknik.

Kriteria subjek pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel di bawah ini yang memuat mengenai kriteria inklusi dan eksklusi

Tabel 3.1 kriteria inklusi dan eksklusi

No	Aspek	Kriteria
1.	Inklusi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Coder Rawat Inap 2. Data Pesakit klaim rawat inap bulan Januari – Maret tahun 2025
2.	Eksklusi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Coder yang sedang cuti atau tugas luar 2. Data klaim yang berhasil dikirim atau tidak pending 3. Data revisi pending bulan Januari-Maret yang sudah selesai ditrans

2. Objek

Objek penelitian adalah sesuatu yang menjadi pusat utama dalam sebuah penelitian. Bisa berupa orang, benda, kejadian, masalah, atau ide yang ingin dipelajari lebih dalam untuk membantu menjawab pertanyaan dalam penelitian (Murdianto, 2020). Objek pada penelitian ini yaitu berupa data revisi pending

lain bulan Januari-maret pasien BPJS ¹ asal sup di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul dengan total sebanyak kurang lebih 108 kasus. Penelitian ini menggunakan metode slovin untuk mengitung sampel menggunakan rumus $n = \frac{N}{1+(N \cdot e)^2}$ dengan penjelasan ⁵³ (n) jumlah sampel yang dicari, (N) yaitu jumlah populasi dan (e) margin error sebesar 4% dengan rumus ⁶⁵

$$n = \frac{N}{1+(N \cdot e)^2}$$

$$n = \frac{108}{1+(108 \cdot 0,04)^2}$$

$$n = \frac{108}{1+18,816}$$

$$n = 64$$

sehingga sampel yang digunakan berjumlah 64 berkas.

D. Definisi Istilah ⁴⁸

Tabel 3.2 Definisi Istilah

No	Variabel	Definisi Istilah
1.	Ketepatan Kode Klinis	Tingkat kesesuaian antara kode klinis yang diberikan dengan kondisi medis yang sebenarnya dari pasien.
2.	Reliabilitas	Kode yang dihasilkan oleh setiap koder untuk satu kasus penyakit yang sama yang memiliki hasil kode sama ketika dikode oleh beberapa koder atau dengan kata lain kode tersebut konsisten.
3.	Keabsahan	Kode yang dituliskan lengkap termasuk kode diagnosis utama, sekunder (jika perlu), serta tindakan medis (jika ada) tanpa melihat kode obat sudah akurat atau belum.
4.	Akurasi	¹⁰ kode diagnosis dan tindakan medis yang ditetapkan oleh dokter dengan kode diagnosis serta tindakan yang dituliskan oleh Clinical Coding berdasarkan pedoman klasifikasi ICD-10 dan ICD-9-CM.

E. Alat dan teknik pengumpulan data ²⁴

I. Alat penelitian

a. Peneliti

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
PERPUSTAKAAN
YOGYAKARTA

Peneliti kualitatif berfokus pada pengamatan dan pencatatan terhadap tanda-tanda halus atau detail kecil sebagai dasar dalam memahami tindakan, memahami situasi secara mendalam, serta menyusun pengetahuan berdasarkan konteks yang diamati (Waruwa, 2024). Oleh karena itu, peneliti memiliki fungsi sebagai instrumen utama dalam kegiatan pengumpulan dan analisis data, karena peneliti secara langsung melakukan observasi, wawancara, serta **pengumpulan data penelitian**. Untuk memperoleh data yang valid, diperlukan **informasi yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan**.

b. Pedoman wawancara

Pedoman wawancara adalah sebuah instrumen penelitian yang berisi daftar pertanyaan atau pokok-pokok bahasan yang disusun secara sistematis untuk membantu peneliti dalam melakukan proses wawancara. Pedoman ini berfungsi untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan relevan dengan tujuan penelitian, menjaga konsistensi antarwawancara, serta membantu peneliti dalam menggali informasi secara lebih mendalam dari informan berdasarkan topik yang telah ditentukan (Ariantonyah et al., 2023).

c. Checklist Observasi

Checklist observasi adalah suatu daftar sistematis berisi kriteria tertentu yang digunakan oleh peneliti untuk mencatat secara langsung perilaku, aktivitas, kejadian, atau kondisi yang diamati. Dalam checklist observasi ini peneliti menggunakan tabel kepotongan kode untuk setiap elemen yang akan diteliti.

d. Alat Rekam

Alat rekam merupakan alat yang digunakan peneliti untuk membantu merekam kegiatan wawancara dengan persetujuan serta izin dari informan. Peneliti menggunakan alat rekam berupa *Handycam*.

e. Alat tulis

Alat tulis yang digunakan untuk membantu peneliti dalam mencatat informasi yang didapat dari informan berupa berupa kertas dan pulpen.

1 Metode pengumpulan data

a. Wawancara

Wawancara merupakan bentuk interaksi komunikasi yang berfokus pada proses tanya jawab. Dalam upaya memperoleh informasi, wawancara dilakukan ketika pewawancara mengajukan serangkaian pertanyaan untuk menggali pandangan, pengetahuan, sikap, pengalaman, serta aspek-aspek lain yang relevan dari informan yang menjadi subjek wawancara (Aritha Shofiani Devi et al., 2024). Peneliti melakukan wawancara kepada perogas puskesmas mengenai ketidaktepatan kode klinis pasien rawat inap yang menjadi **penyebab prosedur klaim di RSU PKU Muhammadiyah Bantul**.

Wawancara yang dilakukan merupakan wawancara terstruktur, digunakan sebagai salah satu metode pengumpulan data ketika peneliti sudah mengetahui dengan jelas informasi apa yang ingin diperoleh. Oleh karena itu, sebelum melakukan wawancara peneliti telah menyiapkan instrumen berupa daftar pertanyaan tertulis. Dalam metode ini, setiap responden diberikan pertanyaan yang sama, dan hasil jawaban mereka dicatat secara sistematis oleh peneliti (A. F. Nasution, 2023).

b. Observasi

Observasi merupakan teknik pengumpulan data dalam penelitian yang dilakukan dengan mengamati secara langsung objek, aktivitas, atau gejala tertentu dalam lingkungan aslinya, guna memperoleh informasi yang tepat mengenai perilaku, kondisi, atau fenomena yang sedang dikaji. Peneliti melakukan observasi secara langsung menggunakan data **prosedur klaim pasien BPJS rawat inap di RSU PKU Muhammadiyah Bantul**.

F. Teknik pemeriksaan keabsahan data

Triangulasi adalah cara untuk memastikan bahwa data dalam penelitian benar dan dapat dipercaya. Caranya dengan mengecek dari berbagai sudut, seperti apakah data bisa dipercaya, bisa diterapkan di tempat lain, konsisten, dan bisa dibuktikan kebenarannya, triangulasi mencakup tiga hal, sumber data, cara pengumpulan data, dan waktu pengumpulan data (Mardiyanto, 2020). Pada p-

1. Triangulasi Sumber

Triangulasi adalah cara untuk memastikan bahwa data dalam penelitian benar dan dapat dipercaya. Caranya dengan mengecek dari berbagai sudut, seperti apakah data bisa dipercaya, bisa diperoleh di tempat lain, konsisten, dan bisa dibuktikan kebenarannya, triangulasi mencakup tiga hal, sumber data, cara pengumpulan data, dan waktu pengumpulan data (Mardiyanto, 2020).

Triangulasi sumber digunakan untuk menguji keabsahan data, dengan cara membandingkan informasi yang diperoleh dari beberapa informan. Langkah ini dilakukan dengan memeriksa data yang dikumpulkan selama proses penelitian melalui berbagai sumber, sehingga dapat meningkatkan kepercayaan atau kredibilitas terhadap data yang dihasilkan dan memperoleh data yang konsisten dan dapat dipercaya (Saionio et al., 2023). Pada penelitian ini kepala unit pajarkes RSUD PKU Muhammadiyah Bantul yang akan menjadi triangulasi sumber.

2. Uji Validasi Pakar

Merupakan proses penilaian yang dilakukan oleh tenaga ahli atau pakar di bidang coding medis untuk memastikan bahwa kode diagnosis dan tindakan yang ditetapkan sesuai dengan pedoman klasifikasi internasional (seperti ICD-10 dan ICD-9-CM) serta mencerminkan kondisi klinis pasien yang sebenarnya. Dalam penelitian ini menggunakan pakar Coding dengan latar belakang penikah medis di RS tipe B yang memiliki pengalaman sebagai Coder BPJS selama 14th.

1. Metode pengolahan dan analisis data

Metode pengolahan data kualitatif adalah cara mengolah data berupa kata-kata, cerita, pendapat, atau pengalaman orang, bukan berupa angka. Bertujuan untuk memahami makna atau alasan di balik suatu peristiwa atau tindakan, sedangkan Analisis data kualitatif adalah proses menjelaskan, mengelompokkan, dan menghubungkan peristiwa atau kejadian dengan ide atau pemahaman dan peneliti. Hal-hal yang dieliti perlu dijelaskan dengan jelas dan tepat (Reza, 2022).

1. Metode pengolahan

a. Coding

Editing merupakan tahapan dalam penelitian yang bertujuan untuk memeriksa dan memperbaiki data yang telah dikumpulkan. Proses ini dilakukan agar data menjadi lebih lengkap, jelas, dan sesuai dengan topik penelitian. Dengan demikian, kesalahan atau kekurangan dalam data awal dapat dihindari, sehingga data yang dianalisis menjadi lebih akurat dan dapat dipercaya.

b. **Data entry**

Entry data adalah proses memasukkan data mentah yang telah dikumpulkan agar dapat diubah atau dianalisis lebih lanjut. Proses ini penting untuk memastikan bahwa data tersedia dalam format digital yang rapi, terstruktur, dan siap digunakan dalam tahap analisis penelitian atau pelaporan. Entry data melibatkan pengutipan informasi dari berbagai sumber, seperti formulir, dokumen, atau rekaman suara.

c. **Cleaning**

Data cleaning adalah proses identifikasi dan perbaikan terhadap data yang tidak akurat, tidak lengkap, duplikat, atau tidak relevan, dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas data sebelum dilakukan analisis lebih lanjut.

2. **Analisis Data**

a. **Pengumpulan data**

Pengumpulan data merupakan aktivitas sistematis dalam memperoleh informasi dari berbagai sumber guna menjawab masalah, menguji hipotesis, atau memenuhi tujuan penelitian yang telah ditetapkan (Darmawan et al., 2021). **Dalam penelitian ini**, peneliti menggunakan data sekunder berupa data laporan pading klaim dari bulan Januari – Maret tahun 2025, melakukan observasi, studi dokumentasi serta wawancara kepada subjek penelitian.

b. **Reduksi data**

Reduksi data merupakan tahap penyederhanaan data mentah dengan memisahkan informasi penting yang berkaitan langsung dengan tujuan penelitian, sehingga mempermudah peneliti dalam memahami temuan dan

menunjukkan kesimpulan (Mardiyanto, 2020). **Kedaki data dalam penelitian ini** terletak pada **data** pendeng klaim serta transkrip wawancara.

52. **c. Penyajian data**

Penyajian data adalah proses menyusun dan menampilkan data yang telah direvisi ke dalam bentuk yang sistematis agar lebih mudah dibaca, dipahami, dan dianalisis. Data dapat disajikan dalam bentuk narasi, tabel, grafik, matriks, atau bagan, tergantung pada jenis dan tujuan analisis (Mardiyanto, 2020). **Dalam penelitian ini data** pendeng klaim **disajikan dalam bentuk tabel**, data hasil observasi, **stah dokumentasi** serta wawancara **disajikan dalam bentuk narasi**.

d. **Penarikan kesimpulan**

Penarikan kesimpulan adalah proses akhir dalam analisis data untuk menyimpulkan makna atau hasil berdasarkan apa yang ditemukan selama pengolahan data. Kesimpulan dibuat dengan melihat data yang sudah dikumpulkan, diseleksi, dan disusun secara teratur. Pada penelitian ini, kesimpulan dihasilkan dari pembahasan serta pengolahan data di atas.

1. **Etika penelitian**

Penelitian ini telah mendapatkan izin etik dari Komite Etik Penelitian **Universitas Jenderal Achmad Yani** Yogyakarta dengan Nomor Skrip 123/KEP/SM/2025.

1. **Menghormati Hakikat dan Martabat Manusia**

Dalam **penelitian ini** tetap menghormati hakikat serta martabat informan selaku pemberi informasi.

2. **Informed consent (persetujuan)**

Penelitian harus berdasarkan persetujuan informan. Dimana persetujuan tersebut dibuat secara tertulis.

3. **Anonymity (Tanpa nama)**

Peneliti tidak menandatangani nama beserta data pribadi informan guna menjaga privasi informan. Hal ini bisa diganti menggunakan kode atau simbol tertentu.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

4. Kerahasiaan

Peneliti harus mematuhi data yang didapatkan dari informasi dalam forum apapun itu.

1. pelaksanaan karya ilmiah

1. Persiapan

Tahap persiapan pada penelitian ini dimulai dari menentukan topik yang akan diteliti, setelah sudah mendapatkan topik yang akan diteliti penulis menentukan judul yang sesuai dengan topik. Setelah itu melakukan studi pendahuluan ke rumah sakit guna mengetahui apakah topik ini masih relevan atau tidak dan dilanjut dengan menyusun proposal guna mendukung penelitian yang peneliti lakukan.

2. Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan di unit Paqumkes **RSU PKU Muhammadiyah Bantul** dengan rentang waktu pengerjaan dimulai dari bulan juni – juli tahun 2025, dengan mengambil data pendng klaim pasien rawat inap serta melakukan wawancara kepada petugas yang dijadikan subjek dalam penelitian.

