

skripsi roihatul jannah

ID : af1042c1fb127eee6b33c3fb8e858d8ad32e8f0f



File name : skripsi roihatul jannah.txt	Submitter : UMSIDA Perpustakaan
Original file size : 400.21 KB	Submission date : July 17, 2026
Number of words : 10,735	Upload type : interface
	analysis end date : July 17, 2026

 Summary (section 1/3)

Location of suspect texts in the document :



Included in the suspicious text score :

 Similarities 15%

Passages with similarities to sources found in different collections.



 AI detection <1%

Texts with stylistically similar formulations to AI-generated text.
This rate is an indicator, not proof. Check with the author that he/she has mastered the knowledge mentioned in the document.



 Unrecognized languages 4%

Passages in which some of the vocabulary used is not part of the language dictionary. This may be an attempt by the author to modify the text to make detection impossible.



Not included in the percentage of suspicious texts :

 Texts between quotes 2%

Passages between quotation marks, often revealing a quotation.

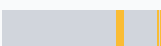
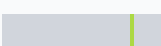
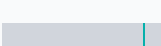
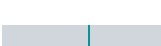
 **Similarities**

15%

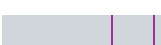
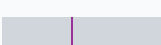
Passages with similarities to sources found in different collections.

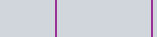
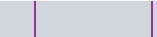
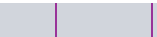
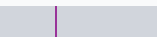
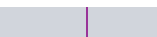
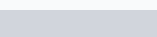
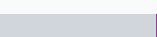
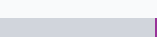
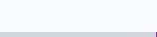


Main source detected

No.		Description	Similarities	Locations
1		Konsep Dasar External Causes Penyebab Luar Yang Tidak Spesifik doi.org/10.59841/jumkes.v2i3.1541 	4%	
2		publikasi.polije.ac.id publikasi.polije.ac.id/j-remi/article/download/6567/3225/39233 	3%	
3		perpus-utama.poltekkes-malang.ac.id perpus-utama.poltekkes-malang.ac.id/assets/file/kti/17410173025/7_B... 	3%	
4		journalcenter.org journalcenter.org/index.php/klinik/article/download/4610/3598/17362 	2%	
5		Cara Menentukan Kode ICD 10 sites.google.com/view/rekam-medis-dan-informasi-kese/cara-menentuk... 	1%	
6		repository.stikes-yrsds.ac.id repository.stikes-yrsds.ac.id/id/eprint/234/4/BAB%20II%20%20TINJAU... 	1%	
7		repository.stikessaptabakti.ac.id repository.stikessaptabakti.ac.id/479/1/SKRIPSI%20NADIA%20RAHMA%... 	1%	
8		PENGARUH KETEPATAN KODE DIAGNOSIS RAWAT JALAN... doi.org/10.31004/prepotif.v8i3.33773 	<1%	
13		jurnal.poltekkes-bsi.ac.id jurnal.poltekkes-bsi.ac.id/index.php/bsm/article/download/137/82/877 	<1%	
15		5 Penyebab Klaim BPJS Pending & Cara Mengatasinya medminutes.io/blog/5-penyebab-utama-klaim-bpjs-pending-dan-cara-m... 	<1%	

Source with incidental similarities

No.		Description		Similarities	Locations
9		SKRIPSI ANALISIS PERBANDINGAN PENDING KLAIM... #990eb8  Comes from my group		<1%	
10		Pengembangan Model Pengelolaan Klaim BPJS Kesehatan Rawa... doi.org/10.55681/jige.v6i3.4193 		<1%	

No.		Description	Similarities	Locations
11		joecy.org joecy.org/index.php/joecy/article/download/3397/3269/12694 ↗	<1%	
12		PENERAPAN SISTEM AKAD DALAM ASURANSI KESEHATAN DIBPJ... repository.iainpalopo.ac.id/id/eprint/5600/1/DODY%20ALFAYET.pdf ↗	<1%	
14		Buku Digital Pembiayaan Kesehatan Pak Firman eprints.uad.ac.id/61179/1/Buku%20Digital%20-%20PEMBIAYAAN%20KE... ↗	<1%	
16		Pembiayaan Kesehatan Klaim BPJS Kesehatan SATUSEHAT... satusehat.kemkes.go.id/platform/docs/id/interoperability/klaim-bpjs/ ↗	<1%	
17		Sosialisasi Peran Perawat Terhadap Kelengkapan Pengisian... dx.doi.org/10.59837/22zqmy86 ↗	<1%	
18		Document from another user #e8860d 👤 Comes from another group	<1%	
19		ANALISA KETEPATAN PENGKODINGAN TINDAKAN DALAM... doi.org/10.58535/jrmik.v6i1.80 ↗	<1%	
20		publikasi.polije.ac.id publikasi.polije.ac.id/j-remi/article/download/6198/3160 ↗	<1%	
21		ANALISIS PENGARUH KETIDAKTEPATAN KODE DIAGNOSIS DAN... dx.doi.org/10.36002/js.v2i1.2490 ↗	<1%	
22		Artikel Rini dan Resta #fe38a1 👤 Comes from my group	<1%	
23		binapatria.id binapatria.id/index.php/MBI/article/view/1086 ↗	<1%	
24		luk.tsipil.ugm.ac.id luk.tsipil.ugm.ac.id/atur/bpjs/BukuPeganganSosialisasiJKN-SJSN.pdf ↗	<1%	
25		Document from another user #66d957 👤 Comes from another group	<1%	
26		Document from another user #d02c36 👤 Comes from another group	<1%	
27		Review of the Accuracy of Codification of Chronic Kidney Diseases... doi.org/10.36002/js.v4i2.3799 ↗	<1%	
28		ejournal.pkkb.ac.id ejournal.pkkb.ac.id/index.php/maintekkes/article/view/324 ↗	<1%	
29		Biaya Rawat Pasien Korban Upaya Bunuh Diri Tak Ditanggung... news.detik.com/berita/d-2494611/biaya-rawat-pasien-korban-upaya-b... ↗	<1%	

No.	Description		Similarities	Locations
30		Penyebab Pending Klaim Berdasarkan Aspek Diagnosis dan... doi.org/10.25047/j-remi.v5i4.4884 	<1%	

Referenced source (without similarities detected)

No.	Description	
1		https://medminutes.id
2		https://www.bertelsmannstiftung.de
3		https://repositories.lib.utexas.edu



SKRIPSI Comment by resta dwi: SKRIPSI

Analisis Dampak Perbedaan Kodefikasi Diagnosis Bab XIX-XX dan Tindakan terhadap Total Klaim Pada Software INA-CBGs di IGD RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo



OLEH :

ROIHATUL JANNAH

NIM : 251336300028

DOSEN PEMBIMBING :

RESTA DWI YULIANI, S.TR.Kes., M.K.M

NIK.221714

PROGRAM STUDI D4 MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SIDOARJO

2026

Lembar Persetujuan Skripsi Comment by Resta Dwi Yuliani: semua yang ada kata "Proposal" diganti menjadi skripsi

Analisis Dampak Perbedaan Kodefikasi Diagnosis Pada Bab XIX-XX dan Tindakan terhadap Total Klaim Pada Software INA-CBGs di IGD RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo

Yang dipersiapkan dan disusun oleh

ROIHATUL JANNAH

NIM : 251336300028

Disetujui Oleh :

Dosen Pembimbing

Resta Dwi Yuliani, S.TR.Kes., M.K.M

NIK.221714

Lembar Pengesahan Skripsi

Judul : Analisis Dampak Perbedaan Kodefikasi Diagnosis Pada Bab XIX-XX dan Tindakan terhadap Total Klaim Pada Software INA-CBGs di IGD RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo

Nama Mahasiswa : Roihatul Jannah

NIM : 251336300028

Disetujui Oleh

Dosen Pembimbing

Resta Dwi Yuliani, S.TR.Kes., M.K.M

Dosen Penguji I

Laili Rahmatul Ilmi, SKM., MPH

Dosen Penguji 2

Dr. Umi Khoirun Nisak , SKM.,M.Epid

Diketahui Oleh

Ketua Program Studi

Laili Rahmatul Ilmi, SKM.,MPH

NIK. 241784

Dekan

Evi Rinata,S.ST.,M.Keb

NIP/NIK.

Tanggal Ujian Tanggal Lulus

21 Juli 2016 21 Juli 2026

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat, taufik, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul : Analisis Dampak Perbedaan Kodefikasi Diagnosis Pada Bab XIX-XX dan Tindakan terhadap Total Klaim Pada *Software* INA-CBGs di IGD RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo dengan baik dan tepat waktu. Penyusunan laporan ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, dan dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Resta Dwi Yuliani, S.TR.Kes., M.K.M selaku selaku Dosen Pembimbing, yang telah memberikan arahan, bimbingan, serta masukan selama proses penyusunan laporan.
2. Ibu Laili Rahmatul Ilmi, A.Md., SKM., MPH dan Dr. Umi Khoirun Nisak, SKM.,M.Epid selaku Dosen Penguji, yang telah memberikan arahan, bimbingan, serta masukan selama proses penyusunan laporan.
3. Kepala Instalasi Penjaminan RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo, beserta seluruh staf dan tenaga kesehatan yang telah memberikan kesempatan dan dukungan dalam pelaksanaan kegiatan skripsi.
4. Seluruh petugas tenaga kesehatan, yang telah membantu dalam pengisian kuesioner penulis dalam memperoleh data yang dibutuhkan.

Penulis menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun sangat penulis harapkan demi penyempurnaan laporan di masa mendatang. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca dan menjadi kontribusi positif bagi peningkatan mutu pelayanan yang diberikan untuk RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo.

Pasuruan, 2026

Penulis

Daftar Isi

HALAMAN JUDULi

Lembar Persetujuan Skripsiii

Lembar Pengesahan Skripsiii

KATA PENGANTARiv

Daftar Isiv

Daftar Gambarvii

Daftar Tabelviii

BAB 1 PENDAHULUAN1

1.1 Latar Belakang1

1.2 Rumusan Masalah3

1.3 Tujuan Penelitian3

1.4 Manfaat3

BAB II LANDASAN TEORI4

2.1 Rumah Sakit4

2.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)5

2.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan8

2.4 INA - CBG's10

2.5 Klaim12

2.6 Gambaran Umum Instalasi Penjaminan RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo14

2.7 Kodefikasi19

2.8 kerangka teori dan kerangka konseptual24

BAB III METODE PENELITIAN25

3.1 Jenis Penelitian25

3.2 Lokasi Penelitian25

3.3 Waktu Penelitian25

3.4 Populasi dan sampel25

3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi25

3.6. Instrumen Penelitian26

3.7 Teknik Pengumpulan Data26

3.8 Teknik Analisis Data26

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN27

BAB V PENUTUP34

Daftar Pustaka36

Daftar Gambar

Gambar 2. 1 Struktur Kode INA-CBGs11

Daftar Tabel

Tabel 4. 1 persentase ketepatan kodefikasi diagnosis²⁷

Tabel 4. 2 persentase kategori ketepatan kodefikasi diagnosis²⁷

Tabel 4. 3 persentase ketepatan koding prosedur³⁰

Tabel 4. 4 pengaruh ketepatan kode diagnosis terhadap total klaim³¹

Tabel 4. 5 presentase ketepatan kodefikasi prosedur terhadap total klaim³²

BAB 1

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan program yang diselenggarakan oleh pemerintah Indonesia untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak, termasuk dalam bidang kesehatan, bagi seluruh masyarakat, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dan menjadi dasar penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam mencapai cakupan kesehatan semesta (Universal Health Coverage). JKN bertujuan memberikan kepastian perlindungan serta akses pelayanan kesehatan yang adil, merata, dan terjangkau bagi seluruh masyarakat, sejalan dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang disusun menggunakan metode omnibus law untuk mengintegrasikan berbagai regulasi di bidang kesehatan, yang menegaskan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau [1].

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan dalam pengimplementasian JKN yang telah diatur oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menggunakan *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBG's) metode. Hal yang perlu diperhatikan saat menggunakan sistem tersebut adalah menentukan diagnose dan kode penyakit sebab akan mempengaruhi nominal klaim yang diajukan. Oleh karena itu, proses analisa hingga evaluasi atas proses klaim diperlukan untuk mengoptimalkan ketepatan diagnosis, kode, dan pembayaran yang diterima [2].

