

Analisis Perbedaan Koding Diagnosis antara Dokter Penyakit dalam dan Asuransi Kesehatan BPJS Berdasarkan ICD 10 di RSUD dr. Zubir Mahmud Kabupaten Aceh Timur

Analysis of Differences in Diagnosis Coding Between Internal Medicine Doctors and BPJS Health Insurance Based on ICD 10 at RSUD dr. Zubir Mahmud, East Aceh Regency

¹Fahlepi Ruwaida^{*}, ²Sudiro, ²Tengku Moriza, ²Asyiah Simanjorang, ²Megawati

¹Mahasiswa S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Institut Kesehatan Helvetia

²Dosen S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Institut Kesehatan Helvetia

Email : fahlepiruwaida@gmail.com

Abstrak

Dokter penanggung jawab pasien (DPJP) mengalami kendala pada banyaknya pasien yang harus ditangani, pemahaman tentang INA CBG's dan penulisan kode diagnosis sesuai ICD-10. Verifikator melakukan verifikasi kode diagnosis sesuai dengan sistem INA CBG's. Penelitian ini bertujuan menjelaskan bagaimana terjadinya perbedaan koding diagnosis antara DPJP dan verifikator BPJS. Metode pengumpulan data kualitatif menggunakan informan utama sebanyak 3 orang yaitu 1 orang DPJP dan 2 orang verifikator. Untuk informan triangulasi sebanyak 3 orang yaitu 1 orang Kabid. Pelayanan Medis dan 2 orang koder rumah sakit. Data yang diambil meliputi data dokter tentang pengetahuan, sikap dan praktek yang dilakukan dengan metode wawancara mendalam. Analisis data digunakan dengan analisis isi. Hasil penelitian ini adalah manajemen rumah sakit tidak menyiapkan fasilitas dalam penulisan kode diagnosa untuk Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sehingga menyebabkan kurangnya pemahaman DPJP tentang sistem INA CBG's, tidak adanya intervensi dari manajemen rumah sakit menimbulkan ketidakpedulian DPJP dalam penulisan kode diagnosa sehingga mengakibatkan rumah sakit mengalami kerugian dalam pengklaiman BPJS namun rumah sakit terus aktif karena mendapatkan suntikan dana dari pemerintah, keterbatasan waktu yang dimiliki dokter menimbulkan hambatan dalam pengodean diagnosis. Saran peneliti meliputi melengkapi fasilitas dalam mendukung penulisan kode diagnosa, adanya intervensi manajemen kepada DPJP untuk melengkapi penulisan kode diagnosis, adanya standar operasional prosedur dan clinical pathway dalam pengodean.

Kata Kunci : INA CBG's, ICD 10, Pengetahuan, Sikap dan Praktek

Abstract

The patient's physician in charge (DPJP) experiences constraints on the number of patients that must be treated, understanding of INA CBG's and writing a diagnosis code according to ICD-10. The verifier verifies the diagnosis code according to the INA CBG system. This study aims to explain how differences in diagnosis coding occur between DPJP and BPJS verifiers. The qualitative data collection method uses 3 main informants, namely 1 DPJP and 2 verifiers. For triangulation informants as many as 3 people, namely 1 Kabid. Medical Services and 2 hospital administrators. The data taken includes the doctor's data about knowledge, attitudes and practices carried out by in-depth interview methods. Data analysis is used with content analysis. The results of this study are hospital management does not prepare facilities in writing diagnostic codes for Patient Responsible Doctors (DPJP), which causes a lack of understanding of DPJP about INA CBG's system, the absence of intervention from hospital management raises DPJP's indifference in writing diagnostic codes resulting in hospitals experiencing losses in claiming BPJS but the

hospital continues to be active because of getting an injection of funds from the government, the limited time that doctors have poses obstacles in coding the diagnosis. Researcher's suggestions include completing facilities in support of writing diagnostic codes, the existence of management intervention to the DPJP to complete writing diagnostic codes, the existence of standard operational procedures and clinical pathways in coding.

Keywords: INA CBG's, ICD 10, Knowledge, Attitude and Practice

PENDAHULUAN

Penerapan sistem INA CBG's dilakukan untuk mengelompokkan diagnosis berdasarkan *grouping* (1). Dimana sistem ini berbasis pada data *costing* dan koding penyakit yang mengacu pada *International Classification of Diseases (ICD)* yang disusun WHO dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-Clinical *Modifications* untuk tindakan/prosedur (2). Sistem INA CBG's ini masih awam bagi para dokter, hal ini disebabkan karena ketidakpatuhan dokter dalam menentukan *case group* nya walaupun sudah terpapar dengan pelatihan dan sosialisasi mengenai sistem INA CBG's. Selain itu kesibukan dokter dalam menangani pasien yang banyak dengan bertempat praktek di tiga rumah sakit juga mempengaruhi kebiasaan dokter dalam menentukan kode diagnosis yang tidak sesuai sistem INA CBG's. Kebiasaan tidak mematuhi ketentuan koding diagnosis sesuai INA CBG's ini tidak secara langsung merugikan dokter karena tidak adanya sanksi yang tegas dari rumah sakit atas kesalahan dokter (3).