3. Penyusunan laporan

Penyusunan laporan dibuat setelah data yang diperlukan untuk penelitian ini terkumpul, dilanjutkan dengan mulai menyusun proposal dari BAB I – III. Kemudian data yang sudah diperoleh serta dianalisis pada BAB tersebut dimulai pada BAB IV – BAB V. Setelah penyusunan karya ilmiah selesai kemudian akan dikonsultasikan pada dosen pembimbing. Dari hasil bimbingan tersebut akan dilakukan perbaikan jika ada, jika tidak ada langkah selanjutnya yaitu peneliti membuat janji serta mengkonfirmasi kepada dosen pengaji untuk menentukan jadwal seminar hasil penelitian. Setelah itu peneliti akan melakukan perbaikan sesuai dengan hasil seminar dan setelah selesai perbaikan peneliti melakukan pengumpulan karya tulis ilmiah.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum

1. Gambaran Umum RS PKU Muhammadiyah Bantul

a. Sejarah Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul merupakan salah satu bentuk Amal Usaha Muhammadiyah (AUM) di sektor pelayanan kesehatan, yang berada di bawah naungan Pimpinan Daerah Muhammadiyah Kabupaten Bantul. Rumah sakit ini didirikan sebagai wujud komitmen organisasi Muhammadiyah dalam mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan medis yang profesional, Islami, dan terjangkau.

Secara geografis, RSU PKU Muhammadiyah Bantul terletak di Jalan Jenderal Sudirman No. 124, Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta, yang merupakan salah satu akses utama wilayah kota Bantul. Lokasi strategis ini memudahkan masyarakat sekitar, baik dari kawasan perkotaan maupun pedesaan, untuk mengakses layanan kesehatan yang dibutuhkan. Selain melayani pasien umum dan peserta BPJS, rumah sakit ini juga menjadi sarana pendidikan dan praktik klinik bagi institusi pendidikan kesehatan.

Rumah Sakit Umum (RSU) PKU Muhammadiyah Bantul berawal dari sebuah Klinik dan Rumah Bersalin, yang secara resmi berdiri pada 1 Maret 1986 sesuai berputaran dengan tanggal 09 Dzulqo'dah 1385 H, dengan nama "Klinik dan Rumah Bersalin PKU Muhammadiyah Bantul". Klinik ini merupakan bagian dari upaya Muhammadiyah dalam menyediakan layanan kesehatan ibu dan anak di wilayah Bantul. Seiring dengan meningkatnya kebutuhan masyarakat serta perkembangan layanan, pada tahun 1984, klinik ini mulai memperluas layanan kesehatan anak, khususnya dalam aspek pertumbuhan dan perkembangan.

anak (layanan tambah kerahang) selain tetap memberikan pelayanan karatif (penyembuhan). Kemudian, pada tahun 1995, berdasarkan Surat Keputusan lain Kanselir Departemen Kesehatan (Duswasi IDK/No 203/1008/PR/IV/1995, status klinik tersebut resmi ditingkatkan menjadi Rumah Saki Khusus Ibu dan Anak PKU Muhammadiyah Bantul, dengan cakupan layanan yang lebih luas dan profesional.

Melihat perkembangan yang sangat pesat dan kebutuhan masyarakat yang semakin kompleks, pada tahun 2001, rumah saki ini mendapatkan **akreditasi operasional** dari **Diras Kesehatan** dengan nomor **645/4318/2001**, dan secara resmi bertransformasi menjadi Rumah Saki Umum PKU Muhammadiyah Bantul, yang melayani berbagai kelompok usia dan jenis penyakit, baik secara preventif, kuratif, promotif, maupun rehabilitatif.

h. **Visi, Misi dan Motto RSU PKU Muhammadiyah Bantul**

1) **Visi**

Terdapatnya Rumah Saki Islam yang mempunyai keunggulan kompetitif global dan menjadi kebanggaan umat

2) **Misi**

- Berdakwah melalui pelayanan kesehatan
- Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas
- Menerapkan tata kelola organisasi dan klinis yang baik
- Memberikan pelayanan yang peduli pada kaum dhuafa
- Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan secara profesional

3) **Moto**

"Layananku Ibadatku"

2. Karakteristik Informan

Dalam penelitian menggunakan informan dan triangulasi sumber yang memiliki karakteristik sebagai berikut:

Tabel 4.1 Karakteristik Informan

Informan	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Jabatan
Informan A	Pria	35 tahun	IS-3 Muda	Rekan Gedek Produksi RI

Informan B	Perempuan	39 tahun	D-3 Medis	Rokan	Coder	Ri
Informan C	Perempuan	36 tahun	S1 Dektin	Polisi	Dokter Verifkator Internal	A
Trianggulni Sumber	Perempuan	42 tahun	D-3 Medis	Rokan	Kapala Puskesmas	

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa semua informan berjenis kelamin perempuan, dengan rincian 2 orang menjabat sebagai petugas Coder Rawat inap dengan pendidikan terakhir D-3 Rokan medis, 1 orang yang menjabat sebagai dokter dan verifkator internal rumah sakit dengan pendidikan terakhirnya yaitu S1 profesi dokter, dan 1 trianggulni sumber yang menjabat sebagai kepala Pucut Jaminan Kesehatan (Pajamkes) dengan pendidikan terakhir D-3 Rokan medis.

B. Hasil Penelitian

1. Ketepatan Kode Klinis Dari Aspek *Comprehensiveness*

Aspek *Comprehensiveness*, yaitu kelengkapan kode klinis yang digunakan dalam pengisian klaim BPJS Kesehatan. Kelengkapan kode mencakup apakah seluruh diagnosis dan tindakan yang dilakukan selama perawatan pasien telah dikodekan secara menyeluruh, tanpa ada yang terlewat.

Sebanyak 64 berkas klaim rawat inap dengan diagnosis dan tindakan yang sama dianalisis. Hasilnya menunjukkan bahwa 62 berkas (97%) telah dikodekan secara lengkap oleh petugas coding, sedangkan 2 berkas (3%) tidak lengkap.

Tabul 4. 2 Persentase ketepatan Kode Klinis Aspek *Comprehensiveness*

Keterangan	Jumlah berkas		Persentase
	Lengkap	Tidak Lengkap	
	62	2	97%

Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat kelengkapan kode klinis di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul tergolong sangat tinggi, yaitu sebesar 97%. Hal

ini mencerminkan bahwa sebagian besar berkas rekam medis telah dikelola dengan baik dan menyeluruh oleh petugas. Diagnosis utama, diagnosis penyakit, serta tindakan yang dilakukan selama perawatan sudah tercantum dengan lengkap pada dokumen pengajian klinis.

Namun, terdapat 2 berkas yang tidak lengkap, sebagai contoh yaitu kasus pasien datang dengan Kondisi ³⁸ utama sesak nafas, Riwayat Penyakit Sekarang sesak nafas, disertai batuk dan tak mau makan, dan tidak ada riwayat penyakit dahulu. Diketahui diagnosis yang ditetapkan oleh dokter yaitu, anoreksia geriatrici, pneumonia, serta dibekali dengan pemeriksaan cek lab, RO Thorax, dan Nebulizer. Kode yang ditetapkan oleh kode rumah sakit yaitu, Diagnosis Utama J88.9 (Respiratory disorder unspecified), dan tidak menetapkan kode diagnosis sekunder. Hal ini masuk ke dalam aspek *Completeness*. Dimana seharusnya terdapat diagnosis sekunder yaitu R63.0 (Anorexia) dan E86 (Malnutrition, Adult; Dehydration). Kasus tersebut menajatkan adanya ketidaklengkapan dalam aspek pengodean diagnosis sekunder yang utamanya disebabkan oleh:

- Tidak tercatatnya salah satu diagnosis penyakit yang relevan.
- Kode tindakan medis tertentu tidak dimasukkan meskipun jelas tercantum dalam catatan medis pasien.
- Kemungkinan adanya interpretasi subjektif atau kelainan dari coder dalam menangkap seluruh informasi yang ada di berkas rekam medis.

Ketidaklengkapan ini meskipun kecil jumlahnya, tetap perlu menjadi perhatian karena dapat mengganggu proses verifikasi klaim oleh pihak BPJS Kesehatan. Klaim yang tidak lengkap sering kali masuk dalam status "pending", sehingga dapat berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim dan ketidakbahasan arus kas rumah sakit.

griya disepsi kritis	Triaditas	Triaditas
5. 1020148	93.59, 87.49, 93.59, 87.20, DU: K35.8 DS: Triaditas DU: D64.9 DU: D64.5 DS: K2.9 DS: K20 DU: 11.5 Triaditas 93.84, 80.59, 87.29 DU: 1.90 DS: 1.20, 18.3 Triaditas 79.45, 34.91, 87.01, 87.40, 93.59 DU: 171.4 DU: 111.4 DS: 818.5, 165.8 Triaditas 33.45, 80.59, 87.49, 84.32, 87.00, 89.15, 89.81	93.59, 87.20, DU: K35.8 DS: Triaditas 98.59 DU: D64.5 DS: K20 DS: K20 DU: 11.5 Triaditas 93.84, 80.59, 87.29 DU: 1.90 DS: 1.20, 18.3 Triaditas 79.45, 34.91, 87.01, 87.40, 93.59 DU: 171.4 DU: 111.4 DS: 818.5, 165.8 Triaditas 33.45, 80.59, 87.49, 84.32, 87.00, 89.15, 89.81
8. 1025268	93.59, 87.20, DU: K35.8 DS: Triaditas 98.59 DU: D64.5 DS: K20 DS: K20 DU: 11.5 Triaditas 93.84, 80.59, 87.29 DU: 1.90 DS: 1.20, 18.3 Triaditas 79.45, 34.91, 87.01, 87.40, 93.59 DU: 171.4 DU: 111.4 DS: 818.5, 165.8 Triaditas 33.45, 80.59, 87.49, 84.32, 87.00, 89.15, 89.81	93.59, 87.20, DU: K35.8 DS: Triaditas 98.59 DU: D64.5 DS: K20 DS: K20 DU: 11.5 Triaditas 93.84, 80.59, 87.29 DU: 1.90 DS: 1.20, 18.3 Triaditas 79.45, 34.91, 87.01, 87.40, 93.59 DU: 171.4 DU: 111.4 DS: 818.5, 165.8 Triaditas 33.45, 80.59, 87.49, 84.32, 87.00, 89.15, 89.81
7. 1044577	93.59, 87.20, DU: K35.8 DS: Triaditas 98.59 DU: D64.5 DS: K20 DS: K20 DU: 11.5 Triaditas 93.84, 80.59, 87.29 DU: 1.90 DS: 1.20, 18.3 Triaditas 79.45, 34.91, 87.01, 87.40, 93.59 DU: 171.4 DU: 111.4 DS: 818.5, 165.8 Triaditas 33.45, 80.59, 87.49, 84.32, 87.00, 89.15, 89.81	93.59, 87.20, DU: K35.8 DS: Triaditas 98.59 DU: D64.5 DS: K20 DS: K20 DU: 11.5 Triaditas 93.84, 80.59, 87.29 DU: 1.90 DS: 1.20, 18.3 Triaditas 79.45, 34.91, 87.01, 87.40, 93.59 DU: 171.4 DU: 111.4 DS: 818.5, 165.8 Triaditas 33.45, 80.59, 87.49, 84.32, 87.00, 89.15, 89.81
9. 1040031	93.59, 87.20, DU: K35.8 DS: Triaditas 98.59 DU: D64.5 DS: K20 DS: K20 DU: 11.5 Triaditas 93.84, 80.59, 87.29 DU: 1.90 DS: 1.20, 18.3 Triaditas 79.45, 34.91, 87.01, 87.40, 93.59 DU: 171.4 DU: 111.4 DS: 818.5, 165.8 Triaditas 33.45, 80.59, 87.49, 84.32, 87.00, 89.15, 89.81	93.59, 87.20, DU: K35.8 DS: Triaditas 98.59 DU: D64.5 DS: K20 DS: K20 DU: 11.5 Triaditas 93.84, 80.59, 87.29 DU: 1.90 DS: 1.20, 18.3 Triaditas 79.45, 34.91, 87.01, 87.40, 93.59 DU: 171.4 DU: 111.4 DS: 818.5, 165.8 Triaditas 33.45, 80.59, 87.49, 84.32, 87.00, 89.15, 89.81

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
PERPUSTAKAAN
YOGYAKARTA

	<p>nyawa--> tahun 2022 kejar sekolah --> refleksi operasi ulang di PKU Bantul --> gaji perbulan setiap hari sudah KLU, aryan panti, BFS; core para & kha transd, obctio yang, RFS, tidak ada</p>	<p>atau operasi</p>	<p>83.83, 88.94, 87.00, 90.99, 83.37</p>	<p>DU: 838.1 DU: 838.2</p>	<p>✓</p>
14. 1040081	<p>abdominal pata, nefrotic sosis dan kolik an dextra RT 1 dikaryon</p>	<p>kolitis laparosc a transanal in, ESKA, BD kronis</p>	<p>DU: 819 DU: Tridakt 87.49, 88.52 87.49, 89.52</p>	<p>DU: 819 DU: Tridakt 87.49, 88.52 87.49, 89.52</p>	<p>✓</p>
15. 10479916	<p>obis pedang loren, anoreksia peritak</p>	<p>atau pata, gastro F, TI anoreksia gastro CHP, anoreksia, nyak kardiyome</p>	<p>DU: 790 DU: 818.2</p>	<p>DU: 790 DU: 818.2</p>	<p>✓</p>
14. 1027130	<p>CKL, DM, HT</p>	<p>atau pata, gastro F, TI anoreksia gastro CHP, anoreksia, nyak kardiyome</p>	<p>DU: 790 DU: 818.2</p>	<p>DU: 790 DU: 818.2</p>	<p>✓</p>
15. 1045164	<p>gula mali</p>	<p>atau pata, gastro F, TI anoreksia gastro CHP, anoreksia, nyak kardiyome</p>	<p>DU: 790 DU: 818.2</p>	<p>DU: 790 DU: 818.2</p>	<p>✓</p>

PERPUSTAKAAN
 UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
 YOGYAKARTA

1.E. 1668103	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>
1.E. 1668103	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>
1.E. 1668103	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>
1.E. 1668103	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>	<p>1668103</p> <p>1668103</p>