Manajemen klaim merupakan bagian penting dalam sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Proses ini dimulai dari pengajuan berkas klaim setiap bulan oleh rumah sakit, dilanjutkan dengan proses verifikasi oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Namun, dalam praktiknya masih ditemukan kendala dalam proses klaim, yakni adanya klaim yang tertunda (*pending*) akibat ketidaklengkapan berkas, ketidaksesuaian koding diagnosis dan tindakan. Dalam Laporan Pengelolaan Program BPJS Kesehatan Tahun 2023 dijelaskan bahwa proses verifikasi klaim masih menghadapi berbagai tantangan yang berdampak pada pengembalian berkas klaim dan keterlambatan pembayaran. Pada periode Oktober 2024 klaim pending BPJS secara nasional mencapai 1,97 juta kasus senilai Rp 4,82 triliun. Di tingkat rumah sakit individual, angka pending 10-20% dari total klaim bulanan yang diajukan bukanlah hal yang jarang, sehingga kondisi ini berpotensi mengganggu arus kas dan operasional rumah sakit [3].

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo, dalam periode 6 bulan terakhir tercatat sebanyak 1.721 berkas klaim berada dalam status pending dan dari jumlah tersebut sebanyak 563 berkas merupakan klaim rawat jalan terkait ketidaksesuaian dalam koding klinis dan penentuan diagnosis utama. Pada periode bulan Mei melalui observasi terhadap 50 data klaim Instalasi Gawat Darurat (IGD), diperoleh hasil bahwa 15 data klaim (30%) memiliki penetapan diagnosis yang tidak tepat. sebanyak 27 berkas (54%) telah menggunakan kode prosedur yang tepat, sedangkan 23 berkas (46%) masih ditemukan ketidaktepatan dalam pemberian kode prosedur, dari 50 data klaim pada kategori salah karakter ke-4 sebanyak 22 data klaim dan pada kategori tidak dikode karakter ke-5 sebanyak 2 data klaim dan tidak dikode external cause sebanyak 2 data klaim. Berdasarkan hasil verifikasi kesesuaian total klaim, diketahui bahwa sebanyak 37 data klaim (74%) telah sesuai, sementara 13 data klaim (26%) dinyatakan tidak sesuai. Hasil studi pendahuluan menunjukkan masih terdapat permasalahan dalam ketepatan penetapan diagnosis dan pengodean prosedur yang berpotensi memengaruhi kesesuaian klaim. Oleh sebab itu, Pada penelitian ini berfokus pada "Analisis Dampak Perbedaan Kodifikasi Diagnosis Cidera terhadap Total Klaim Pada Software INA-CBGs di IGD RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo" untuk



menganalisis perbedaan hasil koding sebelum dan sesudah verifikasi serta mendukung efisiensi dan efektivitas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit. Comment by Resta Dwi Yuliani: ini jangan dibuat narasi seperti ini mba tapi harus dipilah-pilah sesuai dengan karakter ke-4, karakter ke-5, external cause

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dipaparkan, dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini adalah Analisis Dampak Perbedaan Kodefikasi Diagnosis Pada Bab XIX-XX dan Tindakan terhadap Total Klaim Pada *Software* INA-CBGs di IGD RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis Dampak Perbedaan Kodefikasi Diagnosis Pada Bab XIX-XX dan Tindakan terhadap Total Klaim Pada *Software* INA-CBGs di IGD RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Menganalisis ketepatan kodefikasi diagnosis pada klaim IGD pasien BPJS Kesehatan sebelum dilakukan verifikasi di instalasi penjaminan.
 - 1) Menganalisis ketepatan kodefikasi tindakan pada klaim IGD pasien BPJS Kesehatan sebelum dilakukan verifikasi di instalasi penjaminan.
 - 2) Menganalisis pengaruh ketepatan kodefikasi diagnosis tindakan terhadap total klaim IGD pasien BPJS Kesehatan pada *Software* INA CBGs.
 - 3) Menganalisis dampak ketepatan kodefikasi diagnosis dan tindakan terhadap kelancaran proses klaim.

1.4 Manfaat

1. Bagi Peneliti

Memberikan tambahan pengalaman dan menambah kemampuan dalam mengaplikasikan ilmu terutama dalam proses klaim BPJS Kesehatan.

a. Bagi Universitas Muhammadiyah Sidoarjo

Sebagai bahan referensi dan pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang rekam medis terkait kodefikasi Klaim Pasien BPJS Kesehatan

b. Bagi RSUD Kabupaten Sidoarjo

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan untuk mengambil kebijakan dalam perbaikan proses administrasi klaim dan memaksimalkan output klaim BPJS Kesehatan.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Mengacu pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, institusi Rumah Sakit adalah tempat penyelenggaraan pelayanan kesehatan individu secara lengkap. Pelayanan meliputi penanganan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Selain itu, Rumah Sakit juga menjadi tempat pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan serta pusat penelitian biomedik. Pada dasarnya, Rumah Sakit tercipta sebagai wadah untuk mengusahakan terealisasinya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan agar mampu mengoptimalkan perwujudan peningkatan kesehatan masyarakat. Beberapa upaya yang dilakukan secara berkesinambungan yaitu pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), penyembuhan penyakit (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*) [4].

2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit dikelompokkan berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya.

1. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.

1. Rumah Sakit Umum

Institusi pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Beberapa jenis Rumah Sakit Umum (RSU) berdasarkan sarana - prasarana dan jangkauan pelayanan kesehatan sebagai berikut:

1. RSU kelas A dengan memiliki minimal pelayanan medik sejumlah empat spesialisik dasar, lima spesialis penunjang medik, dua belas spesialis lain, dan tiga belas subspesialistik.

a) RSU kelas B dengan memiliki minimal pelayanan medik sejumlah empat spesialis dasar, empat spesialis penunjang medik, delapan spesialis lain, dan dua subspesialis dasar.

b) RSU kelas C dengan memiliki minimal pelayanan medik sejumlah empat spesialis dasar dan empat spesialis penunjang medik.

c) RSU kelas D dengan memiliki minimal pelayanan medik sejumlah dua spesialis dasar.

1. Rumah Sakit khusus

Institusi pelayanan kesehatan yang berfokus pada suatu jenis atau bidang kesehatan tertentu (khusus) seperti disiplin ilmu, organ, dan jenis penyakit, dan lain-lain.

A. Jenis Pihak Pengelola

1. Rumah Sakit Publik

Dikelola oleh pemerintahan atau insitusi independen berbadan hukum *non-profit* atau tidak berfokus utama pada pencapaian keuntungan. Rumah sakit publik yang dikelola oleh pemerintahan baik pusat maupun daerah didirikan dan diatur sesuai aturan yang berlaku melalui Badan Layanan Umum (BLU) atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Kemudian, tidak dapat dialih fungsikan menjadi Rumah Sakit *Private*.

1) Rumah Sakit Privat

Dikelola oleh swasta atau insitusi berbadan hukum perseroan terbatas yang bertujuan untuk mencapai suatu keuntungan atau laba.

2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit bertugas untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna merupakan pelayanan yang bersifat penyembuhan (*curative*), pemulihan (*rehabilitative*) dan dilakukan secara terpadu melalui upaya promosi kesehatan (*promotive*) dan pencegahan (*preventive*). Rumah sakit dalam menjalankan tugas tersebut mempunyai fungsi antara lain:

1. Sebagai penyelenggara yang memberikan layanan penyembuhan hingga proses *recovery* dengan standar yang telah ditetapkan oleh institusi kesehatan.
 - a. Menjaga dan meningkatkan kualitas kesehatan individu melalui pengoptimalan pemberian layanan kesehatan tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
 - b. Melaksanakan proses pembelajaran dan pelatihan tenaga medis untuk meningkatkan keahlian dan keterampilan dalam memberikan layanan kesehatan.
 - c. Menyelenggarakan riset, elaborasi, dan filtrasi teknologi bidang kesehatan untuk mengoptimalkan pemberian layanan kesehatan sesuai dengan etika disiplin ilmu kesehatan.

2. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional yang merupakan rangkaian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dimana diadakan dengan sistem asuransi kesehatan yang bersifat wajib dan tertuang pada landasan hukum Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004. Hal tersebut bertujuan untuk mencapai salah satu kebutuhan dasar manusia yaitu kelayakan kualitas kesehatan penduduk Indonesia yang telah menunaikan pembayaran iuran secara pribadi atau oleh pemerintah. Selain itu, program ini menjadi jaminan peserta yang telah menunaikan pelunasan iuran secara rutin untuk mendapatkan layanan kesehatan yang sesuai dengan standar Kesehatan (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013). Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional berikut:

1. Prinsip kegotongroyongan

Kegotongroyongan memiliki makna sesama peserta saling membantu terutama bagi yang memiliki kemampuan finansial lebih terhadap yang kurang atau peserta dengan resiko sakit rendah terhadap yang tinggi. Hal ini terwujud karena kepesertaan JKN bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

a. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh BPJS Kesehatan adalah nirlaba bukan untuk mencari laba. Dana amanat berarti pengumpulan iuran ditujukan untuk pemenuhan kepentingan peserta semata.

b. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Dasar-dasar prinsip manajerial yang diimplementasikan saat mengelola iuran peserta dan keuntungan pengelolaannya.

c. Prinsip portabilitas

Bertujuan agar mampu lebih fleksibel tetap memberikan layanan kesehatan yang berkelanjutan dimanapun berada asalkan masih dalam wilayah Indonesia.

d. Prinsip kepesertaan yang bersifat wajib

Program ini ditetapkan untuk wajib diikuti oleh seluruh rakyat Indonesia agar mendapatkan jaminan kesehatan secara menyeluruh. Namun, iuran kepesertaan menyesuaikan dengan kemampuan finansial. Penerapan dimulai dari pekerja sektor formal dan kemudian diikuti oleh informal atau secara mandiri sehingga seluruh lapisan masyarakat turut serta.

e. Prinsip dana amanat

Iuran yang terkumpul dititipkan kepada badan penyelenggara yang bertugas untuk mengelola dana tersebut agar memiliki nilai yang optimal dalam meningkatkan kesejahteraan seluruh anggota aktif program.

f. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial

Hasil dari pengumpulan dana digunakan mengembangkan dan mengoptimalkan berjalannya program ini guna manfaat dapat tersampaikan kepada peserta program.

2.2.1 Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional

Kepesertaan program untuk dapat disebut sebagai anggota apabila merupakan warga Indonesia dan warga negara asing yang bekerja di Indonesia minimal enam bulan dan telah terdaftar serta membayar iuran secara rutin. Dikatakan pekerja apabila terdapat individu yang bekerja dan mendapatkan upah atas hasil kerjanya. Sedangkan individu, pebisnis, atau badan usaha lainnya yang mempekerjakan seseorang dan membayarnya dengan upah disebut dengan pemberi kerja. Peserta dari Jaminan Kesehatan Nasional meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan bukan PBI [5].

Peserta PBI meliputi orang-orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. Sebaliknya, peserta yang tidak termasuk dalam golongan PBI meliputi sebagai berikut:

1. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya. Contoh: PNS, anggota TNI, Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non PNS, Pegawai Swasta dan pekerja lainnya yang menerima upah.

a. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya seperti pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan pekerja bukan penerima upah.

b. Bukan pekerja dan anggota keluarganya seperti investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan dan bukan pekerja yang mampu membayar iuran.

c. Penerima pensiun

d. WNI di luar negeri

Anggota program yang telah resmi terdaftar akan memperoleh identitas dan layanan kesehatan yang telah bekerjasama dengan pihak BPJS Kesehatan. Di sisi lain, anggota berkewajiban untuk turut serta membayar iuran, melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili atau pindah kerja [6].

2.2.2 Keuntungan Program

Keuntungan dari program Jaminan Kesehatan Nasional meliputi aspek medis berupa layanan kesehatan dan aspek non-medis seperti angkutan transportasi ambulance. Selain itu, juga terdapat keuntungan berupa layanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk layanan obat-obatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan.