Terdapat kesesuaian kasus dengan penelitian yang dilakukan oleh Retno Dwi Vika Ayu dan Diah Ernawati (2012) yang berjudul "Tinjauan Penulisan Diagnosis Utama dan Ketepatan Kode ICD-10 pada pasien di RSUD Kota Semarang Triwulan I Tahun 2012" dengan hasil penelitian menunjukkan dari total sampel sejumlah 93 dokumen rekam medis (DRM), jumlah kode diagnosis utama yang tepat 78 DRM (83,87%) dan jumlah kode diagnosis utama yang tidak tepat sebesar 15 DRM (16,13%) rawat inap tahun 2012 triwulan I. Dari penelitian ini perbedaan koding diagnosis

menurut ICD 10 antara dokter dan BPJS terdapat pada kepatuhan dokter menentukan *case group* nya, diagnosis tidak lengkap dan tulisan dokter yang sulit di baca (3).

Penelitian yang dilakukan oleh Rizki Oryza, Sri Sugiarti, dkk (2015) yang berjudul "Identifikasi Kelengkapan Informasi dan Keakuratan Kode Dokumen Rekam Medis terkait Penentuan Tarif Biaya Pasien BPJS di RSUD Pandan Arang Boyolali" dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase pengisian administrasi informasi dokumen rekam medis dari aspek administrasi dan aspek medis berkisar 62,5% -78% (<100%) sehingga disimpulkan tidak lengkap. Untuk dokumen rekam medis dari aspek medis disebabkan karena kesibukan dokter dalam menjalani praktek sehari-hari sehingga hal ini mempengaruhi kelengkapan administrasi rekam medis yang belum sesuai dengan standar kelengkapan pengisian rekam medis rumah sakit, sedangkan menurut Kepmenkes RI No.129/MEKES/SK/II/2008 bahwa dalam pengisian rekam medis harus 100% terisi (4). Begitu juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Viva Maiga MN, Anis Ansyori, Tuti Hariyanto (2014), yang berjudul "Peran Pengetahuan dan Sikap Dokter Dalam Ketepatan Koding Diagnosis Berdasarkan ICD 10" dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa lemahnya pengetahuan, pemahaman dan sikap Dokter terhadap pentingnya akurasi koding diagnosis sesuai ICD 10 dalam manajemen di rumah sakit, meskipun sudah terpapar dengan pelatihan dan sosialisasi yang didukung dengan adanya prosedur standar (5).

Hasil survey awal yang dilakukan peneliti dengan melakukan wawancara terhadap pihak manajemen rumah sakit (Kepala Bidang Pelayanan Medis), tanggal 25 Januari tahun 2019 bahwa penerapan sistem INA CBG's di rumah sakit selama ini belum berjalan sepenuhnya hal ini diakibatkan kurang tegasnya rumah sakit dalam memberikan *intervensi* atas kesalahan yang dilakukan dokter, terutama mengenai kesibukan dokter dalam menangani pasien yang banyak dan yang berpraktek di tiga Rumah Sakit. Sehingga masih dijumpai adanya dokter yang memberikan terapi tidak sesuai diagnosis, hal ini sangat berpeluang bagi dokter penyakit dalam yang sehari merawat pasien rawat inap sampai 40 pasien dan melayani pasien rawat jalan sehari mencapai 100-125 pasien. Koding diagnosis oleh dokter penyakit dalam untuk pasien rawat jalan mencapai 98% persen yang disetujui oleh BPJS, dimana jumlah pasien rawat jalan sebanyak 3000 pasien setiap bulannya dan mengalami *pending* sebanyak 60-70 kasus (bulan Oktober - bulan Desember 2018). Sedangkan untuk pasien rawat inap penyakit dalam dijumpai banyak perbedaan koding diagnosis antara Dokter dan BPJS, dimana jumlah kasus sebanyak 350 pasien setiap bulannya (bulan Oktober - bulan Desember 2018) yang mengalami *pending* sebanyak 60-120 kasus (8,5%-15%) dari total jumlah pasien 700-800 pasien. *Pending* ini didominasi dengan diagnosis penyakit dalam diantaranya pneumonia, *unstable* angina pectoris dan demam tipoid terutama yang meningkatkan *severity level* khususnya *severity level* tiga. Hal ini disebabkan karena ketidaklengkapan berkas, koding yang tidak tepat, resume medis yang tidak lengkap dan tulisan dokter yang sulit di baca. (Rekam Medis RSUD dr. Zubir Mahmud).