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
 YOGYAKARTA

34.	10021860	PER. KAJI konsep perencanaan arsitek elektro	REU. GI. P00A. HMP. R0004. IRTL. 16-3/2023. UK. 31. rpg. koreng2. diajiah koreksi surat tugas. RPK. reguler plan work tugas. RPK. Ngaperasi	PER. KAJI konsep perencanaan arsitek elektro	DC. nama	87.45. 00.54. 07.00. 00.50 89.32 DU: 0040 DU: 0141	✓
35.	10060302	CA perforasi mencantumkan syarikat sepi	KU. rpg. per. per. surat. surat2 = 10n 1hc RPT. rpg. jark. rpg. obsestasi.	CA perforasi mencantumkan syarikat	DC. MGT	Tindakan 72.4. 00.59 DU: 025.9	✓
36.	10011882	kegiatan m. DM post (NSR)	KU. per. rpg. 2. per. rpg. 14. hsa koordinasi. RPK. per. rpg. 2. dengan kalkulasi harga per. rpg. 2. dan tuntutan sudah sudah. rpg. DM dan arsitek. RPK. DM rpg. 2. dengan. 2. Berhasil revisi revisi dengan. 2. hsa	RIS revisi arsitek	RIS	Tindakan 00.59 DU: 011.4 DU: 000.1	✓
37.	10053307	di band di band di band di band	KU. per. rpg. 2. dari. per. rpg. 2. dengan lebih. koreksi. rpg. 2. surat. rpg. 2. 11. koreksi RPK. RPK. rpg. 2. per. rpg. 2. dari. per. rpg. 2. dengan surat. rpg. 2. dengan. 2. dan. koreksi. rpg. 2. 4 revisi. rpg. 2. dengan. 2. hsa	CKR. di band RIS RIS RIS	CKR. di band RIS RIS RIS	Tindakan DU: 002.20 DU: 002.10 DU: 001.00 DU: 001.00 DU: 001.00 DU: 001.00 DU: 001.00 DU: 001.00	✓

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

Disposisi CPL/CPK Kategori E	Kategori RPP	Kategori RPP	Kategori RPP	Kategori RPP	Kategori RPP	Kategori RPP	Kategori RPP	Kategori RPP	Kategori RPP
42. 1044410	42. 1044410	42. 1044410	42. 1044410	42. 1044410	42. 1044410	42. 1044410	42. 1044410	42. 1044410	42. 1044410
43. 1044420	43. 1044420	43. 1044420	43. 1044420	43. 1044420	43. 1044420	43. 1044420	43. 1044420	43. 1044420	43. 1044420
44. 1044430	44. 1044430	44. 1044430	44. 1044430	44. 1044430	44. 1044430	44. 1044430	44. 1044430	44. 1044430	44. 1044430
45. 1044440	45. 1044440	45. 1044440	45. 1044440	45. 1044440	45. 1044440	45. 1044440	45. 1044440	45. 1044440	45. 1044440

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

Spesies	Tempat	Waktu	Peneliti	Referensi
46. <i>10212004</i>	Perikanan Kecamatan Kendal Kabupaten Kendal Provinsi Jawa Tengah	10/2004	Wibisono, D., Sugandi, D., Sugandi, D., Sugandi, D.	DB: 115.8, 115.1 DB: 115.8, 115.1 Tridaktori: 2135
47. <i>10217000</i>	Perikanan Kecamatan Kendal Kabupaten Kendal Provinsi Jawa Tengah	10/2004	Wibisono, D., Sugandi, D., Sugandi, D.	DB: 115.8, 115.1 DB: 115.8, 115.1 Tridaktori: 2135
48. <i>10217001</i>	Perikanan Kecamatan Kendal Kabupaten Kendal Provinsi Jawa Tengah	10/2004	Wibisono, D., Sugandi, D., Sugandi, D.	DB: 115.8, 115.1 DB: 115.8, 115.1 Tridaktori: 2135

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

No	Indeks	Deskripsi	Indeks	Uraian	Indeks
41.	1045662	GIKMAI band 36 PWS, KTD, laskar premer 1 01	Indeks Indeks Indeks Indeks Indeks Indeks Indeks	BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar	BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar
51.	1045663	PEB band 36 premer 1 01	Indeks Indeks Indeks	BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar	BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar
52.	1045664	GIKMAI band 36 PWS, KTD, laskar premer 1 01	Indeks Indeks Indeks Indeks Indeks Indeks	BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar	BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar BUK, RPS; bu anggar

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

CSID		Tindakan:	
CSID	CIPD	90.49, 90.52, 97.49	90.49, 90.52, 97.49
Y	1012962	<p>severitas: RA; erosi; tali lempang; leucost; pialagang; geratio; Thorne; US6; K361; M261</p> <p>gigitan: isoklasia; karies; tidak bertulang; RFS; kapsulasi; EKG; orth</p> <p>diagnosis: untuk membatasi/meng. the. Qip; main. sh. de</p> <p>CHI: Bano; pipit; BFD; HT; dari CHI; trusa di. Bano</p>	<p>Tindakan: DU; 133.2; DU; 113.3</p> <p>DU: 133.2; DU: 106.3; M261</p> <p>Tindakan: 87.48, 88.76, 87.49, 88.76, 90.52, 90.59, 90.52, 90.59</p>
SE	10396158	<p>CPS: RLU; ejawi; pipi; karies; RFS; apori; di; pipi; mac; d; dan; karies; yang; disusutkan; terak; 1; bulus; SMP; 137; pipi; artrial; usukon; per; 1358</p> <p>CHI: RLU; ejawi; pipi; karies; RFS; apori; di; pipi; mac; d; dan; karies; yang; disusutkan; terak; 1; bulus; SMP; 137; pipi; artrial; usukon; per; 1358</p>	<p>Tindakan: DU; 122.0; DU; 152.0</p> <p>DU: 122.0; DU: 152.0</p> <p>Tindakan: 60.58, 87.44, 82.50, 87.96, 27.42</p> <p>DU: 098.5; DU: 098.5</p> <p>DU: 098.8; DU: 098.8</p> <p>Tindakan: 90.49</p>
SE	1042592	<p>CHI: RLU; ejawi; pipi; karies; RFS; apori; di; pipi; mac; d; dan; karies; yang; disusutkan; terak; 1; bulus; SMP; 137; pipi; artrial; usukon; per; 1358</p> <p>CHI: RLU; ejawi; pipi; karies; RFS; apori; di; pipi; mac; d; dan; karies; yang; disusutkan; terak; 1; bulus; SMP; 137; pipi; artrial; usukon; per; 1358</p>	<p>Tindakan: DU; 122.0; DU; 152.0</p> <p>DU: 122.0; DU: 152.0</p> <p>Tindakan: 60.58, 87.44, 82.50, 87.96, 27.42</p> <p>DU: 098.5; DU: 098.5</p> <p>DU: 098.8; DU: 098.8</p> <p>Tindakan: 90.49</p>

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

<p>48. 10403842 (Geriak) etishe folklorial kagregitas ma pemsam s rocrata lapa adibhara</p>	<p>KUASIPIS; dmanis opak panti tralun bnda pps ngos panti mabab 2s. 8 PD rre kagregitas, aoma</p>	<p>seba k/7 rebebe re bbon tradiasoda m - katal shemas abara 99, 99, 93/94, 96, 99, 95/96, 97, 99 31,1</p>	<p>DU: 118,8 DS: - Tradision 99, 99, 93/94, 96, 99, 95/96, 97, 99 31,1</p>	<p>DU: 135,8 DS: - Tradision 99, 99, 93/94, 96, 99, 95/96, 97, 99 31,1</p>
<p>49. 10403832 amala bersel perbaraba e COT bogita ma peraujan gan dharitas perbaraba s AKI Jai Anake OON CKD UHE</p>	<p>KS; kerna; BPS; kerna; dharitas dangan BAI; Bndaragrimala ngat; RPD; RTV, CHP</p>	<p>manfama PR J kadeT2 jast, cek lab, BO 917,9 Thoma 99, 94, 98, 94, 97, 98 97, 99</p>	<p>DU: 932,1 DS: K42,0 DS: K02,0 DS: 044,5 DS: 043,0, 917,9 917,9 Tradision 99, 94, 98, 94, 97, 98 97, 99</p>	<p>DU: 802,1 DS: K02,0 DS: 043,0, 917,9 Tradision 99, 94, 98, 94, 97, 98 97, 99</p>
<p>52. 10404441 amala bka regde ar dharika aranta per ar pang an</p>	<p>KS; eyeri sangat, BPS; eyeri sangat 3er dharita dangan bogakak, amala dharika rala vana kpan sad herbebas</p>	<p>regde ar dharika aranta per ar pang an 99, 94, 98, 94, 97, 98 97, 99</p>	<p>DU: 845,0 DS: X, 20,0 DS: 4, 9, 9 Tradision 99, 94, 98, 94, 97, 98 97, 99</p>	<p>DU: 851,9 DS: 4, 9, 9, 0,0 DS: 0 Tradision 99, 94, 98, 94, 97, 98 97, 99</p>

PERPUSTAKAAN
 UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
 YOGYAKARTA

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa angka *Completeness* (kelengkapan berkas) mencapai 97%. Dengan rincian berkas dengan pencatatan lengkap, yaitu terdapat kode diagnosis utama, sekunder (jika diperlukan) dan Tindakan (jika ada) sebanyak 62 berkas, dan tidak lengkap sebanyak 2 berkas. Dua berkas tidak lengkap ditemukan karena salah satu diagnosis penyakit tidak dikodekan, atau tindakan medis yang tercatat pada resume tidak teromnis dalam kode klaim.

2. Ketepatan Kode Klaim Dari Aspek Accuracy

Aspek *Accuracy* dalam pengkodean klaim mengacu pada kesesuaian antara kode diagnosis dan tindakan medis yang tercantum dalam dokumen klaim dengan dokumentasi medis yang tersedia (resume medis masuk dan keluar, hasil pemeriksaan, dan laporan tindakan). Pengkodean dianggap akurat jika kode yang digunakan benar-benar mencerminkan kondisi klinis dan prosedur yang diberikan kepada pasien.

Berdasarkan hasil audit terhadap 64 berkas klaim pasien rawat inap dengan kasus dan riwayat yang sama, ditemukan bahwa terdapat 40 berkas (63%) akurat dan 24 berkas (37%) tidak akurat.

Tabel 4. 4 persentase Ketepatan Kode Dari Aspek Accuracy

Keterangan	Jumlah berkas		Persentase
	Akurat	Tidak Akurat	
	40	24	63%

Berdasarkan perhitungan 64 sampel berkas klaim tersebut, terdapat 24 berkas yang tidak akurat. Dari 24 berkas yang tidak akurat, terdapat sebanyak 10 berkas dengan kasus dimana seharusnya tidak dikode tetapi diberi kode atau sebaliknya. Dan 14 berkas dengan kasus kode tidak tepat ataupun digi kode tidak tepat. Sebagai contoh kasus seharusnya tidak dikode tetapi diberi kode atau sebaliknya yaitu kasus pasien datang dengan kondisi utama masalah-malah >15x, muntah + tahi pagi sudah periksa ke PKU keluhan belum berkurang, Riwayat Penyakit Sekarang, muntah 3-5x sejak pagi ini, demam,

diare-, bapil-, stool normal sejak semalam 5x, bau, bau dalam batas normal, sudah minum obat namun keluhan belum berkurang. Riwayat Penyakit Dahulu, tidak ada riwayat kejang, anak riwayat ISK dan nefropati sudah di serikan suntik tapi belum dilaksanakan. Ditetapkan diagnosis yang ditetapkan oleh dokter yaitu, *Sacrocaudal Dysgenesis, G.E.L. women profuse* dengan tindakan cek darah rutin. Kode tindakan yang ditetapkan oleh Codeer rumah sakit yaitu **90.59 (Other Microscopic Examination of Blood)** dan **90.59 (Other Microscopic Examination of Fluids from Lower Gastrointestinal Tract and of Stool)**, kasus tersebut masuk ke dalam kasus kode yang seharusnya diberi kode tapi tidak dikode atau sebaliknya karena terdapat kode 90.99, yang dimana tidak terdapat dalam catatan keterangan tindakan yang diberikan oleh dokter, meskipun tidak menyangkut kemungkinan bahwa tindakan tersebut memang dibakukan. Selanjutnya yaitu contoh kasus kode tidak tepat dengan digit kode tidak tepat yaitu pasien datang dengan Kondisi Utama nyeri perut. Riwayat Penyakit Sekarang yaitu nyeri perut tiba-tiba muncul disertai mual, dan tidak terdapat Riwayat Penyakit Dahulu. Dokter mendiskusikan diagnosis yaitu Kondisi ini simtomatik dengan tindakan laparoscopy dan koloidolomi. Kode yang ditetapkan oleh Codeer rumah sakit yaitu **Diagnosa utama K81.1 (Chronic cholecystitis)** dimana kode tersebut tidak tepat dengan apa yang dituliskan oleh dokter, seharusnya kode yang ditetapkan adalah **K80.2 (Calculus of gallbladder without cholecystitis)**. Dengan demikian didapatkan hasil bahwa:

- a. 40 berkas (63%) memiliki kode klinis yang tepat, sesuai dengan **diagnosa dan tindakan yang terdokumentasi dalam resume medis pasien.**
- b. 24 berkas (37%) menunjukkan ketidaklengkapan kode, yang berpotensi menyebabkan kesalahan tarif INA-CBG's dan berkontribusi pada kasus pending klaim dari BPJS Kesehatan.

