
Analisis Hasil Koding yang Dihasilkan oleh Coder di Rumah Sakit Pemerintah X di Kota Semarang Tahun 2012

Analysis of coding obtained from Coders in X Public Hospital in Semarang, 2012

Dewi Indah Yuniati

Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Korespondensi: Dewi Indah Yuniati

e-mail: drdewinda@gmail.com

Abstrak

Coder mempengaruhi penerimaan rumah sakit karena kemampuannya dalam menetapkan kode menggunakan ICD untuk mengkode diagnosa dan prosedur yang tercatat didalam dokumen rekam medis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan hasil koding coder di Rumah Sakit Pemerintah X Semarang dan potensi kerugian yang mungkin terjadi. Metode yang digunakan adalah kuantitatif, melibatkan 6 orang coder yang dibagi menjadi 2 kelompok yaitu standar dan uji, berdasarkan masa kerja dan pelatihan yang pernah diikuti. Hasil koding dan besaran klaim antar kelompok dibandingkan. Dari penelitian didapatkan kompetensi coder perlu ditingkatkan karena rerata hasil tarif lebih rendah dari kelompok standar yang tinggi 32,6%, berpotensi menurunkan pendapatan rumah sakit rata-rata sebesar 4,2% dari klaim yang seharusnya diterima.

Kata kunci : Coder, Koding, ICD, INA-CBG's

Abstract

Coders affect hospital revenue due to their ability to determine specific code using ICD for diagnoses and procedures stated in medical record. This study aimed to determine the competence of coder in X Hospital and potential losses that may occur. Quantitative method was used in this study, involving 6 coders who were divided into 2 groups: standard and test groups, based on years of experience and followed trainings. Coding results and the amount of the claim were compared between groups. The study showed coder's competence still needs to be improved. This was characterized by a high average undercoding result that reached 32.6% and potentially lowering hospital revenue by an average of 4.2% of claims that should be obtained by the hospital.

Keyword: Coders, Coding, ICD, INA-CBG's

Pendahuluan

Dalam sistem CBG's ketepatan petugas rumah sakit dalam melakukan pengkodean terhadap diagnosis dan prosedur yang dilakukan selama perawatan pasien akan berpengaruh terhadap besaran klaim yang diterima. Petugas rumah sakit, dalam hal ini coder, sangat mungkin melakukan *upcoding* maupun *undercoding* apabila tidak mampu menerjemahkan kondisi medis kedalam bahasa ICD yang digunakan sebagai dasar pengkodean. Akibatnya rumah sakit dimungkinkan untuk mendapat pembayaran lebih rendah dari yang seharusnya bila terjadi *undercoding* dan sebaliknya bila terjadi *upcoding*.

Pelaksanaan program Jamkesmas yang kini menggunakan sistem pembiayaan *casemix*, yaitu sistem pembayaran dengan klasifikasi episode perawatan pasien, didesain untuk mengelompokkan kelas-kelas yang relatif homogen dengan memperhatikan sumber daya yang digunakan dan berisi pasien dengan karakteristik klinis yang serupa (Palmer, 2001). Di Indonesia, sistem yang dikenal dengan nama INA-CBG's (*Indonesia Case Base Group*) ini merupakan sistem pengendalian biaya pelayanan kesehatan yang

berhubungan dengan mutu, pemerataan, jangkauan dalam sistem kesehatan yang menjadi salah satu unsur dalam pembelanjaan kesehatan serta mekanisme pembayaran untuk pasien berbasis kasus campuran.

Suatu studi yang dilakukan oleh OIG (*Office of Inspector General*) pada tahun 1995 dengan melibatkan 8 petugas Medicare untuk mengkode data dari 5 pasien ternyata menghasilkan tidak ada satupun dari kelima sampel itu yang dikoding sama oleh ke-8 petugas coder yang terlibat (Today, 2003). Adapun faktor – faktor yang menyebabkan kesalahan pengkodean menurut Bowman (1992) adalah sebagai berikut: (1) kegagalan peninjauan seluruh catatan, (2) pemilihan diagnosis utama yang salah, (3) pemilihan kode yang salah, (4) mengkode diagnosis atau prosedur yang salah oleh karena isi catatan, dan (5) kesalahan didalam memasukkan kode ke dalam *database* atau pada tagihan, yang bersumber dari dokter (62%), coder (35%) dan kesalahan pengisian (3%). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa koding bersifat sangat subyektif dan bersinergi dengan kesalahan dokter (Lloyd, 1985).