METODE

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan analisis isi dan menggunakan metode wawancara mendalam (*indep interview*).

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Zubir Mahmud Kabupaten Aceh Timur. Informan pada penelitian ini adalah dokter penanggung jawab pasien, koder rumah sakit, manajemen (Kabid. pelayanan medis), verifikator BPJS yang seluruhnya berjumlah 6 orang informan. Teknik pengumpulan data melalui wawancara mendalam (*Indept Interview*), dokumentasi dan observasi lapangan.

HASIL

Berdasarkan hasil wawancara yang peneliti lakukan menunjukkan manajemen rumah sakit tidak menyiapkan fasilitas dalam penulisan kode diagnosis untuk Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sehingga menyebabkan kurangnya pemahaman DPJP tentang sistem INA CBG's, tidak adanya *intervensi* dari manajemen rumah sakit menimbulkan ketidakpedulian DPJP dalam penulisan kode diagnosis sehingga mengakibatkan rumah sakit mengalami kerugian dalam pengklaiman BPJS namun rumah sakit terus aktif karena mendapatkan suntikan dana dari pemerintah, keterbatasan waktu yang dimiliki dokter menimbulkan hambatan dalam pengodean diagnosis.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil wawancara dalam penelitian ini mengenai pengetahuan dokter menunjukkan dengan hasil masih kurangnya pemahaman tentang sistem INA CBG's dalam penulisan koding diagnosis. Dimana dokter melakukan penulisan koding diagnosis yang dilakukan masih secara manual. Penulisan kode diagnosis ini berdasarkan gejala klinis yang dijumpai pada pasien yang ditangani walaupun selama ini dokter sudah terpapar dengan ICD-10, sedangkan dari pihak Asuransi Kesehatan BPJS kode diagnosis harus sesuai dengan grouping INA CBG's yang dihasilkan oleh aplikasi NCC E-Claim INA CBG's.

Berdasarkan hasil wawancara yang telah peneliti lakukan mengenai sikap DPJP menunjukkan kurang memperdulikan kode diagnosis sehingga berdampak pada hasil verifikasi verifikator BPJS sesuai grouping INA CBG's berdasarkan ICD-10. Dengan banyaknya pasien yang dilayani menjadikan DPJP tidak melengkapi penulisan koding diagnosis dalam rekam medis, Salah satu faktor

yang menyebabkan dokter kurang memperpedulikan penulisan kode diagnosis adalah tidak ada intervensi dari pihak manajemen rumah sakit tentang penulisan kode diagnosis. Selain itu, meskipun rumah sakit mengalami kerugian dalam pengklaiman BPJS namun rumah sakit terus aktif karena mendapatkan suntikan dana dari pemerintah.

Berdasarkan hasil wawancara yang peneliti lakukan mengenai praktek dokter dalam penulisan kode diagnosis menunjukkan Keterbatasan waktu yang dimiliki dokter karena banyaknya pasien mengakibatkan kode diagnosis tidak sesuai INA CBG's, sehingga menimbulkan hambatan terhadap koder dalam pengodean diantaranya: 1) Tidak adanya standar operasional prosedur dalam pengodean, 2) Clinical pathway yang tidak dilampirkan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien, 3) Ketidakeengkapan informasi dalam mendukung kode diagnosis.

KESIMPULAN

Penelitian dapat disimpulkan bahwa manajemen rumah sakit tidak menyiapkan fasilitas dalam penulisan kode diagnosis untuk Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sehingga menyebabkan kurangnya pemahaman DPJP tentang sistem INA CBG's. Diharapkan dapat melengkapi fasilitas dalam mendukung penulisan kode diagnose dan tidak adanya standar operasional prosedur dalam pengodean.

UCAPAN TERIMA KASIH

Pada kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih kepada Direktur RSUD dr. Zubir Mahmud dan Asuransi Kesehatan BPJS yang telah memberikan izin atau rekomendasi yang diberikan selama penelitian berlangsung.