Tabel 4. 5 Hasil Keputusan berdasarkan Aspek Accuracy

No	No RM	Keputusan Merk	Asasannya	Ilustrasi	Tindakan	Kode-ES	Kode- Penalti	Skor Gedok	Accuracy	Keterangan
1.	146018	gatoceur dan adak	kecilnya semua (dapat) baik sudah 1 minggu ada dokternya menarik terus terus pelayanan sangat diocok sah usg 1 minggu ada dokternya, tidak ada secara signifikan, Euvrya pelayanan dan 4 : pengobatan TII sangat baik 1 di RS IIII BPS HIT	Desert GIA Cantik	tidak ada ada ada	ES: ABA.0 ES: B77.4 ES: B77.4 Tindakan: 00.59	ES: ABA.0 ES: B77.4 ES: B77.4 Tindakan: 00.59	ES: ABA.0 ES: B77.4 ES: B77.4 Tindakan: 00.59	100%	Benar
2.	146019	gatoceur dan adak	kecilnya semua (dapat) baik sudah 1 minggu ada dokternya menarik terus terus pelayanan sangat diocok sah usg 1 minggu ada dokternya, tidak ada secara signifikan, Euvrya pelayanan dan 4 : pengobatan TII sangat baik 1 di RS IIII BPS HIT	Desert GIA Cantik	tidak ada ada ada	ES: ABA.0 ES: B77.4 ES: B77.4 Tindakan: 00.59	ES: ABA.0 ES: B77.4 ES: B77.4 Tindakan: 00.59	ES: ABA.0 ES: B77.4 ES: B77.4 Tindakan: 00.59	100%	Benar
3.	146020	gatoceur dan adak	kecilnya semua (dapat) baik sudah 1 minggu ada dokternya menarik terus terus pelayanan sangat diocok sah usg 1 minggu ada dokternya, tidak ada secara signifikan, Euvrya pelayanan dan 4 : pengobatan TII sangat baik 1 di RS IIII BPS HIT	Desert GIA Cantik	tidak ada ada ada	ES: ABA.0 ES: B77.4 ES: B77.4 Tindakan: 00.59	ES: ABA.0 ES: B77.4 ES: B77.4 Tindakan: 00.59	ES: ABA.0 ES: B77.4 ES: B77.4 Tindakan: 00.59	100%	Benar

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
PERPUSTAKAAN
YOGYAKARTA

1.	141241	febris kat ke-3 bakteri lokalisasi anamnesis gigitan ditutupi kondisi	Tidak ada tindakan khusus. terasa sedikit lemas dan dimantulkan lagi RPD. HHD post operasi ditutupi di ambuk sp. IP	inspeksi infeksius DMS	CA, lab. swab dokter	87.49 90.59 91.04 91.54	88.52, 87.49 90.59, 91.04 91.54, 91.04	DS: A43.9 DS: A43.9 DS: B11.9 DS: B11.9 Tindakan 90.59 87.49	DS: A43.9 DS: B11.9 DS: B11.9 Tindakan 90.59, 87.49, 91.54, 91.49	DS: A43.9 DS: B11.9 DS: B11.9 Tindakan 90.59, 87.49	DS: K33.8 DS: Tindakan 90.59	DS: K33.8 DS: Tindakan 90.59	DS: K33.8 DS: Tindakan 90.59
2.	142381	abdominal -45 putri	KU, riwayat RPS, riwayat putri karun, sudah sudah laksana saat. Disusun (ringkasan, email/terangin)	apendiksai in situ	cek darah	DS: K33.8 DS: Tindakan 90.59	DS: K33.8 DS: Tindakan 90.59	DS: K33.8 DS: Tindakan 90.59	DS: K33.8 DS: Tindakan 90.59	DS: K33.8 DS: Tindakan 90.59	DS: K33.8 DS: Tindakan 90.59	DS: K33.8 DS: Tindakan 90.59	DS: K33.8 DS: Tindakan 90.59
3.	142324	anemia adisional putri di disposisi g anemik NSAD DM2NO	KU, tesis, post operasi, RPS, RPS: 2 minggu ke riwayat, anemia, muntah, riwayat + riwayat kehidupan, bahu kanan, lesas - post HT, anemia, DM2NO, riwayat, RPS: HT, anemik, DM	anemia, gastro, HGGNO, HHD	status PBC, cek dokter, re- dokter	DS: K33 DS: K33 DS: K33 Tindakan 90.04, 90.59 87.49	DS: K33 DS: K33 DS: K33 Tindakan 90.04, 90.59, 90.59, 87.49	DS: K33 DS: K33 DS: K33 Tindakan 90.04, 90.59, 90.59, 87.49	DS: K33 DS: K33 DS: K33 Tindakan 90.04, 90.59, 90.59, 87.49	DS: K33 DS: K33 DS: K33 Tindakan 90.04, 90.59, 90.59, 87.49	DS: K33 DS: K33 DS: K33 Tindakan 90.04, 90.59, 90.59, 87.49	DS: K33 DS: K33 DS: K33 Tindakan 90.04, 90.59, 90.59, 87.49	DS: K33 DS: K33 DS: K33 Tindakan 90.04, 90.59, 90.59, 87.49
4.	14413	efus pkora, CKDV, stroke	KU, pasien meninggal stroke, riwayat pms, meninggal, cek em, M, cek, stroke, RPS, anak sakit, bank, riwayat sakit, tidak riwayat, tidak, HHD, CKD at 2 cm HHD, HT	wilayah cerebr, ofasi pkora, EPA, CKD at 2 cm, stroke, hipertensi	gigit pckra, HID, CT scan, ED Thorne	DS: J60 DS: J60 DS: J60 DS: J60 Tindakan 90.59	DS: J60 DS: J60 DS: J60 DS: J60 Tindakan 90.59	DS: J60 DS: J60 DS: J60 DS: J60 Tindakan 90.59	DS: J60 DS: J60 DS: J60 DS: J60 Tindakan 90.59	DS: J60 DS: J60 DS: J60 DS: J60 Tindakan 90.59	DS: J60 DS: J60 DS: J60 DS: J60 Tindakan 90.59	DS: J60 DS: J60 DS: J60 DS: J60 Tindakan 90.59	DS: J60 DS: J60 DS: J60 DS: J60 Tindakan 90.59

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

11. 10195	berita regional literasi di era digital	KU: RPP, konsep di lingkungan literasi digital	jenis laporan	jenis sumber	DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0
					DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0
12. 10170	77	ku: web berita, rps, rps, media sosial, berita, artikel, video, dan foto	jenis laporan	jenis sumber	DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0
					DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0
13. 10324	36	ku: berita, rps, media sosial, berita, artikel, video, dan foto	jenis laporan	jenis sumber	DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0
					DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0
14. 10105	41	ku: berita, rps, media sosial, berita, artikel, video, dan foto	jenis laporan	jenis sumber	DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0
					DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0	DU: K.0.0

PERPUSTAKAAN
 UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
 YOGYAKARTA

Indikator no. desk gr 1 deskripsi lulusan	Uk. FKD, RD, Rasa	Terdapat: 51.21, 90.29, 87.49, 89.52	Terdapat: 51.23, 90.14, 51.25, 91.94, 87.48, 89.52, 87.49, 89.52	Terdapat: 51.23, 90.14, 51.25, 91.94, 87.48, 89.52, 87.49, 89.52	Terdapat: 51.23, 90.14, 51.25, 91.94, 87.48, 89.52, 87.49, 89.52
1.5. 187799 16 obs profesi anatomia parturi	KU: tidak mau melihat saudara? HAMES dan lumen (+) FPS, vask 1 HAMES, as terdapat raba raba (vask), as terdapat raba raba (+) vask? RFD? v anatom (+)	gunduk flosas, RD, stomat, sok, otitis, otodrenk M.01, M.02, M.03	DK: 800 DK: E880A A16.0 Tindakan: M.01, M.02, M.03	DK: A16.5 DK: A16.7 DK: E880A, E86 E880 L, K29.7 Tindakan: M.01, M.02, M.03, 98.45, 98.59	Kak DU tidak sosial dengan cama ditert kode B01 Thesus sistem Jah. 87.49 RFD Chart A.001
1.6. 182271 20 IT	KU: kerna. RFG. HAJIT COP, apogila sua, CXD ST 5. kperkole ala, anoma, vok kudo pati a	III, otof, as stomat, lok, E11.9 E11.9	DK: 111.2 DK: 857.0, S09.0, E11.9 Tindakan: 90.56, 98.09, 87.49, 89.52, 98.72	DK: 111.2 DK: R57.0, E86 R57A, E11.9 Tindakan: 90.58 84.85, 98.32, 87.48, 87.49, 89.52, 89.52	DK: 111.2 DK: 111.9 DK: 111.2 DK: 121.2 Tindakan: 98.52, 98.58, 98.59, 87.49
1.7. 182979 44 obs sua bengkak anoma leukoid, sva spak (+) (R) (+) (R) (+) (R)	KU: pateristik sptk 3 h VI kuli kulkak. R99. 3hr as sptk sva bengkak anoma leukoid, sva spak (+) (R) (+) (R) (+) (R)	COP, IT 20% (R) (R) AR sptk sptk	DK: 111.9 DK: 111.9 DK: 121.2 Tindakan: 98.52, 98.58, 98.59, 87.49	DK: 111.9 DK: 111.9 DK: 121.2 DK: 121.2 Tindakan: 98.52, 98.58, 98.59, 87.49	DK: 111.9 DK: 111.9 DK: 121.2 DK: 121.2 Tindakan: 98.52, 98.58, 98.59, 87.49

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
PERPUSTAKAAN
YOGYAKARTA

22	182088	spring HT	KL: peng. berpikir, literasi, PSP, on lecture literasi, peng. berpikir + 2 buku: mari, pers, nafas awal budidaya, via HT 1A. informasi, 5 hr + 8 pmh transformasi dari buku, non buku. KPS, HT (+) di plem lebih dari 10 liter. sangat (+)	monera genetik genetik ISK. Mendelian	cek (A), BID Mans. Schulze, P	DE: 115.4 DE: 215.4, 101.0	DU: 110 DU: 210.6, 100.0	DI: 110 DI: 210.6, 100.0	115.4 (Secondary Expression Library) Library tidak sesuai dengan diagnosa dokter.
23	182088	analis partisi	KL: sekr. 91%; sek rupa. dari 100% dari 100 restruktur	monera genetik genetik ISK Mendelian	cek (A), BID Mans. Schulze, P	DE: 115.4 DE: 215.4, 101.0	DU: 110 DU: 210.6, 100.0	DI: 110 DI: 210.6, 100.0	115.4 (Secondary Expression Library) Library tidak sesuai dengan diagnosa dokter.
24	182088	analis partisi	KL: sekr. 91%; sek rupa. dari 100% dari 100 restruktur	monera genetik genetik ISK Mendelian	cek (A), BID Mans. Schulze, P	DE: 115.4 DE: 215.4, 101.0	DU: 110 DU: 210.6, 100.0	DI: 110 DI: 210.6, 100.0	115.4 (Secondary Expression Library) Library tidak sesuai dengan diagnosa dokter.
25	182088	analis partisi	KL: sekr. 91%; sek rupa. dari 100% dari 100 restruktur	monera genetik genetik ISK Mendelian	cek (A), BID Mans. Schulze, P	DE: 115.4 DE: 215.4, 101.0	DU: 110 DU: 210.6, 100.0	DI: 110 DI: 210.6, 100.0	115.4 (Secondary Expression Library) Library tidak sesuai dengan diagnosa dokter.

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
PERPUSTAKAAN
YOGYAKARTA

34-3 KFD per ora	berat: jam 06.30 wib, bekar revisi: jam 08.30 wib, bekar lokus: lokus diarah, bekar KFD 2 konsep: jam 04.30, wif konsep: jam 04.30, wif konsep: jam 04.30, wif	berat pretra, KFD 2 lokus, konsep	080.1, 081.1, 237.0	080.1, 081.1, 237.0	081.1, 082.1, 237.0	081.1, 082.1, 237.0
24. H4352 pdr 99	KU: maudruy pring smpg prest. RPS: mak ruah nggah/ smpg prest. ruah nggah/ smpg prest. ruah nggah/ smpg prest. ruah nggah/ smpg prest. ruah nggah/ smpg prest.	AFF-duk, RPS, Cyntia, pdr pdr pdr pdr pdr pdr	080.1, 081.1, 237.0	080.1, 081.1, 237.0	081.1, 082.1, 237.0	081.1, 082.1, 237.0
25. H4323 HRSIM 36	KU: maudruy pring smpg prest. RPS: mak ruah nggah/ smpg prest. ruah nggah/ smpg prest. ruah nggah/ smpg prest. ruah nggah/ smpg prest. ruah nggah/ smpg prest.	AFF-duk, RPS, Cyntia, pdr pdr pdr pdr pdr	080.1, 081.1, 237.0	080.1, 081.1, 237.0	081.1, 082.1, 237.0	081.1, 082.1, 237.0
26. H4274 pdr 99	KU: maudruy pring smpg prest. RPS: mak ruah nggah/ smpg prest. ruah nggah/ smpg prest. ruah nggah/ smpg prest. ruah nggah/ smpg prest.	AFF-duk, RPS, Cyntia, pdr pdr pdr pdr pdr	080.1, 081.1, 237.0	080.1, 081.1, 237.0	081.1, 082.1, 237.0	081.1, 082.1, 237.0

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

DSM, ICD Anothers ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8	ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8	ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8	ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8	ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8
DSM, ICD Anothers ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8	ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8	ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8	ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8	ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8
DSM, ICD Anothers ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8	ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8	ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8	ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8	ICD-10 ICD-11 ICD-9 ICD-8

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

Angka	Angka	Angka	Angka	Angka	Angka	Angka	Angka	Angka	Angka
35	111643 S2	CA problema mekanisme sistem operasi chiffre/fitur	RU: teori parafrasis mendeskripsikan jaringan, definisinya, fungsi chiffre/fitur	CA DC MGT	DC MGT	DC MGT	DC MGT	DC MGT	DC MGT
36	111644 S2	111643 S2	111643 S2	111643 S2	111643 S2	111643 S2	111643 S2	111643 S2	111643 S2
37	111645 S2	111644 S2	111644 S2	111644 S2	111644 S2	111644 S2	111644 S2	111644 S2	111644 S2

PERPUSTAKAAN
 UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
 YOGYAKARTA

38	14323	Asisten 67	Kelembagaan RPS, dan lain-lain kelembagaan kelembagaan kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan
39	14324	Asisten 68	Kelembagaan RPS, dan lain-lain kelembagaan kelembagaan kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan
40	14325	Asisten 69	Kelembagaan RPS, dan lain-lain kelembagaan kelembagaan kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan	Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan Kelembagaan

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

no	jenis per pelayanan	nama	lokasi	jumlah	total	total
55	layang desain lagu	SK: perencanaan dengan desain layang tahap 1 rencana desain layang RPS: as final dan pelaksanaan layang dan 2. materi desain dengan bentuk rillat 1), desain akhir sambutan, rps layang 2 hadi rps layang dengan desain 1, dan 17 lain layang 4)	layang desain desain	DK: 499.9 DK: 206.9	DK: 499.9 DK: 206.9	DK: 744.9 DK: 196.9
56	layang desain lagu	SK: perencanaan dengan desain layang tahap 1 rencana desain layang RPS: as final dan pelaksanaan layang dan 2. materi desain dengan bentuk rillat 1), desain akhir sambutan, rps layang 2 hadi rps layang dengan desain 1, dan 17 lain layang 4)	layang desain desain	DK: 499.9 DK: 206.9	DK: 499.9 DK: 206.9	DK: 744.9 DK: 196.9
57	layang desain lagu	SK: perencanaan dengan desain layang tahap 1 rencana desain layang RPS: as final dan pelaksanaan layang dan 2. materi desain dengan bentuk rillat 1), desain akhir sambutan, rps layang 2 hadi rps layang dengan desain 1, dan 17 lain layang 4)	layang desain desain	DK: 499.9 DK: 206.9	DK: 499.9 DK: 206.9	DK: 744.9 DK: 196.9