Kesalahan yang dilakukan oleh dokter meliputi prosedur yang terlupakan (46,3%), diagnosa yang terlupakan (42,9%), diagnosa utama yang kurang tepat (5,4%), terminologi yang kurang tepat (4,4%) dan diagnosa yang tidak aktif dianggap sebagai diagnosa aktif (0,9%). Sedangkan pada *coderk* kesalahan yang lebih sering terjadi adalah keputusan untuk memilih apa yang harus dikoding ketimbang kesalahan pemilihan kode. Kebanyakan kesalahan yang terjadi adalah pengkodean untuk prosedur non operatif.

Kesalahan umum yang dilakukan *coder* antara lain memasukan informasi yang salah sebagai akibat kesalahan memutuskan apa yang seharusnya dikoding, salah membaca rekam medis serta kesalahan *typographical*. Selain itu juga adanya keputusan yang bersifat ambigu seperti *coder* tidak mendapat informasi yang akurat. Yang terakhir ini tidak selalu merupakan kecelakaan namun lebih merupakan hasil dari usaha sistemik (Ferver, 2009).

Pada suatu studi yang dilakukan di Thailand terhadap 10 rumah sakit yang melayani dengan sistem DRG, kesalahan ditemukan pada 42% abstraksi dari rekam medis sampai dengan ringkasan pulang dengan kesalahan yang paling umum terjadi adalah diagnosa sekunder. Sebagai tambahan lebih dari separuh ringkasan pulang dikoding tidak tepat. Untuk tipe kesalahan model ini, 20% dapat diperbaiki oleh petugas *coder* yang tersertifikasi (Pongpirul, 2011). Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan bertujuan untuk mengetahui perbedaan hasil koding *coder* di Rumah Sakit Pemerintah X Semarang dan potensi kerugian yang mungkin terjadi akibat perbedaan pengkodean serta faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan pengkodean.

Metodologi Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan lokasi penelitian di Rumah Sakit Pemerintah X Semarang pada periode Januari - Desember 2014. Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen rekam medik pasien rawat inap yang menggunakan Jamkesmas di Rumah Sakit Pemerintah X Semarang pada periode Januari - Desember 2012 yang termasuk dalam 20 penyakit terbanyak dan 20 penyakit dengan biaya terbesar. Diagnosa penyakit yang akan diteliti dibatasi hanya untuk kasus Kemoterapi untuk keganasan, *Congestive Heart Failure*, *Benign Neoplasm of Cerebral Meninges* dan *Malignant Neoplasm of Cervix Uteri*.

Jumlah sampel yang digunakan dihitung berdasarkan rumus dari Isaac dan Michael sejumlah

172. Pengambilan sampel digunakan dengan menggunakan metode *stratified random sampling*. Jumlah sampel yang didapat berdasarkan penghitungan akan diambil dengan cara mengelompokkan sampel berdasarkan diagnosis - diagnosis terpilih kemudian nomor rekam medis yang digunakan dipilih secara acak dari seluruh data yang masuk dalam populasi.

Penelitian ini melibatkan 6 informan yang akan melakukan proses koding terhadap dokumen rekam medis yang menjadi sampel penelitian. Dari 6 orang tersebut 3 diantaranya akan menjadi kelompok standar dan dibandingkan terhadap 3 orang lainnya. Seluruh informan yang terlibat adalah *coder* yang melakukan koding untuk pasien rawat inap di *Center for Casemix* Rumah Sakit Pemerintah X.