DAFTAR PUSTAKA

1. Indonesia MKR. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs). 2014;
2. Organization Word Health. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Vol. 1. World Health Organization. 2004;
3. Ayu R, Ernawati D. Tinjauan Penulisan Diagnosis Utama Dan Ketepatan Kode ICD-10 Pada Pasien Umum Di Rsud Kota Semarang Triwulan I Tahun 2012 [Skripsi]. Program Sarjana Fakultas Kesehatan UDINUS. 2012;
4. Saputri Rofnur. Identifikasi Kelengkapan Informasi dan Keakuratan Kode Dokumen Rekam Medis Terkait Penentuan Tarif Biaya Pasien BPJS Di RSUD Pandan Arang Boyolali [Jurnal]. UMS. 2015;
5. Noor VMM, Ansyori A, Hariyanto T. Peran Pengetahuan dan Sikap Dokter dalam Ketepatan Koding Diagnosis berdasar ICD 10 [Jurnal]. Kedokteran Brawijaya. 2014;28(1):65-7.
6. Mezzich JE. International Surveys on the use of ICD-10 and Related Diagnostic Systems [Jurnal]. Psychopathology. 2002;35(2-3):72-5.
7. Widyaningrum L. Ketepatan Reseleksi Diagnosa dan Kode Utama Berdasarkan Aturan Morbiditas Pembiayaan Jaminan Kesehatan INA-CBGs [Jurnal]. Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia. 2015;3(2).
8. Loranger AW, Janca A, Sartorius N. Assessment and Diagnosis of Personality Disorders: The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE). Cambridge University Press. 1997;
9. Wibowo B. Tarif INA-CBG untuk JKN 2014. Natl Casemix Center, Indones Minist Heal. 2014;
10. Falakhi NSA. Ketepatan Kode Kasus Neoplasma Berdasarkan ICD-10 di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2016 [Tesis]. 2017;
11. Pujihastuti A, Sudra RI. Hubungan Kelengkapan Informasi dengan Keakuratan Kode Diagnosis dan Tindakan pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap [Jurnal]. Manajemen

- Informasi Kesehatan Indonesia. 2014;2(2).
12. Maryati W, Murti B, Indarto D. Factors Affecting the Quality of Diagnosis Coding and Medical Record at Dr. Moewardi Hospital, Surakarta [Jurnal]. *Heal Policy Manag.* 2017;1(2):66–75.
 13. Sugiyanto Z. Analisis Perilaku Dokter Dalam Mengisi Kelengkapan Data Rekam Medis Lembar Resume Rawat Inap Di Rumah Sakit Ungaran Tahun 2005 [Jurnal]. *MIKM UNDIP.*200;
 14. Rusady MA, Kes M. Peranan BPJS Kesehatan dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan [Jurnal]. *BPJS Kesehatan Rakerkesnas.* 2017;
 15. Windari A, Kristijono A. Analisis Ketepatan Koding Yang Dihasilkan Koder Di RSUD Ungaran [Jurnal]. *Riset Kesehatan.* 2016;5(1):35–9.
 16. Manaida RJ, Rumayar AA, Kandou GD. Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado {Jurnal}. *KESMAS.* 2017;6(3).
 17. Maimun N, Natassa J, Trisna WV, Supriatin Y. Pengaruh Kompetensi Coder terhadap Keakuratan dan Ketepatan Pengkodean Menggunakan ICD 10 di Rumah Sakit X Pekanbaru Tahun 2016 [Jurnal]. *Kesmars.* 1(1):31–43.
 18. Janah FM. Hubungan Kualifikasi Coder Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Rawat Jalan Berdasarkan ICD-10 Di RS Dr. S Hardjolukito Yogyakarta 2015 [Jurnal]. Universitas Muhammadiyah Surakarta. 2015;
 19. Himawati T, Bachtiar A. The Effect of Clinical Pathway toward Hospital's Quality and Cost in “RSUS” Hospital Bandar Lampung. In: *Proceedings of the International Conference on Applied Science and Health [Jurnal].* 2018; p. 324–7.
 20. Wijayanti FER, Wajdi MF. Analisis Clinical Pathway dengan BPJS antara RS Negeri dan RS Swasta [Tesis]. Universitas Muhammadiyah Surakarta. 2016;
 21. Sumantri H. Metodologi penelitian kesehatan. Prenada Media. 2015.
 22. Martha E, Kresno S. Metodologi Penelitian Kualitatif Untuk Bidang Kesehatan. Jakarta PT RajaGrafindo Persada. 2016;
 23. Mustari M, Rahman MT. Pengantar Metode Penelitian. Laksbang Pressindo.2012;
 24. Paramita A, Kristiana L. Teknik Focus Group Discussion Dalam Penelitian Kualitatif. *Bul Peneliti Sistim Kesehatan.* 2013;16(2 Apr).
 25. Zamili M. Menghindar dari Bias: Praktik Triangulasi dan Kesahihan Riset Kualitatif