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
PERPUSTAKAAN
YOGYAKARTA

										diagnose dokter:	
04	10313018	demam, DHF, SP	KU: demam sejak jumat, RPS, panas sejak 4 hr vll, batuk pilek, muntah mencret	DHF BSPN	cek darah rutin, no thorax	DU: A90 DU: A91 DS: J18.0 Tindakan : 90,59, 87,49	DU: A90 DS: J18.0 Tindakan : 90,59, 87,49				
									40	24	63%

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa Aspek accuracy yaitu mengukur kesesuaian antara kode yang digunakan dan dokumentasi klinis yang tersedia. Dalam penelitian ini, tingkat akurasi kode klinis sebesar 63%, dan 37% berkas. Dengan rincian yaitu, berkas yang akurat sebanyak 40 dan yang tidak akurat sebanyak 24 berkas. Salah satu contoh ketidakakuratannya yaitu, dokter menuliskan *Dengue Fever* tanpa pemeriksaan penunjang, dengan hasil terdapat 2 kode yang ditetapkan yaitu, diagnosis utama kodenya A90 (*Dengue Fever (Classical Dengue)*) dan Diagnosis Sekunder kodenya R57.2 (*Septic shock*), berdasarkan hasil analisis dari Ahli Coder, kode yang digunakan cukup A90 saja. Selain itu, contoh untuk ketidakakuratan tindakan yaitu, dokter menuliskan pada kolom tindakan berupa DC dan NGT, tetapi kode yang ditetapkan yaitu 90.59 (*Other Microscopic Examination of Blood*), dimana kode tersebut merupakan kode untuk pemeriksaan laboratorium.

Angka ini mengindikasikan bahwa masih terdapat kesenjangan cukup besar dalam pemilihan kode, baik kode diagnosis maupun tindakan. Kesalahan paling sering adalah:

- a. Penggunaan kode unspecified padahal informasi spesifik terdapat di rekam medis.
 - b. Penempatan diagnosis utama yang tidak sesuai dengan kaidah WHO dan INA-CBG's, misalnya menjadikan komplikasi sebagai diagnosis utama.
 - c. Pemberian kode tindakan meski tidak ada catatan prosedur pendukung.
- Kesalahan pengkodean seperti ini tidak hanya berdampak pada nilai klaim yang diterima rumah sakit, tetapi juga dapat menyebabkan klaim masuk ke status pending dan memerlukan waktu perbaikan tambahan, yang berimbas pada arus kas rumah sakit.

3. Faktor-Faktor yang mempengaruhi ketepatan Coding

- a. Perbedaan pemahaman dalam penerapan pedoman antar Coder

Ketepatan pengodean diagnosis dan tindakan medis sangat bergantung pada pemahaman coder terhadap standar dan pedoman yang berlaku. Berdasarkan hasil wawancara dalam penelitian ini, diketahui

bahwa pedoman pengodean di RSUD Muhammadiyah Bantul telah menggunakan acuan resmi, seperti tertuang dalam PMK, PPK, DPM dan PNPK. Standar ini berlaku bagi seluruh kegiatan pengodean di puskesmas.

Hal tersebut diperkuat dengan hasil wawancara sebagai berikut :

"Standarnya itu banyak dek, ada PMK—itu dari Kemenkes, ngatur soal INA-CBG's. Terus ada PPK, ada juga DPM, itu yang dari BPJS, dibikin bareng KSM. Terakhir ada PNPK, yang dari Kemenkes juga, jadi semuanya itu jadi acuan coder."

Dalam pelaksanaannya, standar pengodean juga mengacu pada sejumlah pedoman nasional, seperti PMK (Peraturan Menteri Kesehatan) terkait INA-CBG's, DPM (Daftar Penyakit dan Masalah Kesehatan) yang disusun oleh BPJS bersama KSM (Kelompok Staf Medis) spesialis, serta PNPK (Panduan Nasional Praktik Kedokteran) dari Kementerian Kesehatan yang bersifat nasional. Meskipun pedoman dan prosedur tersebut sudah tersedia, implementasi di lapangan masih dipengaruhi oleh pemahaman masing-masing coder terhadap dokumen-dokumen tersebut, yang dalam beberapa kasus belum dimanfaatkan secara maksimal. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan pada kutipan berikut:

"Keputusan mengode seharusnya sama, tapi tingkat pemahaman dan keyakinan tiap orang bisa berbeda."

Hal ini menunjukkan bahwa walaupun secara sistem dan dokumen rumah sakit telah mendukung proses pengodean yang sesuai standar, perlu dilakukan penguatan kapasitas SDM dan pemantauan rutin untuk memastikan penerapannya berjalan optimal.

Adapun dampak dari perbedaan pemahaman ini yaitu, terdapat kode yang dihasilkan oleh Coder yang berbeda memiliki hasil yang berbeda pula, salah satu contohnya terdapat pada data pending klaim berikut, dokter menuliskan Appendiksitis akut dengan pemeriksaan *Laparoscopy*. Coder 1 memberikan hasil kode yaitu K35.8 (*Acute appendicitis, other and unspecified*) dan 47.01 (*Laparoscopic appendectomy*), sedangkan Coder 2

memberikan hasil kode K35.8 (*Laparoscopic appendectomy*) dengan hasil pemeriksaan 90.59 (*Other microscopic examination of blood*) dimana kode tersebut digunakan untuk pemeriksaan darah. Perbedaan ini bisa muncul karena adanya perbedaan pemahaman antar *Coder* ketika pengambilan keputusan.

b. Ketidakteklian antar *Coder*

Meskipun pengodean diagnosis dan tindakan klinis telah memiliki dasar yang jelas melalui pedoman seperti ICD dan regulasi BPJS, hasil wawancara menunjukkan bahwa tingkat konsistensi antar *coder* dalam menetapkan kode masih bervariasi. Hal ini disebabkan oleh perbedaan tingkat pemahaman, interpretasi terhadap kasus, serta keterbaruan informasi yang dimiliki masing-masing *coder*. Dalam praktiknya, satu kasus klinis yang sama seperti pasien dengan diabetes mellitus (DM) yang menjalani hemodialisis (HD) dapat diberi urutan kode berbeda oleh *coder* yang satu dan lainnya. Ada yang mengutamakan DM sebagai diagnosis utama karena GDS tinggi, ada pula yang memprioritaskan CKD karena pasien rutin HD. Hal ini disampaikan oleh salah satu informan sebagai berikut:

"Kadang tuh beda-beda ya dek, misal pasien datang dengan gula darah tinggi, tapi dia juga pasien HD. Nah kadang diagnosa utamanya itu bisa CKD dulu, bisa juga DM dulu, tergantung siapa yang ngoding. Kalau aku lihat GDS-nya tinggi, ya aku DM dulu toh, tapi temenku mungkin lihatnya dari sisi HD, jadi CKD dulu. Itu kan ngaruh ke tarifnya toh. Harusnya sih sama, tapi ya pemahaman dan kemandirian masing-masing *coder* itu beda-beda, nah itu."

Perbedaan hasil pengodean ini umumnya disebabkan oleh perbedaan pemahaman, cara pandang, serta keyakinan masing-masing *coder* terhadap data medis yang tersedia, khususnya dalam kasus-kasus dengan lebih dari satu kemungkinan diagnosis utama.

Selain itu, perbedaan ini juga kerap disebabkan oleh kurangnya pembaruan pengetahuan dari sebagian *coder*, sehingga hasil pengodean bisa berbeda tergantung siapa yang mengerjakannya. Hal ini menegaskan

pentingnya penyamaan persepsi, pembaruan ilmu secara berkala, serta penguatan pemahaman terhadap regulasi terbaru agar pengodean yang dihasilkan lebih konsisten dan sesuai dengan standar yang berlaku. Hal ini diperkuat dengan hasil yang disampaikan oleh salah satu informan sebagai berikut:

"Sekarang kan ada yang baru dari BPJS, namanya DRG itu loh. Jadi kadang masih ada selisih perbedaan sedikit, tapi sebenarnya kalau dilihat dari nominalnya ya sama aja. Cuma ya memang butuh kesepakatan, misal kalau ketemu kasus seperti ini ya disepakati pakai kode yang itu. Soalnya dokter kan kadang nggak tau detail kodenya, ya akhirnya tergantung coder-nya gimana menterjemahkan diagnosis dokter, tapi tetap ngikutin kaidah pengodean."

c. Keterbatasan sistem pendukung

Monitoring terhadap ketepatan hasil pengodean diagnosis dan tindakan merupakan salah satu aspek penting dalam menjamin kualitas klaim rumah sakit. Namun, hasil wawancara menunjukkan bahwa praktik monitoring di lapangan masih dilakukan dengan cara yang beragam serta belum dilaksanakan secara rutin dan terstruktur. Beberapa coder menyatakan bahwa tidak ada monitoring khusus karena merasa pengodean sudah sesuai dengan PPK yang berlaku. Hal tersebut disampaikan dalam wawancara sebagai berikut:

"Monitoring rutin terhadap ketepatan kode drasa tidak diperlukan jika proses pengodean sudah sesuai dengan PPK yang berlaku."

Selain itu, Ketersediaan alat bantu seperti checklist atau panduan praktis sangat penting dalam mendukung ketepatan dan konsistensi proses pengodean diagnosis dan tindakan. Namun, berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa sistem pendukung berupa checklist resmi untuk pengodean belum tersedia secara optimal di lingkungan kerja coder. Salah satu informan bahkan menyatakan bahwa ia menyusun catatan sendiri dalam bentuk file Excel sebagai bentuk inisiatif pribadi untuk membantu

memahami dan mengikuti aturan pengodean yang terus berkembang. Seperti yang disampaikan pada kutipan berikut :

"Karena masih dalam proses belajar coding dan latar belakang akademis saya terbatas, saya membuat catatan sendiri dalam bentuk Excel untuk mencatat aturan pengodean. Jika masih bingung, saya membuka referensi ICD-10 dan ICD-9-CM sebagai acuan."

Hal ini menunjukkan bahwa sebagian coder masih mengandalkan cara belajar mandiri dan pengalaman lapangan, karena belum adanya sistem dokumentasi terstruktur yang dapat dijadikan rujukan bersama.

d. Kendala teknis dalam pengodean

Dalam proses pengodean, diagnosis sekunder sering kali menjadi elemen yang dipertimbangkan secara fleksibel tergantung pada kelengkapan data klinis dan kebijakan penjaminan. Berdasarkan hasil wawancara, ditemukan bahwa tidak semua diagnosis sekunder dikodekan, terutama jika tidak memiliki dukungan penunjang atau terapi yang sesuai dengan ketentuan dari BPJS. Beberapa coder memilih untuk tidak mengode diagnosis sekunder seperti gastritis atau hipalbumin jika data tidak memengaruhi tarif INA-CBG's atau jika syarat pengkodeannya, seperti hasil laboratorium dan terapi yang direkomendasikan, tidak terpenuhi. Meskipun diagnosis tersebut tercantum dalam resume medis, coder tetap harus melakukan penilaian apakah diagnosis tersebut layak diklaim atau hanya sebatas dokumentasi medis. Hal ini seperti yang disampaikan oleh salah satu informan sebagai berikut:

"Misalnya Hipalbumin, meskipun pasien dapat Octalbin, kalau hasil lab nya 3 (bukan di bawah 2,5), ya tetap nggak dikode karena nggak memenuhi syarat diagnosis sekunder."

Situasi ini menunjukkan bahwa pengodean diagnosis sekunder memerlukan ketelitian tinggi, pengetahuan terbaru terhadap aturan penjaminan, dan dokumentasi medis yang memadai, agar dapat dilakukan secara tepat dan tidak merugikan rumah sakit dalam proses klaim.

e. Minimnya pelatihan

Pelatihan dan pengembangan kompetensi merupakan aspek penting dalam menjaga kualitas pengodean diagnosis dan tindakan di fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa akses terhadap pelatihan formal bagi coder masih bersifat terbatas dan tidak merata, baik dari segi frekuensi maupun keterlibatan peserta. Beberapa informan menyampaikan bahwa pelatihan bersifat insidental dan sangat tergantung pada anggaran rumah sakit, sehingga hanya beberapa orang saja yang ditunjuk atau mewakili dalam kegiatan tertentu. Selain itu, karena biaya pelatihan relatif mahal, sebagian coder memilih untuk mengikuti seminar-seminar secara mandiri, bahkan membiayai sendiri jika merasa perlu menambah wawasan, khususnya terkait pengodean. Hal ini seperti yang disampaikan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

"Pelatihan jarang diikuti karena biayanya mahal. Biasanya hanya ikut seminar-seminar yang berkaitan dengan coding secara mandiri. Saya sendiri pernah ikut pelatihan dasar ICD sekali, itu pun sudah lama sekali."

Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun ada kesadaran pentingnya pengembangan kompetensi, akses yang tidak merata serta belum adanya sistem pelatihan berkelanjutan secara formal masih menjadi tantangan, yang berdampak pada kesenjangan pemahaman antar coder terhadap aturan dan standar pengodean terbaru.

f. Ketidakefektifan dokumentasi medis

Dalam proses pengodean diagnosis dan tindakan medis, ketersediaan data penunjang seperti hasil laboratorium, radiologi, maupun pencatatan medis yang lengkap menjadi faktor kunci dalam menentukan akurasi kode. Hasil wawancara menunjukkan bahwa coder sering menghadapi kesulitan dalam menetapkan kode karena terbatasnya informasi pendukung dalam rekam medis. Kondisi seperti diagnosis yang hanya tertulis sebagai "fever" atau "abdominal pain" tanpa adanya hasil pemeriksaan tambahan, membuat coder kesulitan untuk menetapkan kode yang tepat karena tidak memenuhi kaidah pengodean yang berlaku. Sebagaimana yang disampaikan dalam kutipan berikut:

"Sering ditemui diagnosis yang belum spesifik, seperti hanya *Fever* atau *Abdominal pain*, tanpa pemeriksaan penunjang seperti USG atau lab. Kadang memang hanya ditulis *Fever* tanpa kejelasan lebih lanjut."