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah telaah data primer berupa data yang dihasilkan oleh petugas *coder* rekam medis dan data nilai klaim yang dihasilkan oleh grouper UNU versi 4.0 dari hasil koding tersebut. Masing-masing *coder* diberikan dokumen rekam medik yang sudah dipisahkan terlebih dahulu lembar resume medik didalamnya. Hasil koding pada kelompok standar akan dibandingkan satu sama lain. Apabila ditemukan perbedaan hasil pengkodean maka dilakukan konsensus oleh ketiga *coder* yang masuk didalam kelompok ini untuk menentukan kode diagnosis dan prosedur yang paling tepat menurut mereka. Hasil koding seluruh kelompok standar termasuk hasil konsensus digunakan sebagai pembandingan terhadap hasil koding kelompok *coder* lainnya. Selanjutnya seluruh hasil koding yang didapat baik oleh kelompok standar maupun pembandingan dimasukkan kedalam *software* INA-CBG's versi 4.0 untuk dibandingkan besaran klaim yang didapat oleh masing-masing kelompok.

Data hasil koding yang didapat dari hasil koding masing-masing *coder* yang masuk dalam kelompok standar akan dibandingkan satu sama lain. Kemudian dihitung prosentase berdasarkan jumlah data sama dan data berbeda terhadap data yang dihasilkan. Apabila didapatkan data yang berbeda maka dilakukan konsensus oleh seluruh *coderyang* terdapat dikelompok standar untuk menghasilkan koding standar. Selanjutnya hasil koding yang dilakukan oleh *coder-coderyang* lain dibandingkan terhadap standar tersebut serta dihitung prosentase berdasarkan jumlah data sama dan data berbeda terhadap standar.

Langkah berikutnya adalah memasukkan hasil koding standar dan *Coder* lain kedalam program UNU grouper versi 4.0 yang outputnya adalah besaran klaim untuk rumah sakit. Kemudian besaran

klaim yang didapat dari hasil koding masing-masing petugas *coder* akan dibandingkan dengan hasil koding petugas *coder* kelompok standar. Keterbatasan Penelitian ini adalah pada penelitian ini dokter tidak dilibatkan karena tujuan yang hendak dicapai adalah untuk mengetahui kemampuan *coder* dalam melakukan koding.

Hasil Penelitian

Penelitian ini menggunakan 172 dokumen rekam medik yang dipilih secara acak dari sebanyak 1552 populasi pasien. Adapun informan dalam penelitian ini adalah petugas *coder* yang melakukan koding pasien Rawat inap di Rumah Sakit Pemerintah X Semarang sejumlah 6 orang dengan karakteristik informan dapat dilihat pada tabel 1.

Pendidikan *coder* yang terlibat cenderung sama yaitu D3 Rekam Medik dengan 1 *coder* dengan pendidikan yang lebih tinggi yaitu S1 Kesehatan Masyarakat yang dasar pendidikan sebelumnya adalah D3 Rekam Medik. Tiga orang *coder* merupakan dosen pembimbing bagi mahasiswa Akademi Perkam Medik yang sedang melakukan Praktek Kerja

Lapangan di rumah sakit.

Dari keenam *coder* yang terlibat, 3 orang memiliki pengalaman sebagai *coder* lebih dari 10 tahun, yaitu 20 tahun untuk *coder* 1, 17 tahun untuk *coder* 2 dan 10 tahun untuk *coder* 3. Sedangkan *coder* 4 memiliki pengalaman selama 4 tahun, *coder* 5 memiliki pengalaman selama 3 tahun dan *coder* 6 berpengalaman selama 2 tahun sebagai *coder*.

Adapun pelatihan yang pernah diikuti oleh *coder* 1, 2 dan 3 tidak hanya pelatihan mengenai tehnik koding, melainkan juga pelatihan mengenai penggunaan *software* yang digunakan dalam INA-CBG's. *Coder* 4, 5 dan 6 sama sekali belum pernah mengikuti pelatihan sejenis.

Gambaran umum mengenai kompleksitas penyakit dilihat dari jumlah diagnosis dan prosedur yang terdapat pada dokumen rekam medik yang diteliti menurut hasil koding dari kelompok standar dan dapat dilihat pada tabel 2.