Keuntungan layanan promotif dan preventif sebagai berikut:

1. Penyuluhan kesehatan individu seperti sosialisasi untuk berperilaku hidup sehat dan bersih.

a. Layanan Imunisasi dasar meliputi BCG, DPTHB, polio, dan Campak.

b. Layanan KB atau Keluarga Berencana dengan lembaga terkait dimana melakukan kegiatan seperti konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi. Pemerintah akan menyediakan vaksin dan alat kontrasepsi dasar untuk kebutuhan kegiatan.

Pemeriksaan kesehatan dilakukan untuk meminimalisir terjadinya penyakit dan dampak panjang serta resiko dari penyakit tertentu. Meskipun keuntungan yang dijamin dalam Jaminan Kesehatan Nasional bersifat komprehensif, tetapi tetap terdapat hal yang belum dijamin seperti:

1. Proses klaim yang tidak mengikuti alur kerja yang ditentukan

a. Layanan di instansi kesehatan yang tidak bekerjasama dengan pihak BPJS

b. Pelayanan bertujuan kosmetik

c. *General check up*

d. Pengobatan alternatif

e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan dan pengobatan impotensi

f. Pelayanan kesehatan pada saat bencana

g. Pasien bunuh diri, penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri, dan narkoba.

2.2.3 Pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional

Iuran Jaminan Kesehatan Nasional merupakan nominal uang yang disetorkan secara rutin oleh peserta, pemberi kerja, dan atau pemerintahan untuk turut serta dalam program JKN (PP Nomor 12 tahun 2013 pasal 12). Nominal uang tersebut telah disesuaikan dan ditentukan berdasarkan masing-masing presentase dari upah yang didaftarkan oleh peserta.

Sedangkan pemberi kerja berkewajiban untuk mengumpulkan iuran kepesertaan program para pekerja di bawah naungannya ditambahkan dengan iuran yang menjadi tanggungjawabnya. Selanjutnya, keseluruhan iuran wajib disetorkan kepada pihak BPJS Kesehatan secara berkelanjutan setiap periode pembayaran bulannya. Selanjutnya, pihak BPJS Kesehatan yang telah memperoleh dan mengelola dana iuran tersebut akan membayarkan jumlah tagihan dari layanan kesehatan yang diklaimkan peserta kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Sedangkan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dibayarkan dengan sistem paket INACBG's. Periode pembayaran oleh BPJS Kesehatan maksimal lima belas hari dari berkas klaim telah lengkap diterima.

2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan

BPJS Kesehatan yang merupakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, dalam pelaksanaannya telah berjalan sejak 1 Januari 2014. Dengan berlakunya Undang-undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial maka PT Askes (Persero) beralih menjadi BPJS Kesehatan. Bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan, maka BPJS

Kesehatan memiliki tugas yang serius salah satunya melakukan pengawasan secara ketat terhadap jalannya implementatif INA CBG's terhadap rumah sakit. Selain itu, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan biaya yang bertugas melakukan sosialisasi yang sasarannya tenaga kesehatan terhadap kewenangan pelaksanaan praktik sesuai kompetensi, pembinaan etika dan disiplin profesi Kesehatan [7].

Rumah sakit yang melakukan kerjasama dengan BPJS Kesehatan, memiliki petugas Verifikator. Petugas Verifikator akan memverifikasi berkas-berkas klaim yang diajukan untuk menyesuaikan diagnosis dan prosedur tagihan menggunakan Kode ICD 10 dan ICD 9 CM dengan mengikuti panduan koding dalam juknis INA CBG's [8].

1. Klaim Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut BPJS

1. Penanganan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

Biaya penanganan rawat jalan tingkat lanjutan di rumah sakit akan dianggarkan dengan memakai paket INA CBG's sehingga peserta tidak dikenai biaya. Terkait pembiayaan paket INA CBG's tercantum dalam Menteri kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No. 69 Tahun 2013 terkait Standart biaya paket INA CBG's akan ditanggung biaya seluruh penanganan yang dialokasikan kepada peserta BPJS Kesehatan, seperti biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat dan lain-lain. Selain itu, pengajuan berkas berkas klaim rawat jalan tingkat lanjutan akan diajukan secara bersamaan dengan ketentuan maksimal 10 bulan berikutnya dengan memakai aplikasi INA CBG's dari Kementerian Kesehatan yang masih berlaku. Pengajuan berkas klaim akan dikirim ke kantor cabang kabupaten atau kota secara bersamaan yang dilakukan tiap bulan dengan syarat kelengkapan administrasi dan kelengkapan lain diantaranya :

1. Rekapitulasi penanganan

1) Berkas lain masing-masing penderita, yang meliputi :

1. Surat *Eligibilitas* Peserta (SEP).

a) Surat keterangan diagnosis dari dokter atau resume medis atau laporan status pasien jika diperlukan.

b) Bukti penanganan ainnya, misal: rincian tagihan dari rumah sakit baik *manual* atau *auto matic billing*, penanganan terapi dan adanya pemberian obat-obatan khusus dan berkas-berkas lainnya apabila diperlukan.

a. Penanganan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)

Anggaran paket INACBG's sudah termasuk tarif seluruh penanganan yang dibebankan kepada peserta BPJS Kesehatan, biaya-biaya tersebut mencakup biaya obat, sarana prasarana, akomodasi, alat-alat ataupun bahan yang telah dipakai, biaya ketatalaksanaan dan lain-lain. Pengajuan berkas berkas klaim rawat jalan tingkat lanjutan akan diajukan secara bersamaan dengan ketentuan maksimal 10 bulan berikutnya dengan format sofcopy (menggunakan aplikasi INA CBG's yang masih berlaku) dan format hardcopy untuk berkas-berkas pendukung lainnya. Selanjutnya, tagihan klaim rumah sakit akan tergolong legal sesudah ditandatangani oleh dirrektor rumah sakit serta pegawai verivikator BPJS Kesehatan.

Selain itu, Pengajuan berkas klaim akan dikirm ke kantor cabang kabupaten atau kota secara bersamaan yang dilakukan tiap bulan dengan syarat kelengkapan administrasi dan kelengkapan lain diantaranya :

1. Rekapitulasi penanganan

1) Berkas lain pada masing-masing penderita, yang terdiri dari:

1. Surat *Eligibilitas* Peserta (SEP)

a) Surat rekomendasi rawat inap

b) Laporan medis yang ditandatangani oleh DPJP

c) Penanganan lain yang disetujui oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien diantaranya sebagai berikut : rincian tagihan rumah sakit baik secara *manual* ataupun *automatic billing*, penanganan terapi dan pemberian obat-obatan

khusus, resume operasi pasien dan berkas-berkas lain jika dibutuhkan.

2.4 INA - CBG's

1. Sistem INA - CBG's

Sistem INA CBG's menurut Menkes, 2014 didefinisikan sebagai sistem pendataan yang berdasarkan ICD (*International Clasification of Deseare*) dibuat oleh WHO menggunakan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan ataupun prosedur. Output dari INA CBG's sebagai diagnosis akhir dan prosedur penanganan pasien yang basisnya pada data pembiayaan dan coding penyakit dari penderita. Di Indonesia pertama kali dikembangkan sekitar tahun 2006 diperkenalkan INA DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) namun diberlakukan sistem tersebut pada 1 September 2008 dilakukan di 15 rumah sakit yang sudah memiliki kerjasama dengan program Jamkesmas.

Terjadi *modifikasi* nomenklatur sekitar tahun 2010 tepatnya pada tanggal 31 September, yang semula sistem bernama INA DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) beralih menjadi INA CBG (Indonesia Case Based Group) adanya *modifikasigrouper* dari 3M *Groper* ke UNU (*Unitted Nattion University*) *grouper*, sehingga pembayaran kepada pihak rumah sakit yang semula memakai program Jamkesmas beralih menggunakan INA CBG's sejak bulan Oktober 2010 sampai Desember 2013. Dalam pelaksanaannya sistem *casemix* di Indonesia sebanyak 3 kali mengalami perubahan besaran tarif, diantaranya tarif INA DRG tahun 2008, INA CBG's tahun 2013, dan tarif INA CBG's tahun 2014. INA CBG's sendiri memiliki 1.077 kelompok tarif terdiri atas 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup atau kelompok rawat jalan, sistem pengkodean berdasarkan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk Tindakan atau prosedur. Pengkodean diagnosis dan prosedur memakai *grouper UNU* (*UNU grouper*). *UNU grouper* merupakan *grouper casemix* yang dibuat oleh United Nations University.

A. Sistematika Kode INA - CBG's

Dalam pengelompokkan sistematika INA CBG's memakai dasar-dasar sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi luaran pelayanan, dan dengan referensi dari ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan maupun prosedural. Kelompok tarif INA CBG's memakai sistem yang memiliki 1.077 kelompok tarif terdiri atas 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup atau kelompok rawat jalan. aplikasi INA CBG's akan diisi dengan group yang dilambangkan menggunakan kode numerik dan gabungan dari alfabet berikut contoh dari sistematika kode INA CBG's :

Kode INACBG's : K-4-17-I

1 2 3 4

Gambar 2. 1 Struktur Kode INA-CBGs

Sumber : PERMENKES Nomor 76 TAHUN 2016 tentang Pedoman INACBG's

Keterangan :

1. Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*)

Merupakan pengkategorian bagian pertama yang ditandai dengan huruf-huruf alfabet mulai dari huru A sampai dengan huruf Z, huruf alfabet ini akan berkaitan dengan sistem-sitem organ tubuh dan pelabelan huruf alfabet akan dicocokkan dengan ICD 10 tentang diagnosis untuk tiap-tiap sistem organ tubuh manusia.

1. Digit ke-2 merupakan tipe kasus

2. Digit ke-3 adalah spesifik CBG kasus Pada digit ketiga akan menunjukkan spesifik atau kekhususan CBG's yang ditandai dengan angka-angka mulai dari 01 sampai dengan 99.

3. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*



Pada digit keempat adalah *resource intensity level* akan menunjukkan tingkat keakutan kasus yang disebabkan oleh adanya *komorbiditas* dan komplikasi dalam masa perawatan. Pada tingkat keakutan kasus yang ada di sistem INA CBG's dibedakan 4 golongan mulai dari golongan "0" untuk rawat jalan, golongan "I - ringan" untuk rawat inap dengan level keakutan 1 (tanpa komplikasi maupun *komorbiditas*), golongan "II - sedang" untuk rawat inap dengan level keakutan 2 (dengan mild komplikasi dan *komorbiditas*), golongan "III-berat" rawat inap dengan level keakutan 3 (dengan *major* komplikasi dan *komorbiditas*).

2.5 Klaim

2.5.1 Pengertian Klaim

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, klaim merupakan tagihan pembayaran dari layanan kesehatan yang diberikan oleh instansi kesehatan yang telah bekerja sama kepada BPJS Kesehatan.

2.5.2 Manajemen Klaim

Manajemen klaim menjadi salah satu aspek inti dalam menentukan arus kas keuangan perusahaan. Klaim perlu diatur dalam alur proses dan proses pengelolaan peserta asuransi (*klaim insured*) dan pemberi layanan kesehatan (*klaim provider*) kepada perusahaan asuransi (*asuradur*). Peran manajemen klaim menentukan waktu tepat dalam pembayaran termasuk keputusan penolakan atau penundaan. Manajemen Klaim pada dasarnya melaksanakan dua fungsi, yaitu fungsi *claim administration* (administrasi klaim) dan *claim processing* (proses klaim) [9].

2.5.3 Verifikasi Klaim

Proses verifikasi merupakan aktivitas menilai pengajuan berkas klaim yang telah diajukan oleh verifikator yang telah ditentukan agar sesuai dengan standar yang telah dibuat. Proses ini dilakukan untuk memperoleh hasil pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat miskin dengan prinsip kendali biaya dan mutu. Proses ini meliputi tahap sebagai berikut [10].

Verifikasi administrasi kepesertaan dengan pengecekan kartu peserta, normor surat keabsahan peserta, dan surat rujukan.

1. Administrasi pelayanan meliputi proses diagnosis penyakit, tindakan medis, bukti pelayanan, tanda tangan dokter, tanda tangan Komite Medis untuk *severity level* 3.

a. Administrasi keuangan meliputi bukti pembayaran tarif dan *form* paket INA CBG's.