Kendala serupa juga terjadi saat terdapat perbedaan antara tindakan medis yang tertulis dengan dokumentasi pendukung yang minim atau tidak lengkap. Misalnya, tindakan debridemen yang ditulis ambigu antara eksisi atau pembersihan luka, sehingga coder harus menelusuri lebih dalam atau melakukan klarifikasi ke DPJP. Selain itu, kasus-kasus baru yang jarang muncul juga menjadi tantangan tersendiri karena menuntut coder untuk kembali membuka referensi pengode. Seperti yang disampaikan dalam kutipan berikut:

"Pernah mengalami kebingungan saat menentukan tindakan, misalnya antara debridemen dan eksisi. Biasanya kami cek langkah-langkah tindakannya dulu. Kalau masih belum jelas, kami konfirmasi ke DPJP. Kesulitan juga muncul saat pencatatan tidak lengkap, diagnosis penunjang kurang, atau ada diagnosis baru dan jarang ditemukan, sehingga perlu membuka buku lagi untuk memastikan."

Situasi ini diperburuk dengan ketidakkonsistenan atau ketidaklengkapan pencatatan oleh dokter, sehingga coder harus melakukan interpretasi atau bahkan menghindari pengodean diagnosis tertentu demi menghindari klaim tidak layak. Temuan ini menggarisbawahi pentingnya kolaborasi yang baik antara tim medis dan coder serta perlunya pencatatan medis yang komprehensif sebagai landasan utama dalam pengodean yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

g. Kurangnya komunikasi langsung dengan dokter

Klarifikasi terhadap ketidakjelasan diagnosis atau data medis merupakan bagian penting dalam proses pengodean, terutama untuk memastikan bahwa kode yang ditetapkan sesuai dengan kondisi klinis pasien dan memenuhi ketentuan penjaminan. Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa mekanisme komunikasi antara coder dengan pihak medis dilakukan secara bertahap dan beragam, tergantung situasi dan struktur organisasi di rumah sakit. Sebagian besar informan

menyatakan bahwa klarifikasi awal dilakukan melalui atasan langsung atau dokter verifikator, sebelum berlanjut ke DPJP (dokter penanggung jawab pelayanan) apabila masih ditemukan keraguan atau ketidaksiharian. Sebagaimana disampaikan dalam kutipan berikut :

"Proses klarifikasi biasanya dilakukan bertahap, dimulai dari coder ke atasan langsung seperti kepala puskesmas atau dokter verifikator. Jika masih ada kebingungan atau informasi belum jelas, barulah diteruskan ke DPJP atau KSM. Hal ini dilakukan karena tidak semua coder memiliki akses langsung ke DPJP.

Beberapa coder menyebutkan bahwa mereka tidak berhubungan langsung dengan DPJP karena tidak memiliki akses kontak, sehingga harus melalui perantara seperti kepala unit atau verifikator.

C. Pembahasan

L. Ketepatan Kode Klinis Dari Aspek *Completeness*

Completeness merupakan kelengkapan penulisan kode diagnosis, yang mencakup diagnosis utama (primer) sebagai alasan utama pasien dirawat, diagnosis sekunder yang mendukung atau memperjelas kondisi pasien (jika terdapat), serta kode tindakan medis atau prosedur yang dilakukan selama masa perawatan (jika tersedia). Kelengkapan ini sangat penting karena berpengaruh langsung terhadap keakuratan klaim pembiayaan, analisis data klinis, dan pengambilan keputusan manajerial rumah sakit. Ketidaklengkapan kode dapat menyebabkan klaim pending atau ditolak, serta berisiko menimbulkan kesalahan informasi dalam data rekam medis elektronik. Oleh karena itu, memastikan *completeness* merupakan bagian krusial dalam menjaga mutu dokumentasi medis dan menjamin proses klaim berjalan lancar sesuai ketentuan dari BPJS Kesehatan atau sistem pembiayaan lainnya (K. S. Nasution & Hosizah, 2020).

Sejalan dengan penelitian ini, temuan dari (Oktavianiza & Reza, 2022) menyebutkan bahwa Berkas klaim mengalami status pending karena terdapat kendala dalam proses perbaikan kode. Permasalahan tersebut mencakup

beberapa aspek, antara lain kelengkapan data coding yang belum sesuai standar, seperti adanya kode yang tidak lengkap atau tidak akurat. Selain itu, informasi penunjang seperti hasil anamnesis dan pemeriksaan penunjang medis (laboratorium, radiologi, dsb.) dinilai kurang memadai untuk mendukung diagnosis yang diklaim. Kendala lainnya adalah kesalahan dalam penempatan diagnosis, di mana diagnosis utama dan sekunder tidak disusun sesuai dengan pedoman pengodean yang berlaku, sehingga menimbulkan ketidaksesuaian dalam proses verifikasi klaim.

Dari tabel 4.4 diketahui bahwa angka *Completeness* mencapai 97%. Dengan rincian yaitu berkas lengkap sebanyak 62, dan tidak lengkap sebanyak 2 berkas. Dari 2 berkas tersebut, terdapat ketidaklengkapan dalam diagnosa sekunder yang tidak diberi kode dan lainnya yaitu terdapat tindakan yang belum diberi kode.

Dari hasil analisis juga ditemukan bahwa terdapat 2 berkas rekam medis yang tidak lengkap. Sebagai contoh yaitu kasus pasien datang dengan Kondisi utama sesak nafas, Riwayat Penyakit Sekarang sesak nafas, disertai batuk dan tak mau makan, dan tidak ada riwayat penyakit dahulu. Diketahui diagnosis yang ditetapkan oleh dokter yaitu, anoreksia geriatri, pneumonia, serta dihidrasi dengan pemeriksaan cek lab, RO Thorax, dan Nebulizer. Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2147/2023 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Pneumonia Pada Dewasa. Diagnosis pneumonia dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang seperti radiologi dan laboratorium. Gejala serta tanda klinis tidak cukup akurat untuk memastikan pneumonia. Diagnosis pasti dapat ditegakkan apabila pemeriksaan radiologi menunjukkan adanya infiltrat, opasitas, konsolidasi, atau air bronchogram, yang disertai dengan timbulnya gejala dan tanda seperti di bawah ini:

- a. Batuk
- b. Nyeri dada
- c. Sesak nafas

- d. Perubahan karakteristik sputum/purulent
- e. Suhu tubuh $> 38^{\circ}\text{C}$ (aksila)/riwayat demam
- f. Pada pemeriksaan fisis dapat ditemukan tanda-tanda konsolidasi, suara napas bronkial dan ronki.
- g. Jumlah leukosit $> 10.000 \text{ sel}/\mu\text{L}$ atau $< 4500 \text{ sel}/\mu\text{L}$ dengan peningkatan neutrofil batang atau immature granulocytes.

Adapun pemeriksaan penunjang guna mendukung penegakkan diagnosis

Pneumonia yaitu:

a. Pemeriksaan Radiologi

Tanda dan gejala klinis saja memiliki tingkat akurasi yang rendah untuk menegakkan diagnosis pneumonia komunitas. Oleh karena itu, pemeriksaan radiologi diperlukan sebagai pemeriksaan penunjang, terutama pada pasien dengan gambaran klinis yang sesuai. Hasil radiologi yang dapat mendukung diagnosis pneumonia komunitas meliputi konsolidasi, infiltrat, opasitas, nodul, dan penebalan dinding bronkial.

b. Pemeriksaan Mikrobiologi

Pemeriksaan mikrobiologi diperlukan untuk mengidentifikasi kuman penyebab pneumonia dengan menggunakan sampel seperti sputum, darah, aspirat endotrakeal, aspirat jaringan paru, atau bilasan bronkus. Pengambilan sampel melalui prosedur invasif, misalnya bronkoskopi, umumnya hanya dilakukan pada kasus pneumonia berat atau pneumonia yang tidak menunjukkan respons terhadap antibiotik. Identifikasi patogen penyebab seringkali sulit dan membutuhkan waktu beberapa hari, sedangkan pneumonia dapat berakibat fatal bila tidak segera diobati. Oleh karena itu, terapi awal diberikan menggunakan antibiotik secara empiris.

Meskipun demikian, penentuan penyebab spesifik pneumonia tetap penting karena dapat memengaruhi penatalaksanaan yang sebelumnya bersifat empiris. Pemeriksaan lanjutan dilakukan berdasarkan dugaan patogen sesuai dengan data klinis dan epidemiologis, sehingga penggunaan antibiotik dapat diperluas (eskalasi), dipersempit (deeskalasi), atau diganti sesuai hasil uji kepekaan kuman.

Kode yang ditetapkan oleh koder rumah sakit pada kasus tersebut yaitu, Diagnosa Utama J98.9 (*Respiratory disorder, unspecified*), dan tidak menetapkan kode diagnosis sekunder. Hal ini masuk ke dalam aspek *Completeness*. Dimana seharusnya terdapat diagnosa sekunder yaitu R63.0 (*Anorexia*) dan E86 (*Volume depletion, Incl: Dehydration*). Ketidakeengkapan ini pada umumnya disebabkan oleh beberapa faktor, di antaranya:

- a. Tidak tercantumnya salah satu diagnosis penyerta yang relevan

Pada beberapa kasus, diagnosis penyerta yang memiliki pengaruh terhadap kondisi pasien atau menentukan kompleksitas perawatan tidak dicantumkan di dalam ringkasan medis. Hal ini dapat terjadi karena kurang teliti dalam membaca keseluruhan catatan perkembangan pasien, atau akibat interpretasi yang tidak konsisten antara dokter dan petugas coding mengenai relevansi diagnosis tersebut.

- b. Kode tindakan medis tertentu tidak dimasukkan meskipun jelas tercantum dalam resume medis pasien

Terdapat temuan di mana prosedur medis yang dilakukan selama perawatan, seperti tindakan pemeriksaan penunjang atau prosedur terapeutik, telah dicatat dalam resume medis namun tidak dikodekan ke dalam sistem. Ketiadaan kode tindakan ini dapat membuat catatan layanan menjadi kurang representatif dan berpotensi memengaruhi nilai klaim.

- c. Adanya kemungkinan interpretasi subjektif atau kelalaian dari coder dalam menangkap seluruh informasi yang tercantum pada berkas rekam medis

Coder mungkin melewatkan informasi penting karena beban kerja yang tinggi, keterbatasan waktu, atau kurangnya pemahaman terhadap konteks klinis kasus. Dalam beberapa situasi, coder dapat mengandalkan interpretasi pribadi yang berbeda dari pedoman resmi, sehingga mengakibatkan data yang didapat menjadi tidak lengkap.

Walaupun secara kuantitatif jumlah berkas yang tidak lengkap ini relatif kecil, dampaknya tetap signifikan terhadap kelancaran proses administrasi klaim JKN. Berkas rekam medis yang tidak lengkap sering kali terdeteksi oleh sistem verifikasi BPJS Kesehatan dan masuk ke dalam status "pending", yang

artinya klaim tersebut tidak dapat langsung diproses untuk pembayaran. Kondisi ini dapat menyebabkan keterlambatan penerimaan dana klaim yang pada gilirannya mempengaruhi stabilitas arus kas rumah sakit. Jika ketidaklengkapan ini tidak segera diperbaiki, risiko akumulasi klaim tertunda akan semakin besar, yang bisa berdampak pada operasional dan kemampuan rumah sakit dalam menyediakan layanan optimal bagi pasien.

2. Ketepatan Kode Klinis Dari Aspek *Accuracy*

Accuracy merupakan kesesuaian antara diagnosis yang ditetapkan oleh dokter dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dengan kode diagnosis dan tindakan yang ditetapkan oleh clinical coder merupakan indikator penting dalam menjamin akurasi dan validitas data klinis. Proses ini mengacu pada kaidah klasifikasi internasional, yaitu ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan atau prosedur, yang digunakan sebagai standar dalam sistem pelayanan kesehatan, termasuk dalam sistem klaim pembiayaan BPJS Kesehatan. Kesesuaian ini mencerminkan adanya sinkronisasi antara dokumentasi klinis oleh dokter dan interpretasi kode oleh coder, sehingga menghasilkan data yang konsisten, dapat dipertanggungjawabkan, dan sesuai dengan pedoman nasional maupun internasional. Ketidakesesuaian dalam proses ini dapat berakibat pada pending atau penolakan klaim, kesalahan analisis data, dan menurunnya mutu dokumentasi medis. Oleh karena itu, diperlukan komunikasi yang baik antara dokter dan coder, serta penguatan pemahaman coder terhadap konteks klinis untuk memastikan pengodean dilakukan secara tepat dan relevan (K. S. Nasution & Hosizah, 2020).

Dari tabel 4.7 diketahui bahwa angka *Accuracy* mencapai 63%, dengan rincian yaitu, berkas akurat sebanyak 40, dan yang tidak akurat sebanyak 24 berkas. Dari 24 berkas yang tidak akurat, terdapat sebanyak 10 berkas dengan kasus dimana seharusnya tidak dikode tetapi diberi kode atau sebaliknya. Dan 14 berkas dengan kasus kode tidak tepat ataupun digi kode tidak tepat. Sebagai contoh kasus seharusnya tidak dikode tetapi diberi kode atau sebaliknya yaitu kasus pasien datang dengan kondisi utama muntah-muntah >15x, minum +

tadi pagi sudah periksa ke PKU keluhan belum berkurang+. Riwayat Penyakit Sekarang, muntah 3-5x sejak pagi ini, demam-, dare-, begil-, mual muntah sejak semalam 5x, bab, bak dalam batas normal, sudah minum obat namun keluhan belum berkurang. Riwayat Penyakit Dahulu, tidak ada riwayat kejang, anak riwayat ISK dan balanopostitis sudah di sarankan sunat tapi belum dilaksanakan. Diketahui diagnosis yang ditetapkan oleh dokter yaitu, *Bacterial Infection, GEA, vomitus profuse* dengan tindakan cek darah rutin. Kode tindakan yang ditetapkan oleh Coder rumah sakit yaitu 90.59 (Other Microscopic Examination Of Blood) dan 90.99 (Other Microscopic Examination of Specimen from Lower Gastrointestinal Tract and of Stool), kasus tersebut masuk ke dalam kasus kode yang seharusnya diberi kode tapi tidak dikode atau sebaliknya karena terdapat kode 90.99, yang dimana tidak terdapat dalam catatan keterangan tindakan yang diberikan oleh dokter, meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa tindakan tersebut memang dilakukan.