CMG yang dihasilkan oleh kelompok standar setelah hasil koding dimasukkan kedalam *software grouper* adalah sejumlah 8 buah yang terdiri dari kelompok B, C, G, I, L, N, U dan W dengan rincian

Tabel 1. Karakteristik Informan

Kode Coder	Jenis Kelamin	Usia (tahun)	Lama Kerja (tahun)	Pernah/tidak mengikuti pelatihan koding tingkat nasional	Dosen/ tidak
C1	Pria	54	20	Pernah	Dosen
C2	Pria	39	17	Pernah	Dosen
C3	Wanita	37	10	Pernah	Dosen
C4	Wanita	32	4	TidakPernah	Tidak
C5	Wanita	27	3	TidakPernah	Tidak
C6	Pria	26	2	TidakPernah	Tidak

Tabel 2. Jumlah Diagnosis dan Prosedur

	JUMLAH												Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Diagnosis	0	55	32	26	25	0	4	5	7	10	3	5	172
Prosedur	71	38	30	17	7	6	0	3	0	0	0	0	172

sebagai berikut: 4 di kelompok B, 88 dikelompok C, 9 dikelompok G, 29 dikelompok I, 7 dikelompok L, 9 dikelompok N, 10 dikelompok U dan 16 dikelompok W.

Ketepatan Koding

Hasil koding yang dilakukan oleh *coder* yang dijadikan kelompok standar terlihat dalam tabel 3. Sementara untuk perbandingan hasil koding antara kelompok standar dengan kelompok uji dapat dilihat pada tabel 4

Selain itu ada 23 dokumen yang telah dikoding tepat oleh *coder* 4, *coder* 5 dan *coder* 6 untuk seluruh diagnosis dan prosedurnya bila dibandingkan dengan kelompok standar, 1 dokumen yang telah dikoding tepat untuk seluruh diagnosisnya dan 7 dokumen rekam medik yang dikoding tepat untuk seluruh prosedurnya.

Tabel 5 menggambarkan bahwa Case Mix Grup (CMG) hasil grouping dari seluruh koding yang didapatkan setelah dimasukkan kedalam *software*

Tabel 3. Hasil Koding Kelompok Standar

Variabel	Koder 1,2&3	
	n	%
Sama Diagnosis & Prosedur	138	80.2
Sama Diagnosis	3	1.7
Sama Prosedur	9	5.2
Beda Diagnosis & Prosedur	22	12.8
Total	172	100

Tabel 4. Perbandingan hasil koding

Variabel	Koder 4		Koder 5		Koder 6	
	n	%	n	%	n	%
Tepat Diagnosis & Prosedur	53	30.8	47	27.3	48	27.9
Tepat Diagnosis	11	6.4	22	12.8	26	15.1
Tepat Prosedur	33	19.2	32	18.6	36	20.9
Tidak tepat Diagnosis & Prosedur	75	43.6	71	41.3	62	36
Total	172	100	172	100	172	100

Tabel 5. CMG Hasil grouping

CMG	B	C	G	I	L	N	U	W	Lain	Total	Beda	Sama
Standar	4	88	9	29	7	9	10	16	0	172	0	172
Koder 4	4	92	9	29	0	9	13	13	3	172	20	152
Koder 5	4	85	9	29	7	6	13	19	0	172	12	160
Koder 6	4	85	9	29	4	9	10	22	0	172	12	160

Tabel 6. Cross tab Hasil Koding

Variabel	Ketepatan Koding	
	Tepat	Tidak Tepat
Lama jadi Koder		
Standar	138	71.5
Koder 4	53	71.5
Koder 5	47	71.5
Koder 6	48	71.5
Total	286	402

INA-CBG's 4.0 baik pada kelompok standar dan kelompok pembanding.

Hubungan Antara Lama menjadi Coder dan Ketepatan Koding

Untuk mengetahui adakah hubungan antara lamanya menjadi coder dan ketepatan koding yang dihasilkan, dilakukan uji *Chi Square* pada tabel 6

Hipotesis yang diajukan pada penelitian ini sebagai berikut :

Ho : Tidak ada perbedaan ketepatan koding yang dihasilkan oleh petugas koder terhadap standar

Ha : Ada perbedaan ketepatan koding yang dihasilkan oleh petugas koder terhadap standar

Hipotesis statistik:

Ho : $\mu_1 = \mu_2$

Ha : $\mu_1 \neq \mu_2$

μ_1 = jumlah koding yang tepat yang dihasilkan petugas koder

μ_2 = jumlah koding yang tepat yang dihasilkan oleh standar

Kemudian dihitung nilai X^2 dengan rumus :

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dimana : O = hasil observasi dan E = hasil yang diharapkan

Hasil perhitungan : $X^2 = 141,6$

Untuk $\alpha = 0,05$ dan dk = 3 pada tabel X^2 didapatkan 7,815 maka kesimpulan uji Ho ditolak.