Direktorat Pelayanan BPJS Kesehatan (2014) menjelaskan bahwa proses verifikasi dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu:

1. Pemeriksaan dokumen meliputi pengecekan kelengkapan dokumen yang diserahkan termasuk kesesuaian total biaya layanan yang diklaimkan. Detail yang wajib diperhatikan sebagai berikut:

1. Surat Eligibilitas Peserta (SEP):

1. Dilegalisasi Petugas BPJS Kesehatan

a) Nomor SEP

b) identitas yang tertera di SEP (Nomor Kartu, Nama, Tanggal Lahir, Nomor Medical Record, Poli Tujuan atau Ruang Perawatan).

c) Membandingkan data di SEP, lembar kerja dan dokumen penunjang. Kesesuaian dokumen antara SEP, lembar kerja, dan dokumen pendukung perlu diperhatikan.

1. Bagi pasien rawat jalan, dokumen yang perlu dipastikan adalah dokumen yang telah ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan menginformasikan hasil diagnosis.

1. Resume Medis :

1. Nomor Medical Record dan Identitas Pasien (Nama, Tanggal Lahir, dan lain-lain)

a) Tanggal pelayanan (tanggal masuk dan tanggal pulang untuk pasien Rawat Inap)

b) diagnosis Primer, diagnosis Sekunder dan Prosedur atau Tindakan

c) Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) : nama jelas dan tanda tangan

Memastikan juga:

1. Tanggal pelayanan sama dengan tanggal di SEP dan tanggal di Resume Medis

a) Identitas di Resume Medis sama dengan Identitas di SEP

b) diagnosis yang dituliskan DPJP dalam Resume Medis sesuai dengan koding yang ditentukan koder pada aplikasi INA CBG

c) Prosedur atau tindakan yang dilakukan sesuai dengan diagnosis primer dan diagnosis sekunder

2. Pemeriksaan kode diagnosis pasien, prosedur yang dilakukan.

3. Pemeriksaan biaya pelayanan kesehatan atas kode diagnosis dan prosedur yang dientry serta kesesuaian dengan kode INA CBG yang dihasilkan. Untuk menjadi perhatian pada diagnosis dengan biaya mahal dan kemungkinan penagihan berulang (double).

a. Melakukan konfirmasi

Apabila ditemukan anomali data, maka perlu dilakukan konfirmasi terlebih dahulu. Proses konfirmasi diperlukan untuk mendapatkan bukti atau penjelasan tertentu dari anomali klaim yang ditemukan. Bentuk konfirmasi dapat sebagai berikut:

1. Konfirmasi administrasi layanan

Proses konfirmasi terhadap *coder* dengan meminta penyerahan dokumen yang diperlukan seperti diagnosis primer maupun sekunder serta prosedur dalam rekam medis pasien.

1.1 Konfirmasi administrasi klaim lain

Konfirmasi administrasi bukti khusus melalui *Computer Measurement Group* (CMG).

Apabila dalam proses konfirmasi tidak ditemukan bukti pendukung, maka berkas klaim dapat dikembalikan ke petugas instansi kesehatan agar dapat dilengkapi atau direvisi terlebih dahulu,

4. Proses Pengajuan Klaim

Proses pengajuan klaim merupakan alur aktivitas dari layanan kesehatan yang diberikan, Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) memperoleh pembiayaan atas klaim yang diajukan atau tertolak. Tahap proses klaim sebagai berikut:

1. Pengecekan dokumen yang diserahkan.

a. Analisa dan verifikasi klaim seperti keabsahan peserta, kelengkapan tanda tangan pemeriksa, kesesuaian layanan, batas biaya yang dapat diklaimkan, kesesuaian tindakan, kewajaran diagnosis dan obat yang diberikan.

Pengajuan klaim dapat mendapatkan *feedback* sebagai berikut:

1. Klaim ditolak keseluruhan akibat layanan kesehatan yang diklaimkan tidak termasuk dalam hal yang dijamin atau adanya anomali yang tidak dapat dibuktikan dalam klaim.
 - a. Klaim diterima sebagian akibat sebagian tagihan klaim yang diajukan tidak dijamin dalam ketentuan yang berlaku.
 - b. Klaim ditangguhkan penyelesaiannya akibat syarat yang belum lengkap dan perlu diselesaikan kedua belah pihak.
 - c. Klaim diterima secara keseluruhan apabila dokumen klaim telah sesuai.

1.5.1 Gambaran Umum Instalasi Penjaminan RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo

2.6.1 Sejarah Instalasi Penjaminan

Sejak dimulainya program BPJS Kesehatan per 1 Januari 2014 tepatnya di Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat II di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo, telah banyak permasalahan yang muncul mulai dari pelayanan pasien di loket pendaftaran BPJS hingga alur pelayanan pasien dan klaim pasien BPJS. Sehingga dalam rangka mewujudkan integrasi suatu sistem perlu dibentuk Instalasi yang berfungsi sebagai pengendali klaim pelayanan BPJS Kesehatan di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo, sehingga berdasarkan pertimbangan tersebut telah ditetapkan Instalasi baru yang diharapkan dapat menyelesaikan beberapa kendala terkait dengan pelayanan pasien BPJS Kesehatan, khususnya di lingkungan internal RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo. Instalasi Penjaminan dibentuk oleh Direktur RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo Nomor: 188/278/404.6.8/2016 tentang Struktur Organisasi Tugas Pokok Dan Fungsi Instalasi Penjaminan tanggal 1 Januari 2016. Dalam proses klaim program JKN melibatkan beberapa tingkatan yakni; proses instalasi dan pemeliharaan aplikasi grouper oleh petugas IT, koding dan entry data pelayanan oleh koder, kemudian pengajuan klaim oleh petugas administrasi costing kepada Verifikator BPJS Kesehatan. Akhir dari proses tersebut adalah terbitnya umpan balik (feedback) hasil verifikasi dan FPK dari Verifikator BPJS Kesehatan.

Dalam penyelenggaraan JKN dilakukan dengan prinsip kendali biaya dan mutu agar efektif, efisien dan mencapai sasaran. Pola casemix Ina CBG's sebagai dasar pembayaran kepada Faskes lanjutan dimana menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/ prosedur yang menjadi produk hasil layanan berbasis *costing* data dan pengkodean penyakit berdasarkan International Classification of Disease (ICD) yang diproses melalui sebuah aplikasi yaitu software grouper INA CBG's. Sejak diluncurkannya aplikasi untuk menentukan tarif INA-CBG's (software grouper) terus mengalami perkembangan dengan terus dilakukannya update, perbaikan dan penyempurnaan program oleh NCC. Selain itu kebijakan pemerintah dalam penyelenggaraan JKN sangat berdampak dengan perubahan kebijakan baru yang terkait dengan pelayanan dan lainnya.

Dimulai dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) Nomor 52 Tahun 2016 yang direvisi dengan Permenkes Nomor 64 tahun 2016. Selanjutnya yang terbaru terbitnya Permenkes 76 tahun 2016 tentang Pedoman Ina CBG's yang merupakan revisi dari Permenkes 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Ina CBG's. Tujuan dengan terbentuknya koordinasi yang kuat antara beberapa bagian yang melibatkan bagian keuangan, bagian pelayanan dan keperawatan, bagian penunjang, kehumasan, dan dengan pihak kedua pengelola program Jaminan Kesehatan Nasional (BPJS) di RSUD Kabupaten Sidoarjo RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo yang merupakan upaya mengoptimalkan pelaksanaannya kepada semua pihak terkait, kondisi tersebut dapat terlaksana secara baik dan terintegrasi sejak Instalasi Penjaminan dibentuk.

2.6.3 Tugas Pokok dan Fungsi

a. Tugas Pokok

Instalasi penjaminan mempunyai tugas Menyelenggarakan kelancaran pelayanan administrasi pasien penjaminan

dan memproses pengajuan klaim BPJS Kesehatan, BIAKES MASKIN Propinsi Jawa Timur, dan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (JKMM) Kabupaten Sidoarjo.

b. Fungsi

Dalam melaksanakan tugas pokok tersebut Instalasi Penjaminan mempunyai fungsi:

1. Perencanaan dan pengembangan kebutuhan.
 - a) Pengkoordinasian pelaksanaan kebutuhan sumber daya.
 - b) Pengawasan pelaksanaan administrasi.
 - c) Sebagai pengendali.
 - d) Sebagai evaluator.
 - e) Sebagai coordinator.
 - f) Sebagai mediator.
 - g) Sebagai Pengajuan Klaim.

2.6.4. Standar Prosedur Operasional (SPO)

Berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO) Instalasi Penjaminan RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo tahun 2017, proses pengajuan klaim yang dimulai dari penerimaan berkas klaim sampai dilakukan revisi berkas klaim pasien rawat jalan sebagai berikut:

1. Penerimaan berkas klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan
 - a. Menerima setoran klaim dari verifikator rawat jalan.
 - b. Melakukan cek berkas masuk dengan laporan penjamin rekap pendapatan tempat layanan non inap di SIM-RS billing rumah sakit.
 - c. Menerima kelengkapan berkas pasien dari petugas verifikator rawat jalan yang terdiri dari:
 1. SEP (Surat eligibilitas peserta)
 2. Form verifikasi rawat jalan RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo
 3. Surat rujukan puskesmas atau dokter keluarga setempat (keculai masuk dari IGD)
 4. Fotokopi kartu BPJS Kesehatan atau Kartu Indonesia Sehat atau Kartu Askes Pegawai Negeri Sipil (PNS) baru
 5. Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) wajib bagi peserta bayi baru lahir dan bagi pasien kunjungan baru (pasien selain bayi dan pasien kunjungan lama tidak wajib)
 6. Laporan operasi (jika pasien dilakukan tindakan operasi)
 7. Rincian tagihan pasien rumah sakit
 - d. Memasukkan ke kontainer berkas klaim untuk berkas yang telah lengkap dan siap untuk koding.
1. Penatalaksanaan coding klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan
 - a. Mengambil berkas klaim pada kontainer berkas klaim rawat jalan.

b. Melakukan klasifikasi coding diagnosis berdasarkan International Statistical Classification of Diseases (ICD 10) dan tindakan berdasarkan ICD 9CM sesuai pedoman WHO.

c. Melakukan analisa terhadap kesesuaian penulisan diagnosis maupun tindakan yang dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) di rawat jalan atau IGD.

d. Melakukan penulisan coding diagnosis dan tindakan untuk setiap diagnosis dan tindakan yang tertulis pada form verifikasi rawat jalan.

e. Melaporkan masalah coding ke supervisor coding agar segera di tindaklanjuti bersama-sama kepala instalasi dan tim unit anti fraud dan pengendali JKN.

2. Penatalaksanaan costing klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan

a. Mengambil berkas dari coder yang telah siap untuk proses input data pada Ina CBG's.

b. Melakukan cek kesesuaian berkas di SIM-RS Billing RS untuk kunjungan dan rincian tagihan pasien.

c. Melakukan cek kelengkapan berkas pasien sebelum proses input data di software Ina CBG's.

d. Melakukan input data secara konsisten dan berurutan dimulai dari:

1. Input data nomor rekam medik pasien, nama pasien, jenis kelamin, tanggal dan tahun lahir (untuk pasien baru) pada klaim baru

1. Input data nomor peserta dan nomor SEP (Surat Eligibilitas Pesereta)

2. Klik jenis rawat

3. Mengisi tanggal rawat masuk

4. Mengisi nama DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien)

5. Mengisi cara pulang pasien

6. Mengisi tarif RS yang berisi jumlah biaya selama pasien dirawat di IGD atau rawat jalan di rumah sakit tidak termasuk ambulance

7. Mengisi coding diagnosis (ICD 10) dan tindakan (ICD 9CM) yang telah ditulis dan diisi cover pada form verifikasi

8. Melakukan grouper

9. Mengisi special procedure/prosthesis/investigation/drug (jika ada) lalu klik simpan

10. Melakukan final klaim dan kirim data online

3. Pengajuan klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan

a. Melakukan assembling berkas klaim rawat jalan setiap pasien per tanggal, dengan ketentuan sebagai berikut:

1. KRS tanggal pelayanan pasien di minggu ke 3 pada bulan pelayanan yang sama

1. KRS tanggal pelayanan pasien di minggu ke 4 pada bulan pelayanan yang Sama

2. KRS tanggal pelayanan pasien di minggu ke 1 pada bulan pelayanan

3. Berikutnya

4. KRS susulan I dari ruangan rawat jalan tanggal pelayanan pasien di minggu ke-2 pada bulan pelayanan berikutnya

5. KRS susulan II dari ruangan rawat jalan tanggal pelayanan pasien di minggu ke 3 pada bulan berikutnya atau 5 hari sebelum tanggal final klaim antara tanggal 2022 pada bulan pelayanan berikutnya

b. Monitoring dan evaluasi tarif RS terhadap tarif klaim BPJS Kesehatan pasien rawat jalan

c. Membandingkan jumlah berkas klaim rawat jalan terhadap kesesuaian jumlah berkas di SIM-RS

d. Membuat laporan pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan

e. Merekap pengajuan berkas klaim RS satu bulan

f. Melakukan penarikan TXT ke verifikator BPJS Kesehatan dengan disertai softcopy dan berkas klaim

4. Penatalaksanaan revisi klaim BPJS kesehatan Rawat Jalan

a. Mengambil berkas klaim pada kontainer revisi berkas klaim rawat jalan dari verifikator BPJS Kesehatan.

b. Melakukan ekspedisi berkas revisi dengan mengklasifikasikan jenis, alasan revisi dan jumlah semua berkas yang direvisi.

c. Melakukan assembling berkas revisi jika termasuk revisi non klinis:

1. Mengkonfirmasi ke unit terkait yaitu verifikator ruangan atau petugas admin.

2. Melaporkan jika tidak ada tindak lanjut 3x24 jam kepada kepala perawat instalasi dan kepala perawat SMF di masing-masing ruangan, agar berkas tidak menjadi susulan klaim.

3. Mengekspedisikan semua revisi berkas yang kembali dan belum kembali ke Instalasi Penjaminan.

4. Melakukan edit data pada software INA CBG's untuk proses cetak ulang pdf dan satukan pada setiap berkas yang direvisi.

5. Melakukan tarik data TXT ulang untuk setoran data dan berkas ke BPJS Kesehatan.

6. Menyerahkan berkas ke verifikator BPJS Kesehatan untuk tindak lanjut pembuatan laporan klaim.

d. Melakukan assembling berkas revisi jika termasuk revisi klinis:

1. Mengkonfirmasi ke dokter verifikator yang bertugas sebagai dokter jaga ruangan.

2. Melakukan tindak lanjut konfirmasi berlapis dari dokter verifikator ke DPJP jika dokter verifikator tidak dapat menjawab.

1.6.1 Kodefikasi

1. Pengertian External cause

External cause atau penyebab luar dalam ICD-10 merupakan klasifikasi tambahan yang mengklasifikasikan kemungkinan kejadian lingkungan dan keadaan sebagai penyebab cedera, keracunan dan efek samping lainnya. Bab XIX, kode external cause (V01-Y89) harus digunakan sebagai kode primer kondisi tunggal dan tabulasi penyebab kematian (underlying cause) dan pada kondisi yang morbid yang dapat diklasifikasi ke bab XIX (injury, poisoning, and certain other consequences of external cause) [11].

Bila kondisi morbid diklasifikasi pada bab I-XVIII, kondisi morbid itu sendiri akan diberi kode sebagai penyebab kematian utama (underlying cause) dan jika diinginkan dapat digunakan kategori bab external cause sebagai kode tambahan. Pada kondisi cedera, keracunan atau akibat lain dari sebab eksternal harus dicatat, hal ini penting untuk menggambarkan sifat kondisi dan keadaan yang menyebabkannya.



2. Manfaat Pemberian Kode External cause

Manfaat kode external cause adalah untuk:

- 1) Melaporkan Rekapitulasi Laporan (RL4b) atau Data Keadaan Morbiditas di Rumah Sakit dalam bentuk kode beserta kode external cause jika kasus yang terdapat external cause.
- 2) Melaporkan Rekapitulasi Laporan (RL 3.2) Pelayanan Gawat Darurat.
- 3) Membuat surat keterangan medis klaim asuransi kecelakaan.
- 4) Sebagai penyebab kematian pada sertifikat kematian jika pasien kasus kecelakaan meninggal
- 5) Indeks penyakit sebagai laporan internal rumah sakit.

3. Klasifikasi Kode External cause

Pada umumnya penyebab luar sebaiknya ditabulasi baik menurut Bab XIX dan Bab XX, pada kondisi ini, kode dari Bab XX harus digunakan untuk memberikan informasi tambahan untuk beberapa analisis kondisi. Menurut WHO (2004) Bab XIX terdiri dari 2 blok yaitu:

a) Blok S yaitu seksi S yang digunakan untuk mengkode berbagai tipe cedera, keracunan, dan konsekuensi dari sebab luar yang terkait satu regio.

- (1) S00-S09: Cedera kepala
- (2) S10-S19: Cedera leher
- (3) S20-S29: Cedera dada
- (4) S30-S39: Cedera abdomen, pinggang bawah, ruas tulang belakang lumbar dan rongga panggul (Pelvis)
- (5) S40-S49: Cedera bahu dan lengan atas
- (6) S50-S59: Cedera siku dan lengan bawah
- (7) S60-S69: Cedera pergelangan tangan dan tangan
- (8) S70-S79: Cedera pinggul dan paha 19
- (9) S80-S89: Cedera lutut dan tungkai bawah
- (10) S90-S99: Cedera pergelangan tumit dan kaki

b) Blok T yaitu suatu seksi T yang digunakan untuk meliputi cedera multiple atau cedera yang mengenai bagian tubuh yang tidak rinci.

- (1) T00-T07: Cedera regio multiple pada tubuh
- (2) T08-T14: Cedera bagian tubuh yang tidak dirinci, tungkai atau regio badan.
- (3) T15-T19: Efek benda asing yang masuk tubuh melalui lubang / alan masuk ilmiah
- (4) T20-T32: Luka bakar dan korosif
- (5) T33-T35: Cedera beku
- (6) T36-T50: Keracunan obat, medicamenta dan substansia biologis
- (7) T51-T65: Efek racun substansi yang utama sumbernya nonmedicinal



(8) T66-T78: Efek lain dan tidak terinci dari sebab luar

(9) T79 : Komplikasi dini tertentu dari trauma

(10) T80-T88: Komplikasi dari asuhan medis dan tindakan operasi yang NEC

(11) T90-T98: Sequelae (Sisa) dari cedera, keracunan, dan konsekuensi lain dari sebab luar.

Menurut WHO (2004) Bab XX dibagi menjadi beberapa subbab, yaitu:

a) Transport Accident

(1) V01-V09: Pejalan kaki terluka di kecelakaan transportasi

(2) V10-V19: Pengendara sepeda terluka di kecelakaan transportasi

(3) V20-V29: Pengendarmotor terluka dikecelakaan transportasi

(4) V30-V39: Penumpang motor roda 3 terluka di kecelakaan transportasi

(5) V40-V49: Penumpang mobil terluka di kecelakaan transportasi

(6) V50-V59: Penumpang pick up, truk, atau van terluka di kecelakaan transportasi

(7) V60-V69: Penumpang kendaraan berat terluka di kecelakaan transportasi

(8) V70-V79: Penumpang bus terluka di kecelakaan transportasi

(9) V80-V89: Kecelakaan transportasi darat lainnya

(10) V90-V94: Kecelakaan transportasi laut

(11) V95-V97: Kecelakaan transportasi udara

(12) V98-V99: Kecelakaan transportasi lain tidak spesifik

(13) W00-X59: Penyebab eksternal lainnya cedera disengaja

(14) W00-W19: Jatuh

(15) W20-W49: Paparan untuk mematikan kekuatan mekanik

(16) W50-W64: Paparan untuk menghidupkan kekuatan mekanik.

(17) W65-W74: Melempar disengaja dan perendaMan

(18) W75-W84: Kecelakaan lain untuk bernafas

(19) W85-W99: Paparan arus listrik, radiasi, suhu dan tekanan udara

(20) X00-X09: Paparan asap dan kebakaran

(21) X10-X19: Kontak dengan zat panas

(22) X20-X29: Kontak dengan racun binatang dan tumbuhan

(23) X30-X39: Paparan kekuatan alam

(24) X40-X49: Disengaja keracunan oleh dan paparan zat berbahaya.

(25) X50-X57: Kelelahan, wisata, kemelaratan.

(26) X58-X59: Kecelakaan paparan faktor-faktor lain dan tidak ditentukan.

(27) X60-X84: Sengaja menyakiti diri sendiri.

(28) X85-Y09: Serangan.

(29) Y10-Y34: Acara niat belum ditentukan.

(30) Y35-Y36: Intervensi hukum dan operasi perang.

(31) Y40-Y84: Komplikasi perawatan medis dan bedah.

(32) Y40-Y59: Obat-obatan dan zat biologis menyebabkan efek samping pada perawatan.

(33) Y60-Y69: Kesialan pasien selama perawatan medis dan bedah.

(34) Y70-Y82: Peralatan medis kaitan dengan insiden yang merugikan di diagnosis dan terapi.

(35) Y83-Y84: Prosedur medis bedah lainnya sebagai penyebab reaksi abnormal pasien, atau akhir-akhir komplikasi, tanpa menyebutkan kecelakaan pada saat prosedur.

(36) Y85-Y89: Sisa gejala dari penyebab luar morbiditas dan mortalitas.

(37) Y90-Y98: Faktor tambahan yang terkait dengan penyebab kesakitan dan kematian diklasifikasikan di tempat lain.

b) Karakter Kode Tempat Kejadian Kategori berikut disediakan untuk digunakan untuk mengidentifikasi tempat kejadian penyebab luar Mana yang relevan sebagai karakter ke-4 pada kode external cause.

0: Tempat tinggal

1: Tempat tinggal institusi

2: Sekolah, fasilitas umum, rumah sakit, bioskop, tempat hiburan

3: Tempat olah raga

4: Jalan umum

5: Area perdagangan dan jasa

6: Industri dan konstruksi area

7: Perkebunan

8: Tempat yang spesifik lainnya

9: tempat tidak spesifik

c) Karakter Kode Aktivitas Kategori berikut disediakan untuk digunakan untuk menunjukan aktivitas orang yang terluka saat peristiwa itu terjadi sebagai karakter ke-5 kode external cause.

0: Sedang melakukan aktivitas olah raga

1: Sedang melakukan aktivitas waktu luang

2: Sedang melakukan aktivitas bekerja (income)

3: Sedang melakukan aktivitas pekerjaan rumah

4: Sedang istirahat, tidur, makan, atau aktivitas vital lainnya

8: Sedang melakukan aktivitas spesifik lainnya

9: Sedang melakukan aktivitas tidak spesifik

d) Kode Tambahan Kecelakaan Transportasi Kode tambahan kecelakaan transportasi (V01-V89) digunakan sebagai karakter ke-4 untuk mengidentifikasi korban kecelakaan dan penyebab kecelakaan, dan kode kelima yang digunakan adalah kode tempat kejadian kecelakaan dan tidak perlu disertai kode aktivitas.

0: Pengemudi terluka dalam kecelakaan bukan lalu lintas

1: Penumpang terluka dalam kecelakaan bukan lalu lintas

2: Pengemudi terluka dalam kecelakaan bukan lalu lintas tidak spesifik

3: Seseorang terluka saat menumpang atau turun

4: Pengemudi terluka dalam kecelakaan lalu lintas

5: Penumpang terluka dalam kecelakaan lalu lintas

9: Pengemudi terluka dalam kecelakaan lalu lintas tidak spesifik

c. Langkah-langkah Pemberian Kode External cause

1) Tentukan tipe pernyataan yang akan dikode, dan buka volume 3 Alphabetical Index (kamus). Bila pernyataan adalah istilah penyakit atau cedera atau kondisi lain yang terdapat pada Bab I- XIX dan XXI (Volume 1), gunakanlah sebagai "lead-term" untuk dimanfaatkan sebagai panduan menelusuri istilah yang dicari pada seksi I indeks (Volume 3). Bila pernyataan adalah penyebab luar (external cause) dari cedera (bukan nama penyakit) yang ada di Bab XX (Volume 1), lihat dan cari kodenya pada seksi II di Indeks (Volume 3).

2) Baca dengan seksama dan ikuti petunjuk catatan yang muncul di bawah istilah yang akan dipilih pada Volume 3.

3) Lihat daftar tabulasi (Volume 1) untuk mencari nomor kode yang paling tepat. Lihat kode tiga karakter di indeks dengan tanda minus pada posisi keempat yang berarti bahwa isian untuk karakter ke-4 itu ada di dalam volume 1 dan merupakan posisi tambahan yang tidak ada dalam indeks (Volume 3). Perhatikan juga perintah untuk membubuhi kode tambahan (additional code) serta aturan cara penulisan dan pemanfaatannya dalam pengembangan indeks penyakit dan dalam sistem pelaporan morbiditas dan mortalitas.

4) Ikut pedoman Inclusion dan Exclusion pada kode yang dipilih atau bagian bawah suatu bab (chapter), blok, kategori atau subkategori.

5) Untuk mengkode external cause di ICD 10 dengan menentukan diagnosis external cause yang akan dikode.

6) Jika external cause merupakan kecelakaan transportasi maka buka ICD-10 volume 3 pada section II (external causes of injury) lihat Table of land transport accident. Bagian vertikal merupakan korban dan bagian horizontal merupakan jenis kendaraan yang menyebabkan kecelakaan.

7) Pertemuan bagian vertikal dan horizontal merupakan kode external cause sampai karakter ketiga yang menjelaskan bagaimana kecelakaan terjadi.

8) Pastikan kode pada buku ICD-10 Volume I (Tabular List) untuk menentukan karakter ke-4 dan kelima dari kode external cause tersebut.

9) Untuk cedera akibat bukan kecelakaan transportasi, maka dicari tahu dulu apakah hal tersebut terjadi karena disengaja atau tidak. Jika disengaja maka buka ICD-10 volume 3 pada section II dengan leadterm "attack", kemudian cari lagi pada bagian bawah leadterm tindakan apa yang dialami korban hingga menyebabkan cidera.

10) Pada kasus keracunan maka buka ICD-10 volume 3 pada section III Table of Drugs and Chemical dengan melihat nama zatnya dan melihat keracunan disebabkan oleh apa:

(1) Kolom accidental untuk keracunan yang tidak disengaja

(2) Kolom Inventional self-harm untuk keracunan yang disengaja menyakiti diri sendiri

(3) Kolom Undetermined Intent untuk keracunan yang belum ditentukan niatnya

(4) Kolom Advere effect in therapeutic use untuk keracunan yang disebabkan pada saat perawatan terapi

(5) Pastikan kode pada buku ICD-10 Volume I (Tabular List) untuk menentukan karakter ke-4 dan kelima dari kode external cause tersebut.

1.7.1 KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEPTUAL

Penentuan kerangka konseptual oleh peneliti akan sangat membantu dalam menentukan arah kebijakan dalam pelaksanaan penelitian. Kerangka konsep merupakan uraian dan gambaran mengenai relasi antar konsep atau variabel yang akan diaanalisa atau diteliti [12].

2.8.1 Kerangkan Konsep

Proses

a. Ketepatan kodefikasi diagnosis dan tindakan pada pasien IGD kasus cedera

b. Kesesuaian Total Klaim pasien IGD kasus cedera

Input

Data Klaim pasien IGD kasus cedera

Output

Analisis Dampak Perbedaan Kodifikasi Diagnosis Cidera terhadap Total Klaim Pada Software INA-CBGs di IGD RSUD

R.T. Notopuro Sidoarjo.

Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA)

Impact

Stabilitas *Cashflow* Rumah Sakit

Gambar 2.2 Kerangka konsep

Gambar 2. 2 Kerangka konsep

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif merupakan cara riset berdasarkan filsafat positivisme dimana digunakan untuk suatu populasi atau sampel yang dipilih dalam penelitian. Data dikumpulkan melalui penggunaan instrumen penelitian yang bersifat objektif dan analisa data bersifat kuantitatif/statistik untuk mengetahui hasil hipotesis yang ingin diuji [13].

3.2 Lokasi Penelitian

Penelitian mengenai Analisis Dampak Perbedaan Kodefikasi Diagnosis Pada Bab XIX-XX dan Tindakan terhadap Total Klaim Pada *Software* INA-CBGs di IGD RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo dilaksanakan di Instalasi Penjaminan RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo. Comment by resta dwi: Sesuaikan dengan judul

3.3 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada Bulan Juni 2026.

3.4 Populasi dan sampel

Populasi pada penelitian ini adalah data klaim IGD pasien BPJS Kesehatan di Instalasi Penjaminan Bulan Juni 2026. Teknik pengambilan Sampel menggunakan metode *quota sampling* dengan sampel sebanyak 50 data klaim IGD pasien BPJS Kesehatan kasus Cedera, Keracunan, Sebab Luar, teknik pengambilan sampel dari populasi yang memiliki ciri-ciri tertentu hingga mencapai jumlah atau kuota yang diinginkan. Anggota sampel dipilih berdasarkan kriteria spesifik tersebut sampai batas target jumlah responden terpenuhi [14]. Comment by resta dwi: sampel
Comment by resta dwi: Tuliskan jumlahnya
Comment by resta dwi: Buat kriteria inklusi dan eksklusi mba

3.5 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

1. Kriteria Inklusi

- a. Rekam medis pasien BPJS Kesehatan di IGD dengan diagnosis cedera yang mengalami perubahan kode diagnosis antara hasil koding awal dan hasil verifikasi.
- b. Terdapat data nilai total klaim INA-CBGs sebelum dan sesudah perubahan kodifikasi.
- c. Rekam medis BPJS yang telah selesai proses grouping INA-CBGs.
- d. Petugas yang melakukan entri diagnosis di IGD
- e. Petugas yang bersedia menjadi informan dalam wawancara penelitian.

1. Kriteria Eksklusi

1. Rekam medis yang tidak mengalami perubahan kode diagnosis.
 - a. Rekam medis yang tidak memiliki data nilai klaim sebelum atau sesudah verifikasi.
 - b. Petugas yang tidak terlibat langsung dalam proses entri diagnosis ke software INA-CBGs.
 - c. Petugas yang tidak bersedia menjadi informan atau tidak dapat diwawancarai pada saat penelitian berlangsung.



3.6. Instrumen Penelitian Comment by resta dwi: Instrumen adalah akar yang digunakan untuk memperoleh data bisa dengan lembar observasi, pedoman wawancara, pedoman brainstorming dll

Instrumen dan teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan lembar observasi dan wawancara terstruktur, serta Berita Acara (BA) verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Instrumen penelitian memuat sejumlah indikator yang meliputi kelengkapan dokumen klaim, ketepatan pengisian rekam medis, kesesuaian diagnosis dan tindakan medis dengan ketentuan INA-CBGs, serta pemahaman petugas terhadap regulasi dan prosedur klaim BPJS Kesehatan. Data yang diperoleh melalui observasi, dan telaah Berita Acara (BA) verifikasi klaim selanjutnya dianalisis untuk menjawab tujuan penelitian yang telah ditetapkan.

3.7 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan observasi

pada berkas rekam medis pasien bpjs.

1. Data primer

Data primer diperoleh secara langsung dari data CPPT rekam medis pasien BPJS Kesehatan dengan kasus cedera di IGD RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo. Comment by resta dwi: Kasus cedera

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari wawancara terstruktur kepada dokter yang berada di IGD.

3.8 Teknik Analisis Data

Data yang telah selesai dikumpulkan dari berkas rekam medis dan wawancara selanjutnya dilakukan proses analisis data dengan menggunakan uji statistik Chi-Square dengan nilai kemaknaan (α) = 0.05.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan peneliti tentang ketepatan kodefikasi penyakit pada pasien BPJS di IGD di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo diperoleh hasil sebagai berikut:

1. Ketepatan Diagnosis

Tabel 4. 1 persentase ketepatan kodefikasi diagnosis

Keterangan	Jumlah	Presentase
Tepat	24	48%
Tidak Tepat	26	52%
Jumlah	50	100%

Berdasarkan hasil Tabel 4.1 dengan judul **persentase ketepatan kodefikasi diagnosis diatas, diketahui bahwa persentase ketepatan kodefikasi diagnosis** pada 50 rekam medis pasien IGD BPJS di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo Bulan Juni 2026, peneliti menemukan bahwa 24 (atau 48% dari rekam medis) mencantumkan kode diagnosis secara akurat, sedangkan 26 (52%) tidak mencantumkan kode diagnosis secara akurat. Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan ketidakakuratan kode diagnosis di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo tersebut adalah karena pemberian kode diagnosis kurang spesifik yakni pada jenis cedera yang dialami pasien seperti lokasi cedera, apakah luka terbuka atau tertutup, dan bagaimana cedera tersebut terjadi,

Tabel 4. 2 persentase kategori ketepatan kodefikasi diagnosis

Kategori	Jumlah	Persentase Comment by Resta Dwi Yuliani: jangan ditampilkan
Salah karakter ke-4	24	48% Comment by Resta Dwi Yuliani: jangan ditampilkan
Tidak dikode karakter ke-5	2	4% Comment by Resta Dwi Yuliani: jangan ditampilkan
Tidak dikode <i>external cause</i> Comment by Resta Dwi Yuliani: mba ini jangan dibuat 50, soalnya kan di uji statistiknya jika semua tidak tepat maka tdk ketemu hasilnya	26	52% Comment by Resta Dwi Yuliani: jangan ditampilkan

Berdasarkan data pada tabel 5.2 dengan judul **persentase kategori ketepatan kodefikasi diagnosis di atas, diketahui bahwa dari 50 data klaim pada kategori salah karakter ke-4 sebanyak 22 data klaim dan pada kategori tidak dikode karakter ke-5 sebanyak 2 data klaim.** Berdasarkan hasil wawancara dengan Dokter IGD bahwa faktor penyebab kesalahan pada penggunaan kode karakter ke-4 yaitu kurangnya pengetahuan dokter terkait kategori karakter ke 4 dan karakter ke 5. Akan tetapi, akurasi dalam pengodean penyakit ditentukan oleh kesesuaian antara diagnosis yang telah ditegakkan oleh dokter dengan kode berdasarkan buku ICD-10 2010. Hal ini sejalan dengan penelitian menyebutkan bahwa ketidakakuratan dalam pengodean penyakit dapat disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya adalah kesalahan pada penambahan karakter ke-4. Karakter ke-4 menunjukkan kode karakter tambahan yang terdiri atas .0 sampai .9 yang ditambahkan setelah tiga karakter pertama, karakter ke-4 menunjukkan letak anatomi atau kondisi pada suatu diagnosis dan penggunaan karakter kelima yaitu untuk menentukan apakah cedera terbuka atau tertutup. Berdasarkan ICD-10, penambahan kode karakter kelima pada kasus cedera digunakan untuk mengetahui kondisi cedera pasien tertutup atau terbuka. Comment by Resta Dwi Yuliani: tabel no. berapa dan judul tabel apa

Berdasarkan data pada tabel 5.2 dengan judul **persentase kategori ketepatan kodefikasi diagnosis di atas, diketahui bahwa dari 26 data klaim yang masuk kategori Tidak dikode *external cause* sebanyak 44 data klaim.** Hasil observasi dan wawancara kepada dokter IGD mengungkapkan bahwa faktor penyebab tidak diberikan terletak pada ketidaklengkapan pencatatan di bagian penyebab cedera dalam CPPT, sehingga tidak memiliki dasar yang cukup untuk menentukan kode penyebab kejadian cedera tersebut. Kondisi tersebut mengindikasikan bahwa dokumentasi kronologi kejadian pada CPPT maupun resume medis belum memberikan informasi yang cukup bagi coder untuk menetapkan kode penyebab luar cedera. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menjelaskan bahwa dari sisi anamnesis, dokter sering kali tidak mencatat penyebab *external* karena kurangnya pemahaman dokter terkait verifikasi pada digit ke 4 dan ke 5, serta lebih fokus pada penanganan masalah medis utama, sehingga kurang tepat dalam menentukan kode. *World Health Organization* (2022) menjelaskan berdasarkan ICD-10 volume 2 dinyatakan bahwa untuk kasus cedera kode yang ditegakkan terdiri dari 2 kode yaitu kode primer untuk kasus cedera dan kode sekunder untuk kode *external cause*. Kode *external cause* sendiri digunakan untuk memberikan kode pada faktor penyebab luar terjadinya cedera [14]. Comment by Resta Dwi Yuliani: tabel no. berapa dan judul tabel apa Comment by Resta Dwi Yuliani: dan wawancara Comment by Resta Dwi Yuliani: hati-hati dalam sitasi jurnal

Penyebab tidak dilakukannya penambahan kode *external cause* adalah pengetahuan dokter tentang penggunaan kode *external caus e* yang masih kurang, Sehingga pada kasus cedera hanya ditegakkan 1 kode diagnosis (primer). Contoh kasus Fracture of malar and maxillary bones, closed akibat pasien jatuh tertabrak motor di jalan raya. Koder hanya menegaskan kode primer saja yaitu S02.40 tanpa kode sekunder (*external cause*). Ketidakakuratan dalam pengodean penyakit berpotensi menimbulkan berbagai masalah dan berdampak luas terhadap aspek-aspek operasional rumah sakit. Dampak kesalahan kodefikasi ini antara lain terwujud dalam bentuk pemberian pelayanan yang tidak tepat kepada pasien serta penyusunan laporan internal dan eksternal rumah sakit yang keliru. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa ketidakakuratan kode diagnosis akan mempengaruhi keakuratan

data statistik rumah sakit sehingga menghasilkan pelaporan rumah sakit yang tidak valid. Ketidakakuratan kode diagnosis juga dapat menimbulkan kesalahan dalam penentuan besar klaim pembiayaan atas pengobatan dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien, sehingga sangat berpotensi menimbulkan fraud [15]. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang mengungkapkan bahwa ketidakakuratan kodefikasi diagnosis sectio caesarea berdampak langsung terhadap akurasi pelaporan internal dan eksternal rumah sakit [16]. Comment by Resta Dwi Yuliani: ini siapa yg kurang pengetahuan?

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase ketepatan kode diagnosis di IGD RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo sebesar 48%, sedangkan 52% masih belum tepat. Persentase tersebut menunjukkan bahwa tingkat akurasi pengodean diagnosis masih perlu ditingkatkan karena lebih dari separuh dokumen rekam medis belum memenuhi ketentuan ICD-10. Ketidaktepatan pengodean diagnosis tidak hanya berdampak pada kualitas data rekam medis, tetapi juga memengaruhi validitas data morbiditas, pelaporan rumah sakit, evaluasi pelayanan, hingga proses klaim pembiayaan JKN. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa ketepatan kode diagnosis merupakan komponen penting dalam pengelolaan data klinis dan proses klaim BPJS Kesehatan karena seluruh dokumen pendukung harus memiliki konsistensi antara diagnosis, resume medis, dan kode yang ditetapkan. Ketidaksesuaian di antara dokumen tersebut berpotensi menyebabkan pengembalian maupun penundaan klaim [17].

Selain memengaruhi mutu data rumah sakit, ketidaktepatan kode diagnosis juga mempunyai dampak terhadap proses pembiayaan pelayanan kesehatan. Penelitian di Rumah Sakit Edelweiss menunjukkan bahwa ketepatan kode diagnosis memberikan pengaruh sebesar 80,3% terhadap terjadinya pending klaim BPJS, sedangkan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain seperti kelengkapan berkas, dokumen penunjang, dan administrasi klaim. Temuan tersebut menunjukkan bahwa kualitas pengodean diagnosis masih menjadi salah satu indikator utama keberhasilan proses klaim JKN [18].

Berdasarkan hasil penelitian, teori, serta berbagai penelitian terdahulu, peneliti berpendapat bahwa peningkatan akurasi kode diagnosis tidak cukup dilakukan melalui peningkatan kompetensi coder saja. Upaya tersebut perlu didukung oleh peningkatan kualitas dokumentasi klinis oleh dokter, kelengkapan resume medis, audit coding secara berkala, pelaksanaan clinical documentation improvement (CDI), pelatihan ICD-10 secara berkesinambungan, serta koordinasi yang lebih baik antara dokter, perawat, petugas rekam medis, dan tim verifikator internal rumah sakit. Dengan adanya kolaborasi tersebut, diharapkan ketepatan kode diagnosis dapat meningkat sehingga mutu data rekam medis, validitas pelaporan rumah sakit, dan kelancaran proses klaim BPJS Kesehatan menjadi lebih optimal

1. Ketepatan Koding Prosedur

Keakuratan kode prosedur dalam penelitian ini dievaluasi berdasarkan kesesuaian dengan ICD-9-CM edisi tahun 2010 dan penilaian dilakukan terhadap 50 sampel data klaim pasien IGD yang diperoleh pada periode Juni 2026. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa dari keseluruhan sampel, 36 data klaim (72%) telah menggunakan kode prosedur yang tepat, sedangkan 14 data klaim (28%) ditemukan mengalami ketidaktepatan dalam pengkodean. Data tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. 3 persentase ketepatan koding prosedur

Keterangan	Jumlah	Presentase
Tepat	36	72%
Tidak Tepat	14	28%
Jumlah	50	100%

Berdasarkan hasil dari tabel 4.2 dengan judul persentase ketepatan koding prosedur siatas, diketahui bahwa 36 dokumen dengan persentase 72% akurat dengan ketepatan koding prosedur dan 14 dokumen dengan persentase 28% tidak akurat. Tingkat keakuratan yang sangat tinggi ini mencerminkan bahwa tenaga medis di rumah sakit telah memiliki pemahaman yang baik terhadap prinsip-prinsip pengodean prosedur medis sesuai dengan standar yang berlaku. Hal ini turut menunjukkan adanya komitmen terhadap akurasi dokumentasi klinis dan administratif, yang sangat penting dalam menjamin keberhasilan proses klaim dan validitas data pelayanan kesehatan. Meskipun demikian, keberadaan kasus ketidakakuratan tetap perlu mendapat perhatian. Kesalahan ini terjadi akibat pemilihan kode prosedur yang tidak sesuai dengan jenis dan lokasi tindakan medis yang sebenarnya dilakukan. Comment by Resta Dwi Yuliani: pengodean

Berdasarkan pedoman ICD-9-CM, kode prosedur harus mencerminkan secara spesifik lokasi anatomi dan jenis tindakan utama yang dilakukan terhadap pasien. Oleh karena itu, ketidakakuratan ini menunjukkan adanya kelemahan dalam proses identifikasi tindakan maupun dalam ketelitian pemilihan kode. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian yang menyebutkan bahwa salah satu penyebab utama ketidakakuratan pengodean prosedur adalah kurang detailnya dokumentasi medis serta pemahaman yang belum optimal dari petugas kodefikasi terhadap struktur dan logika pengkodean dalam ICD-9- CM. Oleh karena itu, untuk menjaga dan meningkatkan akurasi, disarankan agar dilakukan audit internal secara berkala, pelatihan lanjutan bagi petugas kodefikasi, serta penguatan koordinasi antara tenaga medis dan tim koder [19]. Comment by Resta Dwi Yuliani: ini harusnya diberikan sitasi/ jurnal/ sumber Comment by Resta Dwi Yuliani: pengodean

A. Ketepatan Diagnosis Terhadap Total Klaim

Tabel 4. 4 pengaruh ketepatan kode diagnosis terhadap total klaim					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.231a	1	.267		

Berdasarkan Tabel 4.3 dengan judul pengaruh ketepatan kode diagnosis terhadap total klaim di atas, diketahui pengaruh ketepatan diagnosis terhadap total klaim diperoleh nilai sebesar $p = 0,267$. Dengan demikian, secara statistik tidak ada pengaruh secara signifikans antara ketepatan diagnosis terhadap kesesuaian total klaim pada Software INA-CBGs di IGD RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo.

Ketidaktepatan dalam penulisan diagnosis yang tidak diperlukan hingga melakukan perubahan kode utama menjadi kelompok tarif yang berbeda, maka total nominal klaim yang dihasilkan akan tetap sesuai. Selain itu, adanya proses verifikasi internal yang ketat oleh tim kendali mutu dan biaya rumah sakit sebelum berkas diajukan ke BPJS Kesehatan dapat meminimalisir ketidaksesuaian klaim, sehingga diagnosis yang kurang tepat telah diperbaiki terlebih dahulu sebelum finalisasi tarif total klaim. Comment by Resta Dwi Yuliani: finansial atau finalisasi?

ketidaktepatan koding pada rawat jalan IGD tidak mempengaruhi Total Klaim pada software INA-CBGs namun ketidaktepatan koding berpengaruh terhadap pending klaim. Senada dengan penelitian lain yang menyatakan bahwa ketidakakuratan penulisan atau dokumentasi diagnosis akibat minimnya bukti klinis pendukung secara signifikansi dapat meningkatkan risiko penolakan atau pengembalian klaim oleh tim verifikator BPJS [20]. Penelitian lain juga menyebutkan bahwa penyebab ketidaktepatan kode diagnosis salah satunya adalah tulisan dokter yang sulit dibaca dan dipahami, tidak ada kamus kedokteran yang disediakan, tidak adanya sosialisasi dan pelatihan yang rutin dilakukan kepada koder dan dokter terkait pengodingan dan pengelolaan rekam medis [21].

Ketidaktepatan dalam menentukan kode diagnosis dapat menyebabkan pengurangan atau penundaan pembiayaan Asuransi yang seharusnya diberikan, yang dapat berakibat pada pengelolaan berkas rekam medis. Dampak lainnya dari ketidaktepatan penetapan kode diagnosis yang dimasukkan pada aplikasi INA-CBGs selama proses klaim JKN bisa mempengaruhi terjadinya *fraud* dan pembayaran tarif pelayanan lebih rendah (down coding) yang dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit.

Dengan demikian, Optimalisasi tim verifikasi internal rumah sakit perlu mempertahankan dan meningkatkan ketelitian tim kendali mutu/biaya sebelum berkas dikirim ke BPJS Kesehatan.

B. Pengaruh Ketepatan Koding Prosedur terhadap Total Klaim

Chi-Square Tests Tabel 4. 5 presentase ketepatan kodefikasi prosedur terhadap total klaim					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)

Pearson Chi-Square	3.429a	1	.064		

Berdasarkan hasil SPSS menunjukkan nilai Sig. (2-sided) sebesar 0,085 yang lebih besar dari nilai signifikansi (0,05) yang berarti bahwa tidak ada pengaruh antara ketepatan koding prosedur dengan total klaim.

Secara signifikan tidak ada pengaruh antara ketidaktepatan koding prosedur terhadap total klaim Rawat Jalan IGD, namun ketidaktepatan koding prosedur akan berpeluang pada terjadinya *pending* klaim. Hal ini bertolak belakang dengan penelitian yang menyatakan adanya hubungan yang sangat signifikan antara ketepatan koding dengan status kelayakan klaim peserta Jaminan Kesehatan nasional (JKN). Ketidaktepatan koding khususnya pada kasus dengan tindakan kompleks seperti pneumonia atau pembedahan memegang peranan mutlak (berpengaruh hingga 81,7% dengan kualitas resume) dalam menjelaskan variasi hasil kelayakan klaim yang diterima oleh faskes. Penelitian juga menyatakan bahwa ketidaktepatan kode tindakan akan menghambat pembiayaan asuransi. Penolakan terhadap pembiayaan JKN bisa menyebabkan penghasilan rumah sakit menurun, yang bisa berdampak mengganggu kelancaran operasional rumah sakit [22]. Comment by Resta Dwi Yuliani: yang ini juga sama. alangkah lebih baiknya jika ada kalimat yang menyatakan bahwa secara signifikansi tdk ada pengaruh ketidaktepatan prosedur thd total klaim, namun akan berpeluan terjadinya pending klaim.

Ketidakesuaian antara hasil penelitian ini dengan teori dan data awal memberikan gambaran objektif bahwa di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo, sistem verifikasi koding tindakan berjalan fleksibel atau tindakan-tindakan medis yang salah dalam memasukkan kode kebetulan tidak termasuk ke dalam prosedur sekunder yang memiliki skor tinggi dalam penentuan tarif akhir INA-CBGs. Pengaruh tingkat ketepatan kode tindakan terhadap pending klaim BPJS di Rumah Sakit dapat dilihat dari berbagai aspek, salah satunya dari sisi manajemen rumah sakit. Ketepatan kode tindakan sangat penting dalam proses klaim, karena kesalahan atau ketidaktepatan dalam pengkodean dapat menyebabkan klaim menjadi pending atau ditolak. Rumah sakit wajib memastikan bahwa kode tindakan yang diberikan oleh para tenaga medis dengan standar yang ditetapkan dalam software INA-CBGs, sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan tepat. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa terdapat 100 dokumen rekam medis penyakit cedera memiliki pengkodean yang tidak tepat karena tidak dicantumkan kode *external cause*.

Dampak dari pending klaim BPJS terhadap Rumah Sakit R.T. Notopuro Sidoarjo juga cukup signifikan, terutama dari segi finansial. Ketika klaim tertunda, rumah sakit perlu menunggu lebih lama agar bisa menerima pembayaran dari BPJS, yang dapat mengganggu aliran kas dan operasional rumah sakit. Selain itu, hal ini juga dapat mempengaruhi tingkat kepuasan pasien, karena mereka mungkin harus menghadapi proses administrasi yang lebih rumit dan memakan waktu. Ketidaktepatan dalam pengkodean sering terjadi karena kurangnya pemahaman atau ketelitian dalam menerapkan sistem kode tindakan, sehingga pihak manajemen dianjurkan untuk mengadakan pelatihan atau workshop berkala yang nantinya akan diikuti oleh para koder dan dokter untuk menyamakan persepsi mengenai aturan koding ICD 9-CM dan ICD-10 terbaru.

Oleh karena itu, usaha untuk meningkatkan ketepatan kode tindakan tidak hanya mempengaruhi efisiensi proses klaim, tetapi juga membantu meningkatkan kualitas layanan secara keseluruhan. Penelitian selanjutnya sebaiknya melakukan perbandingan antara pasien rawat jalan dan rawat inap, karena struktur severity level pada INA-CBGs rawat inap jauh lebih kompleks dan lebih rentan terhadap kesalahan dalam diagnosis maupun koding prosedur.

BAB V

PENUTUP



1. **Kesimpulan** Comment by Resta Dwi Yuliani: kesimpulan hendaknya menjawab tujuan jika tujuannya ada 4, maka kesimpulannya ada 4

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pengaruh ketepatan kodefikasi diagnosis dan kodefikasi prosedur terhadap ketepatan total klaim BPJS pada pasien IGD di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo, dapat disimpulkan sebagai berikut.

1. Ketepatan kodefikasi diagnosis masih belum optimal. Dari 50 rekam medis yang diteliti, sebanyak 24 rekam medis (48%) memiliki kode diagnosis yang tepat, sedangkan 26 rekam medis (52%) belum tepat. Ketidaktepatan terutama disebabkan oleh dokumentasi diagnosis yang kurang spesifik, tidak lengkapnya informasi mengenai kasus cedera, serta belum dicantumkannya kode *external cause* sesuai pedoman ICD-10.

1. Ketepatan kodefikasi prosedur menunjukkan hasil yang cukup baik. Sebanyak 36 data (72%) telah sesuai dengan ICD-9-CM, sedangkan 14 data (28%) masih belum sesuai. Ketidaktepatan umumnya terjadi karena pemilihan kode tindakan yang belum sesuai dengan jenis dan lokasi tindakan yang dilakukan.

2. Hasil uji Chi-Square menunjukkan bahwa ketepatan kodefikasi diagnosis tidak berpengaruh secara signifikan terhadap ketepatan total klaim BPJS ($p = 0,267 > 0,05$). Ketepatan kodefikasi prosedur tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap ketepatan total klaim ($p = 0,064 > 0,05$).

3. Meskipun tidak terdapat pengaruh yang signifikan secara statistik, Namun ketidaktepatan dalam penentuan kode diagnosis, seperti penggunaan karakter keempat dan kelima yang tidak tepat, tidak dicantumkannya kode *external cause* pada kasus cedera, maupun ketidaktepatan dalam pemberian kode tindakan, berpotensi menghasilkan tarif klaim yang tidak sesuai dengan kondisi klinis pasien. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan kerugian finansial akibat *undercoding*, risiko koreksi atau penolakan klaim akibat *overcoding*, meningkatnya *pending claim*, serta keterlambatan proses verifikasi dan pencairan klaim. Selain berdampak pada aspek pembiayaan, ketidaktepatan kode juga menurunkan kualitas data rekam medis dan informasi kesehatan yang digunakan untuk pelaporan, evaluasi, serta pengambilan keputusan di rumah sakit. Comment by Resta Dwi Yuliani: dampak nya apa?

B. Saran

1. Bagi RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo

- Meningkatkan kualitas dokumentasi klinis, khususnya pada kasus cedera, agar diagnosis dan tindakan ditulis secara lengkap, spesifik, serta sesuai dengan pedoman ICD-10 dan ICD-9-CM.
- Melaksanakan pelatihan dan evaluasi berkala bagi dokter, petugas rekam medis, dan koder mengenai pengkodean diagnosis, prosedur, serta penggunaan kode *external cause*.
- Memperkuat audit koding dan koordinasi antara dokter, petugas rekam medis, serta tim verifikasi klaim untuk meminimalkan kesalahan pengkodean dan *pending claim* BPJS.

2. Bagi Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan

- Meningkatkan pembelajaran mengenai ICD-10, ICD-9-CM, INA-CBGs, dan audit rekam medis melalui pembelajaran berbasis kasus agar mahasiswa memiliki kompetensi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan.
- Memperkuat kerja sama dengan rumah sakit sebagai lahan praktik dan penelitian sehingga mahasiswa memperoleh pengalaman yang lebih aplikatif dalam proses pengkodean dan manajemen klaim.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

- Menggunakan jumlah sampel yang lebih besar dan periode penelitian yang lebih panjang agar hasil penelitian memiliki kekuatan statistik yang lebih baik.
- Menambahkan variabel lain yang berpotensi memengaruhi ketepatan klaim BPJS, seperti kelengkapan rekam medis, kualitas dokumentasi klinis, kompetensi koder, dan proses verifikasi internal rumah sakit.
- Melakukan penelitian pada unit pelayanan lain, seperti rawat inap atau rawat jalan, sehingga hasil penelitian dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif mengenai pengaruh ketepatan kodefikasi terhadap klaim BPJS.

Daftar Pustaka Comment by Resta Dwi Yuliani: tidak ditulis secara manual

[1] STATE SECRETARY OF THE REPUBLIC OF INDONESIA, "Law of the Republic of Indonesia Number 40 of 2004 Concerning the National Social Security System," *Jdih Bpk Ri* , pp. 1–45, 2004.

[2] Y. H. W. Yofi, "Implementasi Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Bhayangkara Palembang," *J. Kebijak. Pembang.* , vol. 16, no. 1, pp. 115–126, 2021, doi: 10.47441/jkp.v16i1.144.

[3] MedMinute, "Laporan Klaim Pending BPJS Kesehatan Tahun 2024–2025," *MedMinute* , 2026, [Online]. Available: <https://medminutes.id>

[4] I. Bastian, "Akutansi Kesehatan," *Penerbit Erlangga* , 2008.

[5] K. Pengantar, "Buku pegangan sosialisasi jaminan kesehatan nasional dalam sistem jaminan sosial nasional," 2014.

[6] Peraturan Presiden, "Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional," *J. Teknol.* , vol. 1, no. 1, pp. 69–73, 2013, [Online]. Available: <https://www.bertelsmannstiftung.de>

[7] D. Kartika, "Analisis Ketepatan Waktu Penyelesaian Klaim Rawat Inap Pasien BPJS di RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak Tahun 2014," *Univ. Indones.* , 2014.

[8] Wulansari, "Manajemen Klaim pada Asuransi Kesehatan," *Fak. Kesehat. Masy. Univ. Indones.* , 2009.

[9] Ahdiyat, "PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL," *Strateg. Kesuksesan Kop. BMT Masalah Dalam Pengemb. Usaha dan Pemberdaya. Ekon. Umat* , vol. 2014, no. June, pp. 1–2, 2014, [Online]. Available: <https://repositories.lib.utexas.edu>

[10] W. H. Organization, "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), 2nd ed. Geneva," *World Heal. Organ.* , vol. 33, no. 3, p. 26, 2004.

[11] S. Notoatmodjo, "Metodologi Penelitian Kesehatan," *Rineka Cipta* , 2012.

[12] Sugiyono, "Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif," *Alfabeta* , 2014.

[13] S. Notoatmodjo, "Metodologi Penelitian Kesehatan," *Rineka Cipta* , 2016.

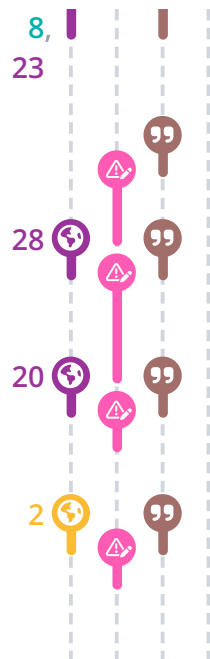
[14] R. D. Yuliani, S. Ariani, and H. N. Widanti, "Analisis Faktor Penyebab Ketidakakuratan Kode Diagnosis Cedera di Rumah Sakit 'Aisyiyah Siti Fatimah Tulangan,'" *J-REMI J. Rekam Med. dan Inf. Kesehat.* , vol. 7, no. 1, pp. 42–49, 2025, doi: 10.25047/j-remi.v7i1.6567.

[15] E. S. D. H. Suryandari and N. N. Susanti, "Hubungan Ketepatan Penulisan Diagnosis Terhadap Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Sistem Cardiovascular Di Rs Lavalette Malang," *J. Manaj. Kesehat. Indones.* , vol. 13, no. 1, pp. 14–26, 2025, doi: 10.14710/jmki.13.1.2025.14-26.

[16] H. Nugroho, I. Mar, P. Studi, and D.-R. Medis, "Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10 Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Cakra Husada Klaten," vol. 12, no. volume 1, 2021.

[17] F. Bella Artamevia, P. Souldoni Akbar, and N. Nurhadi, "Analisis Keakuratan Kode Diagnosis Terhadap Pengembalian Berkas Klaim Bpjs Di Rs Tni-Ad Bhirawa Bhakti Malang," *J. Med. Heal. Sci.* , vol. 2, no. 1, pp. 43–58, 2024, doi: 10.21070/anamnetic.v1i3.1595.

[18] I. Rizky Muharrom and E. Gunawan, "Pengaruh Ketepatan Kode Diagnosis Rawat Jalan Terhadap Pending Klaim



Bpjs Di Rumah Sakit Edelweiss," *Prepotif J. Kesehat. Masy.* , vol. 8, no. 3, pp. 4799–4805, 2024, doi: 10.31004/prepotif.v8i3.33773.

[19] W. Maryati, I. O. Rahayuningrum, and Y. S. Wati, "Evaluasi Kualitas Kode Diagnosis Ketuban Pecah Dini Pada Pasien Rawat Inap," *Link* , vol. 16, no. 1, pp. 66–73, 2020, doi: 10.31983/link.v16i1.5726.

[20] E. Zein, "Analisis Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Ketidakkuratan Kode Diagnosis Penyakit Rawat Jalan Di Puskesmas Dinoyo Tahun 2023," *MAINTEKKES J. Manag. Inf. Heal. Technol.* , vol. 3, no. 1, pp. 33–41, 2025, doi: 10.36049/maintekkes.v3i1.324.

[21] A. Meiningtyas and F. C. Maulina, "Faktor-faktor Penyebab Pending Klaim Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Pusat Pertamina," *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.* , vol. 13, no. 1, pp. 1–5, 2025, doi: 10.33560/jmiki.v13i1.660.

[22] N. Ketut *et al.* , "Analisis Pengaruh Ketidaktepatan Kode Diagnosis dan Kode Tindakan Pasien Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Tarif di Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya Kota Denpasar," *MIDWINERSLION J. Kesehat. STIKes Buleleng* , vol. 8, no. 2, pp. 86–94, 2023.