Selanjutnya yaitu contoh kasus kode tidak tepat ataupun digit kode tidak tepat yaitu pasien datang dengan Kondisi Utama nyeri perut. Riwayat Penyakit Sekarang yaitu nyeri perut tiba-tiba muncul disertai mual, dan tidak terdapat Riwayat Penyakit Dahulu. Dokter menuliskan diagnosa yaitu Kolelitiasis simptomatik dengan tindakan laparoscopy dan kolesistektomi. Kolelitiasis atau batu empeda merupakan terbentuknya kristal yang dapat berada di dalam kandung empeda, saluran empeda, maupun keduanya. Batu empeda dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu batu kolesterol, batu pigmen (batu bilirubin), dan batu campuran. Batu pigmen terbagi menjadi dua jenis, yaitu pigmen coklat dan pigmen hitam, sedangkan batu kolesterol merupakan jenis yang paling sering ditemukan. Diagnosis kolelitiasis dapat ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pada anak, anamnesis meliputi riwayat penyakit hemolitik pada pasien maupun keluarga, sindrom metabolik, riwayat ikterus berulang, splenektomi, anemia, tanda disfungsi hati, penyakit hati kronis, riwayat keluarga dengan kematian akibat penyakit hati seperti Wilson's Disease, diare kronis, steatorrhea, penurunan berat badan, pruritus

berat seperti pada Bayler Disease, obesitas, serta faktor lain yang berhubungan dengan pembentukan batu empedu. Pemeriksaan penunjang pada kolelitiasis dapat dilakukan melalui pemeriksaan laboratorium dan radiologi. Pemeriksaan laboratorium dapat menunjukkan peningkatan kadar kolesterol serum, fosfolipid, protrombin time, sel darah putih, serta serum amilase disertai penurunan ester kolesterol dan urobilinogen. Pada kasus sindroma Mirizzi, biasanya ditemukan peningkatan ringan bilirubin serum akibat tekanan batu pada duktus koledokus. Pada pemeriksaan radiologi, foto polos abdomen umumnya kurang bermanfaat karena hanya 10–15% batu empedu yang bersifat radiopak. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) lebih banyak digunakan karena memiliki sensitivitas hingga 96% dan spesifisitas yang tinggi dalam mendeteksi kolelitiasis. USG mampu menemukan batu berukuran 2 mm dan membedakan adanya penebalan dinding kandung empedu akibat inflamasi. Pemeriksaan kolesistografi oral merupakan metode terbaik untuk menilai jenis batu, tetapi memiliki keterbatasan, misalnya pada kondisi ileus paraliik, muntah, kadar bilirubin > 2 mg/dl, obstruksi pilorus, atau obstruksi hati, karena kontras tidak dapat mencapai organ sasaran. Pemeriksaan sinogram juga dapat digunakan untuk menilai ketebalan dinding kandung empedu. Selain itu, Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) dapat memberikan visualisasi langsung saluran empedu dan pankreas. Prosedur ini dilakukan dengan memasukkan endoskop fleksibel melalui esofagus hingga ke duodenum bagian desendens. Selanjutnya, kamali dimasukkan ke dalam duktus koledokus dan pankreatikus, lalu disuntikkan bahan kontras untuk mendeteksi batu serta mengevaluasi percabangan bilier (Adhata et al., 2022). Kode yang ditetapkan oleh Coder rumah sakit yaitu Diagnosa utama K81.1 (*Chronic cholecystitis*) dimana kode tersebut tidak tepat dengan apa yang dituliskan oleh dokter, seharusnya kode yang ditetapkan adalah K80.2 (*Calculus of gallbladder without cholecystitis*).

Kesesuaian antara diagnosis yang ditetapkan oleh dokter dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dengan kode diagnosis dan tindakan yang ditetapkan oleh clinical coder merupakan indikator penting dalam menjamin

akurasi dan validitas data klinis. Proses ini mengacu pada kaidah klasifikasi internasional, yaitu ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan atau prosedur, yang digunakan sebagai standar dalam sistem pelayanan kesehatan, termasuk dalam sistem klaim pembiayaan BPJS Kesehatan. Kesesuaian ini mencerminkan adanya sinkronisasi antara dokumentasi klinis oleh dokter dan interpretasi kode oleh coder, sehingga menghasilkan data yang konsisten, dapat dipertanggungjawabkan, dan sesuai dengan pedoman nasional maupun internasional. Ketidaksesuaian dalam proses ini dapat berakibat pada pending atau penolakan klaim, kesalahan analisis data, dan menurunnya mutu dokumentasi medis. Oleh karena itu, diperlukan komunikasi yang baik antara dokter dan coder, serta penguatan pemahaman coder terhadap konteks klinis untuk memastikan pengodean dilakukan secara tepat dan relevan (K. S. Nasution & Hosizah, 2020).

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketepatan Coding

a. Perbedaan pemahaman dalam penerapan pedoman antar Coder

Prosedur standar pengodean untuk pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul dilakukan berdasarkan pedoman yang bersifat nasional dan internal rumah sakit. Secara umum, pengodean diagnosis dan tindakan dilakukan dengan mengacu pada ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk prosedur atau tindakan medis. Selain itu, proses pengodean juga diarahkan oleh sejumlah dokumen standar seperti Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) terkait sistem INA-CBG's, Panduan Praktik Klinis (PPK) dari rumah sakit, Daftar Penyakit dan Masalah Kesehatan (DPM) dari BPJS Kesehatan, serta Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK) dari Kementerian Kesehatan. Hal ini sejalan dengan (Hini et al., 2024) yang mengatakan bahwa Rumah sakit wajib memiliki dan mengikuti Standar Operasional Prosedur (SOP) sebagai acuan dalam menjalankan prosedur pelayanan pasien maupun administrasi. Penyusunan SOP tersebut harus selaras dan tidak bertentangan dengan pedoman nasional yang telah ditetapkan.

Namun, implementasinya masih menghadapi tantangan, terutama terkait perbedaan pemahaman coder terhadap isi dan penggunaan pedoman tersebut. Hal ini dapat menimbulkan variasi hasil pengodean yang berdampak pada keakuratan klaim dan rekam medis. Oleh karena itu, peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan, supervisi, dan evaluasi berkala, serta pemantauan penerapan standar, sangat penting untuk memastikan hasil pengodean yang akurat dan konsisten.

b. Ketidaktepatan antar Coder

Meskipun proses pengodean sudah mengacu pada pedoman resmi seperti ICD dan regulasi dari BPJS, hasil wawancara menunjukkan bahwa tingkat konsistensi antar coder masih bervariasi. Perbedaan ini muncul akibat beragamnya pemahaman, interpretasi terhadap kasus klinis, dan keterbaruan informasi yang dimiliki oleh masing-masing coder.

Menurut (Suryandari et al., 2024), Faktor penyebab ketidakakuratan dalam pemberian kode penyakit dapat dilihat dari tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh petugas koding. Seorang coder dituntut untuk memahami dan menguasai proses kodifikasi penyakit berdasarkan pedoman dalam buku ICD-10. Kurangnya pemahaman atau pengetahuan coder dalam menetapkan kode diagnosis dapat mengakibatkan ketidaktepatan kode yang dicantumkan pada dokumen medis pasien.

Contohnya terlihat pada kasus pasien dengan Diabetes Mellitus (DM) yang juga menjalani Hemodialisis (HD). Ada coder yang menetapkan DM sebagai diagnosis utama karena kadar GDS tinggi, sementara yang lain memilih Chronic Kidney Disease (CKD) karena mempertimbangkan frekuensi tindakan HD. Ini menunjukkan bahwa penetapan diagnosis utama sangat dipengaruhi oleh sudut pandang dan keyakinan pribadi coder, terutama pada kasus dengan lebih dari satu kemungkinan diagnosis utama.

Selain itu, minimnya pembaruan pengetahuan turut menjadi penyebab terjadinya perbedaan hasil pengodean. Oleh karena itu, diperlukan penyamaan persepsi, pelatihan berkala, dan penguatan

pemahaman terhadap regulasi terkini, agar pengodean menjadi lebih akurat, seragam, dan sesuai dengan standar yang berlaku.

c. Keterbatasan sistem pendukung

Monitoring terhadap ketepatan kode diagnosis dan tindakan sangat penting untuk menjamin kualitas klaim rumah sakit. Namun, hasil wawancara menunjukkan bahwa monitoring belum dilakukan secara rutin dan terstruktur, serta masih bergantung pada inisiatif masing-masing individu. Beberapa coder bahkan menganggap tidak perlu adanya monitoring tambahan karena merasa telah mengikuti PPK yang berlaku.

Penelitian ini sejalan dengan temuan dari (Syahputri et al., 2024), yang menyebutkan bahwa Pengawasan memiliki peran penting dalam menjamin tercapainya tujuan secara optimal, baik bagi institusi layanan kesehatan maupun bagi seluruh pegawai, termasuk tenaga medis dan non-medis. Tanpa adanya pengawasan yang efektif, keberhasilan dalam mencapai tujuan tersebut berisiko menjadi kurang maksimal.

Selain itu, alat bantu seperti checklist atau panduan praktis belum tersedia secara optimal. Akibatnya, beberapa coder harus menyusun catatan pribadi, seperti dalam bentuk file Excel, untuk mengikuti aturan pengodean yang terus berkembang. Hal ini mencerminkan bahwa sistem pendukung masih terbatas, dan coder masih mengandalkan pembelajaran mandiri karena belum tersedia dokumentasi standar yang dapat digunakan bersama.

Kondisi ini menegaskan perlunya penguatan sistem pendukung berupa monitoring terstruktur dan penyediaan alat bantu resmi untuk mendukung konsistensi dan akurasi dalam proses pengodean.

d. Kendala teknis dalam pengodean

Dalam praktiknya, pengodean diagnosis sekunder seringkali dihadapkan pada kendala teknis, terutama terkait kelengkapan data klinis dan ketentuan dari BPJS.

Hal ini sejalan dengan temuan oleh (Rozza et al., 2024). Penyebab pengembalian klaim yang masuk dalam kategori pending di unit

penjaminan klaim RS/UNS dapat dikelompokkan menjadi tiga faktor, yaitu masalah administrasi, ketidaktepatan dalam pengodean diagnosis, serta ketidaklengkapan resume medis atau dokumen penunjang lainnya. Kondisi ini umumnya dipicu oleh perbedaan pemahaman antara petugas rumah sakit dan pihak BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, dibutuhkan sistem verifikasi internal yang efektif sebelum klaim diajukan ke BPJS, guna meminimalkan risiko terjadinya klaim pending.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa tidak semua diagnosis sekunder dikodekan, terutama jika diagnosis tersebut tidak didukung oleh data penunjang atau terapi yang sesuai. Misalnya, kasus gastritis atau hipalbumin sering diabaikan dalam pengodean jika tidak memengaruhi tarif INA-CBG's atau tidak memenuhi syarat pengodean, seperti hasil lab di bawah ambang batas atau tidak ada terapi yang relevan.

Meskipun diagnosis sudah tercantum dalam resume medis, coder tetap perlu menilai apakah diagnosis tersebut layak diklaim atau hanya sebatas dokumentasi klinis. Situasi ini menuntut coder untuk memiliki ketelitian tinggi, pemahaman terhadap aturan terbaru, serta akses pada dokumentasi medis yang lengkap, agar pengodean diagnosis sekunder dapat dilakukan secara tepat dan tidak berdampak negatif pada klaim rumah sakit.

e. Minimnya pelatihan

Pelatihan berperan penting dalam menjaga kualitas dan akurasi pengodean diagnosis serta tindakan medis. Namun, hasil wawancara menunjukkan bahwa akses terhadap pelatihan formal bagi coder masih terbatas dan tidak merata. Pelatihan yang tersedia bersifat insidental, tergantung anggaran rumah sakit, dan sering hanya diikuti oleh perwakilan tertentu.

Karena biaya pelatihan tergolong mahal, sebagian coder memilih mengikuti seminar secara mandiri, bahkan dengan biaya pribadi, demi menambah pengetahuan, khususnya dalam menghadapi pembaruan aturan pengodean.

Menurut (Budiarti & Iskandar, 2021), Pelatihan yang memadai bagi seorang coder sangat penting karena dapat meningkatkan kemampuan dalam mengolah dan menganalisis berbagai informasi klinis yang terdapat dalam rekam medis pasien. Dengan bekal pelatihan yang cukup, coder akan lebih terampil dalam memahami hubungan antar data medis, menyesuaikannya dengan pedoman pengodean yang berlaku, serta menentukan kode diagnosis dan tindakan yang paling sesuai secara akurat. Hal ini secara langsung berkontribusi pada peningkatan kualitas hasil pengodean dan ketepatan klaim pelayanan kesehatan.

Temuan ini mencerminkan bahwa meskipun ada kesadaran akan pentingnya peningkatan kompetensi, keterbatasan akses dan belum adanya sistem pelatihan berkelanjutan menjadi hambatan, yang berpotensi menimbulkan kesenjangan pemahaman antar coder dalam menerapkan standar terbaru.

f. Ketidaklengkapan dokumentasi medis

Akurasi pengodean sangat bergantung pada kelengkapan dokumentasi medis, seperti hasil lab, radiologi, dan pemeriksaan klinis. Namun, hasil wawancara menunjukkan bahwa coder sering mengalami kesulitan karena informasi penunjang dalam rekam medis sering tidak memadai. Contohnya, diagnosis yang hanya tertulis sebagai fever atau abdominal pain tanpa dukungan pemeriksaan tambahan menyulitkan coder dalam menetapkan kode yang sesuai standar.

Masalah serupa juga muncul ketika tindakan medis dicatat secara ambigu, seperti debridemen yang tidak dijelaskan secara rinci, sehingga coder harus menelusuri informasi lebih lanjut atau mengklarifikasi ke DPJP. Kasus yang jarang muncul pun menjadi tantangan karena mengharuskan coder membuka kembali referensi kode.

