

PELATIHAN DAN UPDATING KODING KLINIS UNTUK KEPERLUAN REIMBURSEMENT KLAIM INA-CBGs PADA RUMAH SAKIT SWASTA

Dyah Ernawati^{1*}, Faik Agiwahyuanto², Sri Yulianah³, Jaka Prasetya⁴, Rizka Muzakki Syah⁵

^{1,2,4,5} Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan D-3, Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro

³Program Studi Kesehatan Masyarakat S-1, Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro

*Corresponding author: dyah_ernawati@dsn.dinus.ac.id

ABSTRAK. Koding casemix merupakan suatu kebutuhan dan kegiatan yang harus dilakukan oleh pegawai rumah sakit khususnya bagian rekam medis. Bagian atau unit yang terkait adalah unit casemix yang dibentuk oleh manajemen rumah sakit guna mengurus klaim pada pasien JKN. Pegawai tersebut penting untuk diberikan pelatihan dan peningkatan keilmuan keterampilan terkait koding klinis terkait reimbursement klaim INA-CBGs. Tim Pengabdian Masyarakat memberikan sharing pengetahuan, diskusi interaktif, dan pendampingan keterampilan terkait dengan penegakkan koding klinis dan reimbursement pada klaim JKN. Proses pengabdian masyarakat ini diberikan tidak hanya kepada PMIK tetapi juga kepada dokter, perawat, pegawai non-kesehatan yang bekerja di unit casemix. Pemberian pengabdian dimulai dari pengantar koding klinis dasar, penegakkan koding dengan menggunakan ICD-10 dan ICD-9CM, analisis kasus hingga penegakkan koding ICD berdasarkan aturan klaim reimbursement, praktik pengkodingan klinis, hingga post test. Sebanyak 54 peserta pelatihan sangat antusias mengikutinya dan hasil evaluasi menunjukkan peningkatan pemahaman peserta terhadap terminologi medis serta kemampuan menerapkan koding klinis yang benar berdasarkan kaidah ICD-10 dan ICD-9CM. Pelatihan juga memberikan wawasan penting mengenai manfaat koding klinis dalam manajemen casemik rumah sakit. Kesimpulannya, penguasaan terminologi medis sangat diperlukan bagi petugas rekam medis guna menunjang akurasi penetapan kode klinis demi mendukung kualitas data informasi kesehatan di institusi pelayanan kesehatan.

Kata kunci: Koding Klinis, Casemix, ICD-10, ICD-9CM, Reimbursement.

ABSTRACT. *Case-mix coding is a critical task for hospital staff, especially those in the medical records department and the case-mix unit responsible for managing JKN patient claims. To ensure accuracy in INA-CBGs reimbursement claims, training and skill development in clinical coding are essential. The Community Service Team conducted a comprehensive training program involving knowledge sharing, interactive discussions, and practical mentoring on clinical coding enforcement and reimbursement processes. The training covered basic clinical coding concepts, application of ICD-10 and ICD-9CM standards, case analysis aligned with reimbursement regulations, hands-on coding practice, with a post-test. A total of 54 participants from diverse healthcare roles including medical record officers, doctors, nurses, and non-health personnel actively engaged in the sessions. Evaluation results indicated significant improvement in participants' understanding of medical terminology and their ability to accurately apply clinical codes according to established guidelines. Additionally, the training highlighted the importance of clinical coding for effective hospital case-mix management. In summary, proficiency in medical terminology is vital for medical record officers to ensure precise clinical code assignment that supports high-quality health information data within healthcare institutions.*

Keywords: Clinical coding, Casemix, ICD-10, ICD-9-CM, Reimbusement

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan industri padat kerja, padat modal, dan padat karya sehingga dalam pengelolaannya mempunyai banyak masalah dan tantangan yang signifikan khususnya proses klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terutama terkait dengan sistem pembayaran (A. Artanto 2018; Y. S. Artanto 2018). Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs). Salah satu masalah utama yang sering

terjadi adalah penolakan atau pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan. Hal ini sering kali disebabkan oleh ketidaksesuaian antara kode diagnosis dan prosedur yang diajukan oleh rumah sakit dengan hasil verifikasi dari pihak BPJS Kesehatan, yang menjadi faktor krusial dalam menentukan status penerimaan klaim. Akurasi dalam pengkodean diagnosis menggunakan standar ICD-10 dan prosedur dengan ICD-9CM pada rekam medis menjadi faktor kunci keberhasilan

reimbursement (*Malonda, Rattu, dan Soleman 2015*).