Dengan demikian didapatkan bahwa ada hubungan antara ketepatan koding dengan lamanya menjadi Koder.

Potensi Kerugian Rumah Sakit

Besaran klaim yang diterima oleh rumah sakit dapat diketahui setelah hasil koding dimasukkan kedalam program INA-CBG's. Tabel 7 menggambarkan per-

bandingan tarif yang dihasilkan oleh kelompok standar dan kelompok uji yang dinyatakan dengan lebih rendah, sama dan lebih tinggi.

Dari hasil penghitungan didapatkan jumlah klaim yang dihasilkan oleh coder 4 sebesar Rp. 564.372.285,- dengan selisih kurang terhadap klaim yang dihasilkan standar adalah sebesar Rp. 44.218.148,- atau 7,3% dibanding kelompok standar. Coder 5 menghasilkan total klaim sejumlah Rp. 625.334.947 dengan selisih lebih terhadap klaim yang dihasilkan kelompok standar sebesar Rp. 16.744.514,- atau 2,8% sedangkan coder 6 menghasilkan klaim sejumlah Rp 559.632.015,- dengan selisih kurang terhadap standar adalah 8% atau sebesar Rp. 48.958.416,-.

Faktor-faktor Penyebab Kesalahan Koding

Untuk mencari hal-hal yang menyebabkan coder melakukan kesalahan dalam melakukan koding, dilakukan wawancara kepada coder. Menurut coder 1 dan 2, hal tersebut disebabkan tulisan dokter yang sulit dibaca sehingga membuat mereka mengira-ngira apa sebenarnya yang dimaksudkan oleh dokter. Hal yang sama juga disampaikan oleh coder 3.

Menurut coder 4 selain tulisan dokter yang sulit dibaca, seringkali ditemui dalam rekam medik catatan tidak lengkap, contohnya laporan operasi. Hal yang demikian membuatnya merasa bingung dalam memilih kode yang tepat untuk prosedur tersebut secara lengkap. Coder 5 juga mengeluhkan tulisan dokter yang sulit untuk dibaca, laporan yang tidak lengkap dan kebingungan dalam memilih kode yang paling tepat untuk diagnosis dan prosedur yang ada di dalam rekam medik berdasarkan kaidah ICD karena suatu diagnosis dan prosedur bisa diinterpretasi secara berbeda sebab diatur beberapa kali dalam bab yang berbeda. Sedangkan coder 6 lebih menge-

Tabel 7. Tarif Klaim

Variabel	Koder 4		Koder 5		Koder 6	
	n	%	n	%	n	%
Tarif lebih tinggi	14	8.1	16	9.3	6	3.5
Tarif sama	107	62.2	80	46.5	125	72.7
Tarif lebih rendah	51	29.7	76	44.2	41	23.8
Total	172	100	172	100	172	100

luhan soal tulisan dokter yang sulit dan kadang tidak lengkap.

Pembahasan

Kompleksitas Penyakit

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa diagnosis dalam dokumen rekam medik yang paling banyak dikoding tepat oleh ketiga Coder adalah yang berjumlah 2. Sedangkan prosedur dalam rekam medik yang paling banyak dikoding tepat oleh ketiga Coder adalah yang berjumlah 1. Adapun jumlah rekam medik yang dikoding tepat oleh ketiga Coder untuk diagnosis dan prosedur bila dibandingkan dengan kelompok standar sejumlah 23 dari total 172 dokumen rekam medik. Hal ini menunjukkan bahwa semakin kompleks suatu kondisi yang dialami pasien yang ditandai dengan semakin banyak diagnosis yang diderita dan prosedur yang dijalani maka akan semakin besar kemungkinan terjadinya kesalahan koding terutama oleh Coder muda.