Sejalan dengan temuan yang dilakukan oleh (Zahra et al., 2024), Pengisian resume medis harus mencakup diagnosis utama, diagnosis tambahan, serta prosedur klinis yang dilakukan sesuai dengan kondisi pasien, guna menjamin ketepatan tarif klaim berdasarkan kelengkapan

dokumen. Ketidaksesuaian antara diagnosis utama dan data penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium atau radiologi dapat menyebabkan kerugian finansial karena klaim menjadi tidak valid. ¹⁰ Sesuai dengan Panduan Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan tahun 2014, verifikator memiliki wewenang untuk melakukan klarifikasi kepada petugas rumah sakit jika ditemukan ketidaksesuaian dalam berkas klaim. Apabila dokumen tidak memenuhi syarat, ⁴⁹ maka klaim akan dikembalikan kepada rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki.

Ketidakkonsistenan dan ketidaklengkapan pencatatan oleh dokter memperburuk situasi, membuat coder harus menafsirkan data sendiri atau bahkan tidak mengode diagnosis tertentu untuk menghindari klaim yang ditolak. Temuan ini menegaskan pentingnya kerja sama antara tim medis dan coder serta perlunya ²² dokumentasi medis yang lengkap dan jelas untuk menghasilkan pengodean yang akurat dan valid.

g. Kurangnya komunikasi langsung

Komunikasi yang efektif antara coder dan dokter sangat penting untuk memastikan keakuratan kode diagnosis dan tindakan, terutama saat terdapat ketidakjelasan data medis. Namun, hasil wawancara menunjukkan bahwa komunikasi langsung antara coder dan DPJP masih terbatas. Sebagian besar coder melakukan klarifikasi melalui atasan atau dokter verifikator terlebih dahulu, dan hanya melibatkan DPJP jika masalah belum terselesaikan.

Beberapa coder juga menyampaikan bahwa mereka tidak memiliki akses langsung ke DPJP, sehingga harus melalui perantara seperti kepala unit atau verifikator. Mekanisme bertahap ini, meskipun membantu, sering memperlambat proses klarifikasi dan meningkatkan risiko kesalahan pengodean.

Menurut (Kurnianingsih, 2020), Fasilitas komunikasi di lingkungan kerja sebaiknya menjadi perhatian penting dalam mendukung kelancaran proses pengodean. Ketersediaan sarana seperti telepon, interkom, atau media komunikasi internal lainnya perlu dipastikan agar petugas koding

dapat dengan mudah melakukan konsultasi langsung dengan dokter penulis diagnosis. Hal ini bertujuan untuk mempercepat klarifikasi atas informasi yang belum jelas serta meningkatkan akurasi kode diagnosis yang ditetapkan, sehingga proses klaim dapat berjalan lebih efektif dan sesuai dengan standar yang berlaku.

Temuan ini menekankan perlunya peningkatan akses dan sistem komunikasi yang lebih terbuka dan efisien antara coder dan tim medis, guna mendukung ketepatan pengodean dan kelancaran proses klaim.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

44
BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai Analisis ketepatan kode klinis kasus pending klaim pasien JKN rawat inap di RSUD Muhammadiyah Bantul diketahui bahwa tingkat ketepatan pengodean yaitu sebesar 63%, angka ini sejalan dengan persentase Aspek Reliability, karena penilaian ketepatan kode dilihat dari kesesuaian antara diagnosis yang ditetapkan oleh dokter dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dengan kode diagnosis dan tindakan yang ditetapkan oleh clinical coder. Berikut rincian ketepatan kode dari aspek Completeness dan Accuracy serta faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan Coding.

1. Ketepatan kode klinis dari aspek Completeness

Aspek kelengkapan kode menunjukkan hasil sebesar 97%. Beberapa berkas klaim tidak mencantumkan diagnosis sekunder atau tindakan pendukung yang seharusnya dikodekan. Ketidaklengkapan ini dapat memengaruhi tingkat klaim yang disetujui oleh BPJS dan berpotensi menyebabkan pending.

2. Ketepatan kode klinis dari aspek Accuracy

Ketepatan pengodean berdasarkan kesesuaian dengan kondisi klinis dan kaidah ICD mencapai 63%. Proses pengodean diagnosis dan tindakan klinis belum sepenuhnya akurat dan konsisten, yang ditunjukkan dengan adanya perbedaan interpretasi antar coder dalam menetapkan diagnosis utama. Perbedaan ini muncul karena variasi pemahaman terhadap pedoman ICD, ketidaktelesitan dalam membaca resume medis, dan kurangnya update pengetahuan.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan Coding

Faktor-faktor yang memengaruhi ketidaktepatan kode klinis di antaranya adalah :

- a. perbedaan pemahaman dan interpretasi antar coder, khususnya dalam menentukan diagnosis utama dan sekunder. Hal ini sering terjadi karena belum adanya acuan bersama yang baku dalam menghadapi kasus-kasus dengan lebih dari satu kemungkinan diagnosis.
- b. Keterbatasan sistem pendukung, seperti tidak tersedianya checklist resmi atau panduan praktis pengodean, turut menyulitkan coder dalam mengambil keputusan yang tepat.
- c. Minimnya pelatihan dan kurangnya pembaruan ilmu juga menjadi hambatan, karena coder tidak selalu mengikuti perkembangan regulasi atau pedoman terbaru yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan atau Kementerian Kesehatan.
- d. Keterbatasan komunikasi antara coder dan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) juga menjadi kendala, terutama saat diperlukan klarifikasi atas diagnosis atau tindakan medis yang tidak dijelaskan secara rinci.
- e. Dokumentasi medis yang tidak lengkap, seperti tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang atau rincian tindakan, membuat proses pengodean menjadi tidak optimal dan berpotensi menyebabkan klaim pending.

B. SARAN

1. Peningkatan Pelatihan dan Kapasitas Coder
Perlu diadakan pelatihan berkala dan pembaruan pengetahuan terkait ICD, DPM, dan PNPk agar seluruh coder memiliki pemahaman yang seragam dan sesuai regulasi.
2. Penguatan Sistem Pendukung
Rumah sakit disarankan menyediakan alat bantu seperti checklist resmi pengodean, SOP pengodean, dan panduan praktis lainnya untuk meminimalisir variasi antar coder.
3. Monitoring dan Evaluasi Rutin
Monitoring ketepatan kode secara periodik harus dilakukan untuk menilai kualitas coding dan mencegah terulangnya klaim pending karena kesalahan yang sama.

4. Peningkatan Dokumentasi Medis oleh Tim Medis

Diperlukan edukasi dan koordinasi intensif dengan dokter agar diagnosis dan tindakan terdokumentasi lengkap, termasuk hasil penunjang, sehingga mendukung proses coding dan klaim.

5. Meningkatkan Kolaborasi Coder dan DPJP

Perlu dibangun jalur komunikasi yang lebih efisien antara coder dan DPJP, baik secara langsung maupun melalui dokter verifikator untuk memastikan keakuratan kode diagnosis dan tindakan.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

ANALISIS KETEPATAN KODE KLINIS KASUS PENDING KLAIM PASIEN JKN RAWAT INAP DI RSU PKU MUHAMMADIYAH BANTUL

ORIGINALITY REPORT

10%	9%	3%	3%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.unjaya.ac.id Internet Source	1%
2	jurnal.uimedan.ac.id Internet Source	1%
3	www.kemkes.go.id Internet Source	1%
4	Submitted to Konsorsium Perguruan Tinggi Swasta Indonesia II Student Paper	<1%
5	www.scribd.com Internet Source	<1%
6	journal.universitaspahlawan.ac.id Internet Source	<1%
7	rammik.pubmedia.id Internet Source	<1%
8	qdoc.tips Internet Source	<1%
9	www.informasikedokteran.com Internet Source	<1%
10	stikespanakkukang.ac.id Internet Source	<1%

11	Submitted to Fakultas Kedokteran Universitas Pattimura Student Paper	<1 %
12	repository.helvetia.ac.id Internet Source	<1 %
13	Submitted to Konsorsium PTS Indonesia - Small Campus II Student Paper	<1 %
14	docplayer.info Internet Source	<1 %
15	Emelien Ivada, Wiwik Sari. "Strategi Pengembangan Fasilitas dan Atraksi Dunia Air Tawar TMII Jakarta", Jurnal Pariwisata dan Perhotelan, 2024 Publication	<1 %
16	journal.piksi.ac.id Internet Source	<1 %
17	pt.scribd.com Internet Source	<1 %
18	anyflip.com Internet Source	<1 %
19	digilib.esaunggul.ac.id Internet Source	<1 %
20	text-id.123dok.com Internet Source	<1 %
21	ekonomi.fkip.unej.ac.id Internet Source	<1 %
22	Siti Hikmah Nurfadilah, Ade Irma Suryani. "ANALISIS KEAKURATAN KODIFIKASI TINDAKAN RAWAT JALAN SESUAI KAIDAH	<1 %

PENGGODEAN GUNA MENUNJANG
KEBERHASILAN KLAIM BPJS DI RUMAH SAKIT
X", PREPOTIF : JURNAL KESEHATAN
MASYARAKAT, 2024

Publication

23 e-journal.unair.ac.id <1 %
Internet Source

24 info.rsudwates.id <1 %
Internet Source

25 Al Barrokah, Deria Sepdwiko, Rio Eka Putra.
"Pembelajaran Notasi Musik pada Lagu
"Bagimu Negeri" dalam Mata Pelajaran Seni
Musik Kelas X SMK YP Gajah Mada
Palembang", Jurnal Pengabdian Masyarakat
dan Riset Pendidikan, 2025 <1 %
Publication

26 journals.ku.edu <1 %
Internet Source

27 www.rubenandrianto.com <1 %
Internet Source

28 Eka Rati Astuti. "LITERATURE REVIEW:
FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB ANEMIA PADA
REMAJA PUTRI", Jambura Journal of Health
Sciences and Research, 2023 <1 %
Publication

29 Submitted to UPN Veteran Jakarta <1 %
Student Paper

30 eprints.uny.ac.id <1 %
Internet Source

31 adoc.pub <1 %
Internet Source

32	digilib.unisayogya.ac.id Internet Source	<1 %
33	"TINJAUAN BERKAS KLAIM TERTUNDA PASIEN RAWAT JALAN BPJS KESEHATAN RS HERMINA GALAXY", Jurnal Administrasi Bisnis Terapan, 2023 Publication	<1 %
34	id.scribd.com Internet Source	<1 %
35	www.kompasiana.com Internet Source	<1 %
36	Submitted to UIN Raden Intan Lampung Student Paper	<1 %
37	de.scribd.com Internet Source	<1 %
38	akperla.blogspot.com Internet Source	<1 %
39	core.ac.uk Internet Source	<1 %
40	ejournal.poltekkes-smg.ac.id Internet Source	<1 %
41	idoc.pub Internet Source	<1 %
42	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	<1 %
43	drazonugraha02.blogspot.com Internet Source	<1 %
44	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	<1 %

45 Ragil Sekar Kinanti Hutabarat. "Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan Pasien Tuberkulosis di Puskesmas Padang Bulan Medan", Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, 2018

Publication

<1 %

46 priyambodo1971.wordpress.com

Internet Source

<1 %

47 Muhammad Hapizd Kamaludin, Teuku Raehan Revikhasyah, Alwansyah Rifa'i, Fikri Sabillah, Tukfatul Anam, Nizar Alwan. "PENDAMPINGAN METODE PEMBELAJARAN JARAK JAUH (PPJ) DI ERA NEW NORMAL PADA SISWA TAMAN BACA MASYARAKAT (TBM) CARITA, BANTEN", Lembaran Masyarakat: Jurnal Pengembangan Masyarakat Islam, 2020

Publication

<1 %

48 Submitted to Sriwijaya University

Student Paper

<1 %

49 Submitted to Universitas Muhammadiyah Purwokerto

Student Paper

<1 %

50 repository.uin-suska.ac.id

Internet Source

<1 %

51 zombiedoc.com

Internet Source

<1 %

52 Submitted to Universitas Musamus Merauke

Student Paper

<1 %

53 digilibadmin.unismuh.ac.id

Internet Source

<1 %

54 repository.itekes-bali.ac.id

Internet Source

<1 %

55 id.techsymptom.com
Internet Source

<1 %

56 j-las.lemkomindo.org
Internet Source

<1 %

57 www.jurnal.staidagresik.ac.id
Internet Source

<1 %

58 Hariyanti Hariyanti, Mumun Munigar, Elina Lukman. "STUDI KUALITATIF: PENANGANAN AWAL PREEKLAMPSIA BERAT OLEH BIDAN", Journal of Midwifery Science and Women's Health, 2020
Publication

<1 %

59 Submitted to Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
Student Paper

<1 %

60 eprints.iain-surakarta.ac.id
Internet Source

<1 %

61 id.123dok.com
Internet Source

<1 %

62 repo.stikesicme-jbg.ac.id
Internet Source

<1 %

63 www.health.belgium.be
Internet Source

<1 %

64 3lestarey.wordpress.com
Internet Source

<1 %

65 Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur
Student Paper

<1 %

66	andalan68.wordpress.com Internet Source	<1 %
67	digilib.uin-suka.ac.id Internet Source	<1 %
68	draguscn.com Internet Source	<1 %
69	ejournal2.undip.ac.id Internet Source	<1 %
70	eprintslib.ummgl.ac.id Internet Source	<1 %
71	es.scribd.com Internet Source	<1 %
72	etd.repository.ugm.ac.id Internet Source	<1 %
73	idr.uin-antasari.ac.id Internet Source	<1 %
74	mediajatim.com Internet Source	<1 %
75	rama.unimal.ac.id Internet Source	<1 %
76	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	<1 %
77	repository.ub.ac.id Internet Source	<1 %
78	vdocuments.site Internet Source	<1 %
79	repository.setiabudi.ac.id Internet Source	<1 %

www.slideshare.net

80

Internet Source

<1 %

81

Hamzah Turmudi. "Media Sosial Sebagai Penyampai Pesan Dakwah..", *Communicatus: Jurnal Ilmu komunikasi*, 2023

Publication

<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA