

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Rumah Sakit

a. Definisi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, disebutkan bahwa rumah sakit adalah fasilitas pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, reventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Selain menyelenggarakan pelayanankesehatan perseorangan, rumah sakit juga dapat menyelenggarakan fungsi pendidikan dan penelitian dibidang kesehatan, Tujuan dari rumah sakit adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Setiap rumah sakit juga mempunyai kewajiban untuk menyelenggarakan rekam medis (Presiden RI, 2023).

b. Hak dan Kewenangan Rumah Sakit

Menurut (Menkes, 2014) hak rumah sakit sebagai berikut:

- a. Mendapatkan informasi kepesertaan, prosedur pelayanan, pembayaran, dan proses kerjasama dengan BPJS Kesehatan
- b. Menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan peserta maksimal 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima

Kewajiban rumah sakit meliputi:

- a Melayani peserta sesuai ketentuan yang berlaku
- b Melaporkan pelayanan sesuai waktu dan jenis yang telah disepakati

c Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas dan fungsi rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Permenkes, 2020) antara lain:

- a. Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.
- b. Menyelenggarakan rekam medis.
- c. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak meliputi sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia.
- d. Menghormati dan melindungi hak pasien.
- e. Melaksanakan etika Rumah Sakit.
- f. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana.
- g. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional.

d Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Pemerintah No 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan menyebutkan bahwa Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit umum dan Rumah Sakit khusus dimana ditetapkan klasifikasinya oleh pemerintah berdasarkan kemampuan pelayanan, fasilitas kesehatan, sarana penunjang, dan sumber daya manusia. Klasifikasi Rumah Sakit umum terdiri atas: Rumah Sakit umum kelas A, Rumah Sakit umum kelas B, Rumah Sakit umum kelas C, dan Rumah Sakit umum kelas D. Kemudian, klasifikasi Rumah Sakit khusus terdiri atas: Rumah Sakit khusus kelas A, Rumah Sakit khusus kelas B, dan Rumah Sakit khusus kelas C (Presiden RI, 2021).

2.1.2 Rekam Medis

a. Definisi Rekam Medis

Menurut Permenkes No 24 Tahun 2022 , Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Rekam medis adalah berkas berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan (Permenkes, .2022).

b. Aspek Rekam Medis

Rekam Medis memiliki aspek A-L-F-R-E-D yaitu:

- 1) Aspek Administrasi (*Administration*), artinya isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab tenaga Kesehatan
- 2) Aspek Hukum (*Legal*), artinya rekam medis memiliki nilai hukum karena menyangkut jaminan kepastian hukum sebagai bukti untuk menegakkan keadilan
- 3) Aspek Keuangan (*Financial*), artinya rekam medis menjadi bahan untuk pembayaran biaya pelayanan kesehatan pasien.
- 4) Aspek Penelitian (*Research*), artinya rekam medis memiliki nilai penelitian karena informasi di dalamnya dapat digunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan
- 5) Aspek Pendidikan (*Education*), artinya rekam medis memiliki nilai pendidikan yang menyangkut data informasi tentang perkembangan kronologi pelayanan medik yang dapat dipelajari
- 5) Aspek Dokumentasi (*Documentation*), artinya rekam medis memiliki nilai dokumentasi dimana harus didokumentasikan sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan

c. Manfaat Rekam Medis

- 1) Pengobatan pasien, artinya rekam medis bermanfaat sebagai acuan untuk menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan, dan tindakan medis kepada pasien

- 2) Peningkatan Kualitas Pelayanan artinya dengan lengkapnya berkas rekam medis maka meningkatnya kualitas pelayanan tenaga medis kepada masyarakat yang optimal
- 3) Pendidikan dan Penelitian, artinya rekam medis bermanfaat untuk bahan perkembangan pengajaran dan penelitian di bidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi
- 4) Pembiayaan, artinya rekam medis tersebut dapat digunakan sebagai bukti pembiayaan kepada pasien
- 5) Statistik Kesehatan, artinya rekam medis digunakan untuk bahan statistik mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan menentukan jumlah penderita penyakit-penyakit tertentu
- 6) Pembuktian Masalah Hukum, disiplin, dan etik, artinya rekam medis digunakan sebagai alat bukti tertulis utama dalam masalah hukum, disiplin, dan etik

d. Kompetensi Perkam Medis

Kompetensi dibangun dengan akar yang terdiri atas profesionalisme yang luhur, kewaspadaan dalam bentuk mawas diri dan pengembangan diri, serta komunikasi efektif, yang akan menunjang manajemen data dan informasi kesehatan, keterampilan klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya, dan prosedur klinis, aplikasi statistik kesehatan, epidemiologi dasar, biomedik, serta manajemen pelayanan RMIK. (*KMK No. HK.01.07-MENKES-312, 2020*)

Oleh karena itu, area kompetensi disusun dengan urutan sebagai berikut:

- a) Profesionalisme yang Luhur, Etika dan Legal.

PMIK Mampu melaksanakan sistem RMIK secara profesional sesuai dengan nilai dan prinsip ketuhanan, moral, luhur, etika, disiplin, hukum, dan sosial budaya.

- b) Mawas Diri dan Pengembangan Diri.

Mampu menyelenggarakan pelayanan RMIK dengan menyadari keterbatasan, mengatasi masalah personal, mengembangkan diri, mengikuti penyegaran dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan

secara berkesinambungan untuk penyelenggaraan pelayanan yang optimal

c) Komunikasi Efektif

Mampu menggali dan mengumpulkan informasi dari pemangku kepentingan, untuk digunakan sebagai bahan pengambilan keputusan dalam pelayanan RMIK.

d) Manajemen Data dan Informasi Kesehatan

Mampu merancang dan mengelola struktur, format, dan isi data kesehatan, termasuk memahami sistem klasifikasi, dan perancangan sistem pembayaran pelayanan kesehatan, secara manual, maupun elektronik.

e) Keterampilan Klasifikasi Klinis, Kodifikasi Penyakit dan Masalah Kesehatan Lainnya, serta Prosedur Klinis

Mampu menetapkan klasifikasi klinis, kodifikasi penyakit, dan masalah kesehatan lainnya, serta prosedur klinis dengan tepat sesuai klasifikasi yang diberlakukan di Indonesia, yang digunakan untuk statistik penyakit dan sistem pembiayaan fasilitas pelayanan kesehatan

f) Aplikasi Statistik Kesehatan, Epidemiologi Dasar, dan Biomedik

Mampu menggunakan statistik kesehatan, epidemiologi dasar, dan biomedik dalam pelayanan RMIK

g) Manajemen Pelayanan RMIK

Mampu mengelola pelayanan rekam medis yang bermutu sesuai alur sistem untuk memastikan rekam medis tersedia saat diperlukan untuk pelayanan pasien secara manual, *hybrid* dan elektronik di fasilitas pelayanan kesehatan

2.1.3 The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision (ICD-10)

a. Definisi ICD

ICD merupakan kependekan dari International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, yang mana berisi

klasifikasi diagnosis penyakit dan tindakan sesuai standar internasional yang disusun berdasarkan kategorinya menurut standar yang telah disepakati oleh ahli internasional. Untuk ICD sendiri dibagi menjadi 2 yaitu ICD 10 versi 2010 untuk mengkode diagnosis penyakit dan ICD 9 CM untuk mengkode tindakan medis (WHO, 2010).

b. Fungsi ICD

Menurut (Hatta, 2013), fungsi ICD adalah sebagai berikut:

- a) Mengindeks pencatatan penyakit dan tindakan di fasilitas pelayanan Kesehatan
- b) Sebagai masukan bagi sistem pelaporan diagnosis medis
- c) Sebagai bahan dasar klasifikasi DRG'S (Diagnosis Related Groups) untuk sistem penagihan biaya pelayanan yang telah diberikan
- d) Sebagai pelaporan Nasional dan Internasional morbiditas dan mortalitas

c. Struktur ICD 10 versi 2010

Menurut (Organization, 2010) di dalam Buku ICD 10 versi 2010 terdiri dari 3 volume, yaitu:

- a) Volume 1, pada ICD 10 versi 2010 volume 1 ini berisi:
 - 1) Pusat - pusat kerjasama WHO untuk mengklasifikasikan penyakit
 - 2) Laporan konferensi Internasional yang menyetujui revisi ICD 10
 - 3) Daftar kategori 3 karakter
 - 4) Daftar tabulasi penyakit dan daftar kategori 4 karakter
 - 5) Daftar morfologi neoplasma
 - 6) Daftar tabulasi khusus morbiditas dan mortalitas
 - 7) Definisi – definisi
 - 8) Regulasi – regulasi nomenklatur
- b) Volume 2, pada ICD 10 versi 2010 volume 2 ini berisi petunjuk penggunaan ICD 10 yaitu:
 - 1) Penjelasan ICD (International Classification of Disease and

Health Problems)

- 2) Cara penggunaan ICD 10 versi 2010
 - 3) Aturan dan petunjuk pengkodean morbiditas dan mortalitas
 - 4) Presentasi statistic
 - 5) Sejarah Perkembangan ICD
- c) Volume 3, pada ICD 10 versi 2010 volume 3 ini biasa disebut dengan Alfabetik Indeks dimana berisi:
- 1) Susunan indeks secara umum
 - 2) Untuk section 1 berisi indeks abjad penyakit dan cedera
 - 3) Untuk section 2 berisi penyebab luar cedera
 - 4) Untuk section 3 berisi tabel obat dan zat kimia
 - 5) Juga ada revisi terhadap volume 1

Tabel 2. 1 Pengelompokan Kode ALfabet Pada ICD

BAB	KODE ALFABET	ICD
I	A00 – B99	Penyakit Parastik Dan infeksi Tertentu
	C00 – C99	Neoplasma ganas
II	D00 – D48	Neoplasma in situ dan jinak
III	D50-D89	Penyakit Darah Dan Organ Pembentuk Darah
IV	E00-E90	Penyakit Endokrin, Nutrisi Dan Metabolik
V	F00-F99	Penyakit Mental Dan Perilaku
VI	G00-G99	Penyakit Sistem syaraf
VII	H00-H59	Penyakit Mata Dan Organ Mata
VIII	H60-H95	Penyakit Telinga Dan Prosesus Mastoid
IX	I00-I99	Penyakit Sistem Sirkulasi
X	J00-J99	Penyakit Sistem Sirkulasi

XI	K00-K93	Penyakit Sistem Digestif
XII	L00-L99	Penyakit Kulit Dan Jaringan Subkutan
XIII	M00-M99	Penyakit Otot-Kerangka Tulang Dan Jaringan Ikat

d) Konvensi Tanda Baca

- 1) Inclusion Terms. Berupa pernyataan diagnostik yang terklasifikasi, bisa berupa kondisi yang berbeda.
- 2) Exclusion Terms. Kondisi yang diperkirakan diklasifikasikan pada kondisi tersebut ternyata diklasifikasikan di bagian yang lain.
- 3) Parentheses/tanda baca kurung (). Digunakan untuk mengurung kata-kata tambahan yang mungkin mengikuti suatu istilah diagnostik tanpa mempengaruhi nomor kode dari kata-kata yang diluar tanda kurung, mengurung kode dari 'exclusion terms', untuk mengurung kode 3-karakter yang termasuk kategori blok tersebut, untuk mengurung kode dalam kategori asterisk atau kode asterisk yang mengikuti istilah dari kode dagger.
- 4) Square Bracketts [] . Digunakan untuk mengurung sinonim, kata-kata alternatif/pengganti, atau frasa-frasa penjelasan, merujuk pada catatan sebelumnya, mengacu pada subdivisi 4-karakter kategori yang telah dinyatakan sebelumnya, yang biasa digunakan untuk sejumlah kategori.
- 5) Colon: . Digunakan dalam daftar inclusion atau exclusion terms bilamana suatu kata yang mendahuluinya belum lengkap pada rubrik tersebut. Kata tersebut memerlukan satu/lebih kata sifat (modifying / qualifying) yang menerangkan sesuatu sebelum ditentukan nomor kode yang sesuai.
- 6) Brace . Digunakan dalam daftar inclusion dan exclusion terms untuk menunjukkan bahwa baik kata-kata yang mendahului maupun sesudahnya bukanlah kata yang lengkap. Kata-kata yang mendahuluinya harus dijelaskan dengan satu/lebih kata-kata

sesudahnya.

- 7) NOS. “*Not Otherwise Specified*” yang berarti ‘unspecified’ atau ‘unqualified’.
 - 8) NEC. “*Not Elsewhere Classified*” yang digunakan dalam 3- karakter kategoriberfungsi sebagai ‘peringatan’ bahwa varian spesifik tertentu dari kondisi tersebut berada di bagian lain dari klasifikasi. Sehingga, bila perlu, terminologi yang lebih tepat harus dicari dulu dalam indeks.
 - 9) And. Berarti “and” atau “or” yang berarti atau. berbeda dengan istilah “with”. Yang bermakna “dengan”. Maka jika terdapat kata with berarti kategori tersebut hanya dapat digunakan jika kedua kondisi tersebut didapatkan secara bersamaan.
 - 10) Point Dash .- . Kode seperti ini muncul dalam Indeks Alfabetik di Volume 3. Kode ini menunjukkan bahwa ada karakter ke-4 yang harus dicari pada kategori yang sesuai.
 - 11) Cross-references . Tanda baca ini terdapat pada indeks alfabetik di volume 3. digunakan untuk menghindari duplikasi yang tidak perlu dari terminologi dalam indeks. Kata- kata “see” mengharuskan koder untuk merujuk pada terminologi lain yang ditunjukkan tadi; “see also” mengarahkan koder untuk merujuk ke bagian lain dalam indeks bilamana pernyataan yang di-kode juga berisikan informasi yang terdapat dalam kondisi di bagian lain yang harus dirujuk.
- e) Aturan Reseleksi Morbiditas

Dalam kaidah koding ICD (*International Classification of Disease*) apabila klarifikasi tentang diagnosis kepada dokter penanggung jawab pasien tidak bisa dilakukan, maka koder dapat menggunakan aturan koding MB 1 sampai dengan MB 5 sesuai dengan pedoman Volume 2 ICD 10 untuk memilih ulang (reseleksi) suatu diagnosis sebagai diagnosis utama.

Banyak kejadian, masalah keluhan utama yang dicatat oleh dokter tidak konsisten dengan definisi WHO. Dengan kata lain, tidak ada keluhan

utama yang telah dispesifikkan. Untuk mengatasihai tersebut maka WHO telah mengembangkan satu set ketentuan aturan (*rules*) yang dapat digunakan dan menjamin bahwa kondisi utama yang dipilih dan dikode menggambarkan kondisi yang semata bertanggungjawab bagi satu episode pelayanan. Koder harus terbiasa dengan ketentuan ini dan mampu menggunakannya. Rule reseleksi kondisi utama dibagi menjadi 5 (Utami, 2017).

Menurut (PMK RI, 2021), Aturan reseleksi diagnosis MB1 -MB5 adalah sebagai berikut:

1. Rule MB 1

Kondisi minor tercatat sebagai diagnosis utama (*main condition*), kondisi mayor yang lebih bermakna tercatat sebagai diagnosis sekunder (*other condition*). Kondisi yang lebih bermakna yang sebenarnya berhubungan dengan pengobatan yang diberikan dan spesialisasi perawatan, tercatat sebagai kondisi lain. Diagnosis utama adalah kondisi yang berhubungan bagi perawatan yang terjadi, dan jenis spesialisasi yang mengasuh. Untuk itu pilih kondisi yang relevan sebagai diagnosis utama. Contoh dari Rule MB 1 yaitu :

Diagnosis Utama : Sinusitis akut

Diagnosis Sekunder : Karsinoma endoserviks Hipertensi

Prosedur : Histerektomi total

Spesialisasi : Ginekologi Pasien di rumah sakit selama tiga minggu.

Dikode C53.0 (*Malignant Neoplasm, Endocervix*) sebagai diagnosis utama yaitu sinusitis akut dan hipertensi sebagai diagnosis sekunder.

2. Rule MB 2

Beberapa kondisi yang dicatat sebagai diagnosis utama. Jika beberapa kondisi yang tidak dapat dikode bersama dicatat sebagai diagnosis utama dan informasi dari rekam medis menunjukkan salah satu dari diagnosis tersebut sebagai diagnosis utama maka pilih diagnosis tersebut sebagai diagnosis utama. Jika tidak ada informasi lain, pilih kondisi yang disebutkan pertama. Contoh dari Rule MB 2 yaitu :

Diagnosis Utama : Katarak, Meningitis stafilokokus

Penyakit jantung iskemik.

Diagnosis Sekunder : - Spesialisasi : Neurologi

Pasien di rumah sakit selama lima minggu.

Dikode G00.3 (*Staphylococcal Meningitis*) sebagai diagnosis utama yaitu, katarak dan penyakit jantung iskemik sebagai diagnosis sekunder.

3. Rule MB 3

Kondisi yang dicatat sebagai diagnosis utama menggambarkan suatu gejala yang timbul akibat suatu kondisi yang ditangani. Suatu gejala yang diklasifikasikan dalam Bab XVIII (R.-), atau suatu masalah yang dapat diklasifikasikan dalam bab XXI (Z) dicatat sebagai kondisi utama, sedangkan informasi di rekam medis terekam kondisi lain yang lebih menggambarkan diagnosis pasien dan kepada kondisi ini terapi diberikan maka reseleksi kondisi tersebut sebagai diagnosis utama. Contoh dari Rule MB 3 yaitu :

Diagnosis Utama : Hematuria

Diagnosis Sekunder : Varises vena tungkai Papilomata dinding belakang kandung kemih

Pengobatan : Eksisi diatermi papillomata

Spesialisasi : Urologi

Dikode D41.4 (*Neoplasm Of Uncertain Or Unknown Behaviour Of Bladder*) sebagai diagnosis utama, hematuria dan varises vena tungkai sebagai diagnosis sekunder.

4. Rule MB 4

Spesifisitas, bila diagnosis yang dicatat sebagai diagnosis utama adalah istilah yang umum, dan ada istilah lain yang memberi informasi lebih tepat tentang topografi atau sifat dasar suatu kondisi, maka reseleksi kondisi terakhir sebagai diagnosis utama. Contoh dari Rule MB 4 yaitu :

Diagnosis Utama : *Cerebrovascular acciden*

Diagnosis Sekunder : Diabetes mellitus Hipertensi Perdarahan otak

Dikode I61.9 (*Intracerebral Haemorrhage, Unspecified*) sebagai diagnosis utama, diabetes mellitus dan hipertensi sebagai diagnosis sekunder, dan *cerebrovascular accident* tidak dikoding.

5. Rule MB 5

Rule MB5 merupakan diagnosis alternatif, yaitu:

- 1) jika terdapat gejala atau tanda yang ditulis sebagai diagnosis utama yang kemungkinan saling berkaitan, maka gejala tersebut sebagai diagnosis utama. contoh:

Diagnosis Utama : Sakit kepala mungkin karena stress atau tegangan otot atau sinusitis akut
Diagnosis Sekunder : -

Dikode R51 (*Headache*) sebagai diagnosis utama

- 2) jika terdapat dua atau lebih diagnosis tertulis sebagai diagnosis utama, maka dipilih diagnosis yang paling pertama ditulis oleh DPJP sebagai diagnosis utama. Contoh: Diagnosis Utama : Kolesistitis akut atau pankreatitis akut
Diagnosis Sekunder : -

Dikode K81.0 (*Acute Cholecystitis*) sebagai diagnosis utama

2.1.4 Kodefikasi

a. Definisi Kodefikasi

Kodefikasi merupakan kegiatan pemberian kode klasifikasi klinis sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan medis yang terbaru, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Kemenkes, 2022).

Kodifikasi merupakan salah satu dari tujuh kompetensi perekam medis yang harus dikuasai, kegiatan kodifikasi adalah mengkode dengan huruf atau dengan angka atau kombinasi keduanya untuk menentukan kode diagnosis serta tindakan yang dilakukan. Pemberian kode ini bertujuan untuk mengklasifikasikan penyakit dan tindakan berdasarkan

kriteria tertentu yang telah disepakati yaitu ICD 10 versi 2010 dan ICD 9 CM. Hal terpenting yang harus diperhatikan perekam medis yaitu ketepatannya dalam memberikan kode, dengan tepatnya kode tersebut maka akan menghasilkan data yang akurat dan berkualitas. Sehingga mempermudah proses pengklaiman pada BPJS Kesehatan.

b. Fungsi dan Tujuan Kodifikasi

Tujuan pengkodean diagnosis menurut WHO (World Health Organization) sebagai menyeragamkan nama dan golongan penyakit, cedera, gejala, dan faktor yang mempengaruhi kesehatan.

Menurut (Hatta, 2013), standar etik pengkodean seorang coder profesional yang dikembangkan AHIMA, sebagai berikut :

1. Akurat, lengkap dan konsisten untuk menghasilkan data yang berkualitas .
2. Pengkode harus mengikuti sistem klasifikasi yang sedang berlaku dengan memilih pengkodean diagnosis dan tindakan yang tepat.
3. Pengkodean harus ditandai dengan laporan kode yang jelas dan konsisten pada dokumentasi dokter dalam rekam medis pasien.
4. Pengkodean profesional harus berkonsultasi dengan dokter untuk klarifikasi dan kelengkapan pengisian data diagnosis dan tindakan.
5. Pengkodean profesional harus sebagai anggota dari tim kesehatan, harus membantu dan mensosialisasikan kepada dokter dan tenaga kesehatan lainnya.
6. Perekam medis harus mampu berkolaborasi, berkoordinasi dengan tenaga medis lainnya untuk penegakan kodifikasi penyakit dan kodifikasi tindakan yang tepat, akurat.
7. Pengkode profesional harus mengembangkan kebijakan pengkodean di institusinya.
8. Pengkode profesional harus secara rutin meningkatkan kemampuannya dibidang pengkodean.
9. Pengkode profesional senantiasa berusaha memberi kode yang paling sesuai untuk pembayaran

c. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Akurasi Koding

Keakuratan kodefikasi adalah ketepatan dalam penulisan kode berdasarkan ICD-10. Keakuratan kodefikasi merupakan tanggung jawab seorang koder. Koding yang akurat akan menghasilkan informasi yang akurat dan berkualitas. Keakuratan koding dipengaruhi oleh faktor – faktor sebagai berikut (A. Mayang, 2017) :

a) Tenaga Medis dan petugas koding

Pengkodingan sangat bergantung pada kelengkapan diagnosis yang ditentukan oleh dokter sebagai penegak diagnosis yang nantinya akan dikode oleh petugas kode. Petugas koding bertanggung jawab atas keakuratan kode diagnosis yang telah ditetapkan oleh petugas medis.

b) Kelengkapan DRM

Kelengkapan DRM sangat mempengaruhi keakuratan kode diagnosis yang dilakukan oleh petugas koding. Sebelum melakukan kodefikasi petugas koding diharuskan mengecek data rekam medis pasien, hasil pemeriksaan pasien, tindakan/ pelayanan, serta laporan – laporan penting lainnya untuk menemukan apabila terjadi kesalahan pada pencatatan.

c) Sarana

Sarana koding yang dibutuhkan dalam melakukan kodefikasi adalah ICD-10 dengan tahun revisi yang telah disepakati dan kamus kedokteran untuk mengartikan bahasa terminologi medis yang sulit dimengerti.

d) Kebijakan

Dalam melakukan pengkodean petugas koding harus melakukan koding sesuai dengan SOP yang ada. Prosedur pengkodean dalam SOP tersebut juga sangat mempengaruhi keakuratan kodefikasi diagnosis penyakit.

2.1.5 Klaim BPJS

a. Definisi Klaim

Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan (Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018).

b. Verifikasi

Verifikasi adalah kegiatan penilaian administrasi klaim yang diajukan pemberi pelayanan yang ditunjuk oleh pelaksana verifikasi dengan mengacu kepada standar penilaian klaim. Tujuan dilaksanakan verifikasi adalah diperolehnya hasil pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat miskin yang menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu. Verifikasi program jaminan kesehatan masyarakat

- a) Verifikasi administrasi kepesertaan; kartu peserta, nomor surat keabsahan peserta dan surat rujukan.
- b) Administrasi pelayanan; diagnosis penyakit, tindakan medis, bukti pelayanan, tanda tangan dokter, tanda tangan komite medis untuk severity level 3.
- c) Administrasi keuangan; bukti pembayaran tarif tindakan dan form paket INA-CBG.

c. Hal-Hal yang Menyebabkan Pengembalian Klaim

Klaim BPJS akan dikembalikan apabila tidak memenuhi persyaratan saat dilakukan verifikasi. Hal yang menyebabkan pengembalian klaim BPJS adalah sebagai berikut :

- a) Kekurangan kelengkapan berkas klaim
- b) Ketidak sesuaian data pasien
- c) Ketidak sesuaian pengkodean yang dilakukan oleh koder antaradiagnosis dan kode penyakit
- d) Ketidak sesuaian kode diagnosis dan kode pada INA-CBGs
- e) Tidak terdapat bukti pelayanan

Klaim yang dikembalikan oleh verifikator disertai dengan berita acara pengembalian klaim beserta alasannya. Berkas klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali pada pengajuan klaim bulan berikutnya (Peraturan BPJS Kesehatan, 2018).

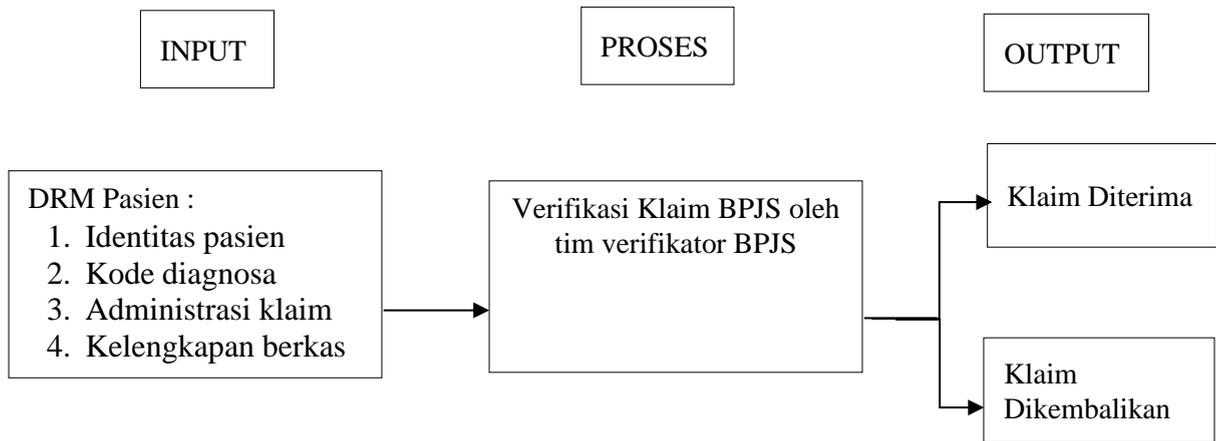
2.1.6 Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman *Indonesian Case Base Group* (INA-CBG) menyebutkan bahwa dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan merupakan acuan bagi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan pihak lain yang terkait mengenai metode pembayaran INA- CBG dalam pelaksanaan klaim pelayanan Jaminan Kesehatan (PMK RI, 2021).

Diagnosis pasien saat keluar dari rumah sakit atau bisa disebut juga dengan diagnosa utama merupakan dasar dalam menentukan biaya perawatan. Diagnosis tersebut kemudian diberikan kode sesuai dengan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* (ICD-10).

Proses penentuan kode INA-CBG beserta tarifnya dimulai pada saat pasien keluar dari rumah sakit, sumber data untuk proses pengkodean pada INA-CBG berasal dari resume medis yaitu data diagnosis dan tindakan, apabila diperlukan dapat melihat dokumen rekam medis. Ketepatan koding diagnosis dan tindakan sangat berpengaruh terhadap hasil *grouping* dalam aplikasi INA-CBG karena akan menghasilkan kode INA-CBG beserta tarif pada setiap pasien (PMK RI, 2021).

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangkap Konsep

Kerangka konsep di atas menjelaskan mengenai analisis ketidakakuratan kode diagnosis pada pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di RSUD Pindad. Input dalam penelitian ini yaitu dokumen rekam medis pasien rawat inap yang berisikan identitas pasien, kode diagnosa, administrasi klaim, dan kelengkapan berkas. Dalam proses pelaksanaannya, terdapat pengajuan berkas klaim BPJS dari pihak rumah sakit untuk diverifikasi oleh tim verifikator BPJS, peneliti dapat melakukan analisis ketidakakuratan kode diagnosis pada pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap sesuai dengan hasil verifikasi klaim BPJS oleh tim verifikator BPJS. Dari proses tersebut didapatkan output berupa klaim diterima dan klaim dikembalikan pada berkas klaim BPJS rawat inap di RSUD Pindad