Ketepatan Koding

Hasil koding pada kelompok standar didapatkan bahwa dari 172 dokumen rekam medik, ada 138 dokumen atau 80,2% yang dikoding sama oleh ketiga Coder untuk seluruh diagnosis dan prosedurnya. Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan interpretasi Coder dalam mengkode dokumen rekam medik yang sama. Terbukti dari studi yang dilakukan oleh OIG (*Office of Inspector General*) pada tahun 1995 dengan melibatkan 8 petugas Medicare untuk mengkode data dari 5 pasien ternyata menghasilkan tidak ada satupun dari kelima sampel itu yang dikoding sama oleh ke-8 petugas Coder yang terlibat. (Today, 2003)

Menurut Lloyd (1985) pada Coder kesalahan yang lebih sering terjadi adalah keputusan untuk memilih apa yang harus dikoding ketimbang kesalahan pemilihan kode dimana kebanyakan kesalahan yang terjadi adalah pengkodean untuk prosedur non operatif. Ferver (2009) menyatakan bahwa kesalahan umum yang dilakukan Coder antara lain memasukan informasi yang salah sebagai akibat kesalahan memutuskan apa yang seharusnya dikoding, salah membaca rekam medis serta kesalahan *typographical*. Selain itu juga adanya keputusan yang bersifat ambigu seperti Coder tidak mendapat informasi yang akurat.

Dari hasil koding kelompok uji pada penelitian ini didapatkan 30,8% yang dikoding sama dibandingkan standar untuk seluruh diagnosis dan prosedur oleh Coder 4, 27,3 % oleh Coder 5 dan 27,9% oleh Coder 6. Angka prosentase yang didapat

termasuk rendah untuk Coder yang bekerja di RS Pemerintah X Semarang yang merupakan rumah sakit kelas A dan rujukan nasional untuk kasus Bedah Epilepsi. Kondisi ini dimungkinkan karena Coder masih kurang pengalaman koding. Hal ini bisa kita lihat dari riwayat pengalaman sebagai Coder yang masih kurang dari 5 tahun. Selain itu ketiga Coder muda ini juga belum pernah mendapatkan pelatihan koding khususnya mengenai tehnik koding yang berskala nasional. Menurut Clack (2009), pengalaman penting bagi Coder dalam penetapan kode menggunakan ICD 9 CM dan ICD 10 untuk mengkode diagnosa, prosedur, dan pelayanan yang tercatat di dalam dokumen rekam medis serta membuat data statistik mengenai utilisasi dan penelitian.

Hubungan Antara Lama menjadi Coder dan Ketepatan Koding

Dari hasil uji *Chi Square* didapatkan bahwa ada hubungan antara ketepatan hasil koding dengan pengalaman menjadi Coder. Clack (2009) menyatakan bahwa pekerjaan Coder sangat penting dalam tingkat yang bervariasi. Pengalaman tidak didapatkan diruang kelas melainkan dibangun melalui praktek melakukan koding. Pentingnya pengalaman adalah karena peran *coder* di fasilitas kesehatan untuk mengkode diagnosis dan prosedur menggunakan ICD.

Potensi Kerugian Rumah Sakit

Dari hasil penelitian tampak bahwa Coder 4 menghasilkan 65 dokumen yang berbeda kelompok tarifnya terhadap standar : 8,1% menghasilkan kelompok tarif yang lebih tinggi dan 37,8% menghasilkan kelompok tarif yang lebih rendah. Pada Coder 5 ada 92 dokumen yang berbeda kelompok tarif terhadap standar dimana 9,3% masuk ke kelompok tarif lebih tinggi dan 44,2% masuk ke kelompok tarif lebih rendah. Coder 6 menghasilkan 47 dokumen berbeda kelompok tarifnya, 3,5% masuk ke kelompok tarif lebih tinggi dan 23,8% masuk ke kelompok tarif lebih rendah bila dibandingkan kelompok standar.

Dengan demikian hasil *grouping* dengan tarif lebih rendah rata-rata dari ketiga Coder adalah 32,6% dan rerata dengan tarif lebih tinggi adalah 7%. Hal ini tidak jauh berbeda dengan hasil survei awal yang dilakukan ditempat yang sama yaitu 40% tarif lebih rendah dan 3% tarif lebih tinggi bila dibandingkan dengan tarif yang dihasilkan oleh Coder senior. Angka ini tidak berbeda dengan angka yang dilaporkan oleh Bibbins, 2007 dimana *upcoding* DRG yang ditemukan bervariasi dari 7 sampai 13 % (Bibbins,

2007).

Rata-rata tarif yang lebih rendah sebesar 32,6% perlu mendapat perhatian khusus dari rumah sakit mengingat hal tersebut dapat mengakibatkan *potential loss* untuk pendapatan rumah sakit. Hal ini terbukti dari hasil koding yang dilakukan oleh *coder* 4 yang mengakibatkan selisih kurang 7,3% dan *coder* 6 sebesar 7,8% dari total klaim kelompok standar. Kondisi ini sedikit berbeda bagi *coder* 5 yang walaupun hasil yang tarif yang lebih rendah terbesar, yaitu 44,2% dari seluruh dokumen namun menghasilkan selisih positif 3% dari total klaim kelompok standar. Hal ini disebabkan oleh hasil tarif yang lebih tinggi yang dihasilkan *coder* ini juga tertinggi diantara ketiga *coder* yaitu sebesar 9,3% merupakan kasus-kasus yang menghasilkan tarif klaim yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok standar.

Faktor-faktor Penyebab Kesalahan Koding

Dari hasil wawancara didapatkan bahwa seluruh *coder* baik yang termasuk di dalam kelompok standar maupun uji sependapat bahwa penyebab utama kesalahan dalam melakukan koding adalah tulisan dokter yang sulit dibaca. Selain itu tulisan dokter pada dokumen rekam medik yang tidak lengkap menyebabkan mereka kurang tepat dalam melakukan koding.

Hal ini sesuai dengan faktor-faktor yang menyebabkan kesalahan pengkodean menurut Bowman (1992) yaitu kegagalan peninjauan seluruh catatan, pemilihan diagnosis utama yang salah, pemilihan kode yang salah, mengkode diagnosis atau prosedur yang salah oleh karena isi catatan dan kesalahan di dalam memasukkan kode ke dalam database atau pada tagihan. Sedangkan menurut Lloyd (1985) ketepatan hasil koding dipengaruhi oleh Dokter (62%), Koder (35%) dan ketepatan pengisian kedalam software (3%) Koding bersifat sangat subyektif dan bersinergi dengan kesalahan dokter. Kesalahan yang dilakukan oleh dokter meliputi prosedur yang terlupakan (46,3%), diagnosa yang terlupakan (42,9%), diagnosa utama yang kurang tepat (5,4%), terminologi yang kurang tepat (4,4%) dan diagnosa yang tidak aktif dianggap sebagai diagnosa aktif (0,9%).

Ferver (2009) berpendapat bahwa kesalahan umum yang dilakukan Koder antara lain memasukan informasi yang salah sebagai akibat kesalahan memutuskan apa yang seharusnya dikoding, salah membaca rekam medis serta kesalahan *typographical*. Selain itu juga adanya keputusan yang bersifat ambigu seperti koder tidak mendapat informasi yang

akurat.

Logic Grouper

Pada kelompok hasil *grouping* yang sama selain didapatkan kasus-kasus yang seluruh diagnosis dan prosedurnya dikode sama terhadap kelompok pembanding juga didapatkan dokumen yang hanya sama koding seluruh diagnosisnya, sama hanya koding prosedurnya bahkan yang tidak sama untuk seluruh diagnosa maupun prosedur yang dikerjakan. Hal ini bisa dijelaskan dengan *logic grouper* yang akan mengolah diagnosis - diagnosis dan prosedur - prosedur apa saja yang akan masuk kedalam suatu kelompok tarif, yaitu:

1. Adanya kode-kode diagnosis dan prosedur yang berpengaruh kuat terhadap *grouping*
2. Adanya diagnosis sekunder dan prosedur tertentu yang akan meningkatkan derajat keparahan dari penyakit
3. Adanya diagnosis dan prosedur yang tidak berpengaruh terhadap hasil *grouping* sekalipun banyak ditemukan.

Logic grouper yang digunakan saat ini adalah dapatan dari UNU sehingga diagnosis - diagnosis dan prosedur prosedur apa saja yang akan mempengaruhi hasil *grouping* dan masuk kedalam kelompok tarif tidak bisa diketahui oleh penggunanya. Untuk itu peranan *coder* yang berkompeten sangat diperlukan guna mendapatkan hasil klaim yang optimal tanpa menyalahi kaidah yang berlaku di era pembiayaan pelayanan rumah sakit yang berdasarkan sistem *casemix*.

Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pengalaman *coder* berhubungan positif terhadap ketepatan koding. Semakin banyak diagnose dan prosedur yang diberikan pada pasien, semakin besar tingkat kesalahan koding oleh *coder* muda, *under-coding* oleh *coder* muda mencapai 32,6% dan berpotensi menurunkan pendapatan RS rata-rata sebesar 4,2% dibandingkan dengan klaim yang seharusnya. Adapun kesalahan koding umumnya berasal dari tulisan dokter yang sulit dibaca, kurang lengkapnya informasi yang ada dalam rekam medis, serta perbedaan perspektif dalam menggunakan *software*.

Daftar Pustaka

Averill, R. F., . Muldoon, John H, Vertrees, James C, . Goldfield, Norbert I, & Mullin, R. L., Fineran, Elizabeth C, . Zhang, Mona Z, Steinbeck, Barbara, Grant, Thelma 1998. The Evolution of Casemix Measurement Using Diagnosis Related

-
- Groups (DRGs). *3M HIS Research Report*, 5.
- Bibbins, B. B. 2007. Medicare Severity Diagnosis Related Groups (MS-DRGs) Set the Stage for Documentation and Koding Paradigm Shifts. *Journal of Health Care Compliance*, 9, 11-14,60-61.
- Bridges, J. F. P. H., Marion; Mazevska, Deniza 1999. A Qualitative Insight Into Rural Casemix Education. *CHERE Project Report*, 10.
- Clack, C. A. 2009. *Bridging the koding gap: From education to experience*. M.S. 1489780, The College of St. Scholastica.
- DEPKES 2008. Petunjuk Teknis Verifikasi tarif Paket Jamkesmas 2008 dengan INA DRG
- DEPKES 2011. Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI.
- DEPKES 2007. Standar Kompetensi Perekam Medis dan Etika Profesi
- Ferver, K. B., Bryan; Jesilow, Paul 2009. The Use of Claims Data in Healthcare Research. *The Open Public Health Journal*, 2, 11-24.
- Hovenga, E. J. 2010. Casemix and information system. In: Hovenga, E. J. (ed.) *Health Informatics: an overview*.
- Huffman, E. K. (ed.) 1994. *Medical Record Management*, Berwyn, Illinois: Physician Record Company.
- Khiaocharoen, O. B., MED, Pannarunothai, Supasit MD, PHD, & Zungsontiporn, C. M., Riewpai-boon, Wachara MD 2010. Casemix Classification Payment for Sub-Acute and Non-Acute Inpatient Care, Thailand. *J Med Assoc*, 93, 849-59.
- Kirsten, H., Arthur, A. & Linda, R. 2007. Restraining Medicare Abuse: The Case of Upkoding. *Research in Healthcare Financial Management*, 11, 1-25.
- Levinson, D. R. 2012. Documentation of Coverage Requirements for Medical Home Health Claims. In: USA, D. O. H. A. H. S. (ed.).
- Lloyd, S. S., Rissing, J. Peter 1985. Physician and Koding Errors in Patient Records. *JAMA*, 254.
- Lorence, D. P. & Ibrahim Awad, I. 2003. Benchmarking variation in koding accuracy across the United States. *Journal of Health Care Finance*, 29, 29-42.
- Palmer, G. R., Beth 2001. Evaluation of the performance of diagnosis-related groups and similar casemix systems: methodological issues. *Health Services Management Research*, 14, 71-81.
- Pongpirul, K. W., Damian G; Winch, Peter J; Robinson, Courtland 2011. A qualitative study of DRG koding practice in hospitals under the Thai Universal Coverage Scheme. *BMC Health Services Research*, 11.
- Rustiyanto, E. 2010. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang Terintegrasi. Gosyen Publishing. Yogyakarta
- Today, M. N. 2003. Primary care troubled by koding errors.