Kesalahan atau ketidakakuratan dalam pengkodean tidak hanya memperlambat proses verifikasi dan pembayaran klaim, tetapi juga berpotensi menyebabkan kerugian finansial yang signifikan bagi rumah sakit akibat tertundanya pemasukan. Permasalahan ini menunjukkan adanya kebutuhan mendesak untuk meningkatkan kompetensi sumber daya manusia di rumah sakit, khususnya bagi para petugas di unit casemix yang bertanggung jawab atas koding klinis, seperti perekam medis, dokter, dan perawat (*Nuraini dkk. 2019*). Tanpa pemahaman yang mendalam dan keterampilan yang mutakhir terkait aturan koding klinis dan mekanisme klaim, rumah sakit akan terus menghadapi kendala dalam menjaga arus kas dan efisiensi administrasi (*Agiwahyunto, Octaviasuni, dan Fajri 2019; Malonda dkk. 2015*).

Permasalahan koding reimbursement tersebut berhubungan dengan analisis rekam medis. Rekam medis yang bermutu akan membantu tim casemix rumah sakit dalam melukai tindakan klaim JKN. Analisis rekam medis disini khususnya untuk menentukan kode ICD-10 dan Kode ICD-9CM berdasarkan data klinis pasien yang terekam di rekam medis pasien. Rekam medis adalah keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam terhadap identitas, anamnesis penentuan fisik laboratorium, diagnosis segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (*Huffman 1994*). Salah satu pelayanan rekam medis adalah klasifikasi penyakit (kode penyakit) atau koding penyakit. Koding penyakit menggunakan ICD-10. ICD-10 adalah singkatan dari *The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems-10th Revision*. Tujuan ICD-10 diantaranya adalah untuk mendapatkan rekaman sistematis, melakukan analisis, interpretasi serta membandingkan data morbiditas dari negara yang berbeda atau antar wilayah pada waktu yang berbeda, untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan dari kata-kata menjadi kode alfanumerik yang akan memudahkan penyimpanan, mendapatkan data kembali dan analisis data, memudahkan entry data ke database komputer yang tersedia, menyediakan data yang diperlukan oleh sistem pembayaran

atau penagihan biaya yang dijalankan, memaparkan indikasi alasan mengapa pasien memperoleh asuhan atau perawatan atau pelayanan, dan menyediakan informasi diagnosis dan tindakan bagi riset, edukasi dan kajian assesment kualitas keluaran (*Huffman 1994; World Health Organization 2011a, 2011b*).

Rumah sakit merupakan unit pelayanan kesehatan masyarakat yang memiliki fungsi utama menyediakan layanan kesehatan secara menyeluruh, meliputi penyembuhan, perawatan, pemulihan, pengobatan, pendidikan, dan pelatihan (*Arwati, Sedana, dan Artini 2019*). Pemerintah Indonesia meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014 sebagai pedoman pelaksanaan JKN. Klaim merupakan tagihan pembayaran atas jasa pelayanan yang diberikan; khususnya klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan adalah permintaan penggantian biaya atas pelayanan yang diterima peserta JKN (*A. Artanto 2018*). Klaim tersebut harus disertai resume medis dengan diagnosis yang dikodekan menggunakan standar ICD-10 atau ICD-9CM (*H. Dumaris 2015*).

Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) digunakan sebagai mekanisme pembayaran klaim BPJS Kesehatan sesuai Keputusan Menteri Kesehatan No.440/Menkes/SK/XII/2012 (*Agiwahyunto, Hartini, dan Sudiro 2016*). Tarif INA-CBG dibayarkan per episode pelayanan kesehatan yang mencakup rangkaian kunjungan pasien hingga selesai (*Megawati dan Pratiwi 2016*). Sejak program Jamkesmas tahun 2010 dan Permenkes No.27 Tahun 2014 rumah sakit rujukan tingkat lanjut telah menerapkan sistem INA-CBGs.

Tujuan utama administrasi klaim adalah memastikan semua klaim sah dapat dibayarkan sesuai kebijakan yang berlaku (*Agiwahyunto dkk. 2019*). Aplikasi verifikasi klaim digunakan untuk memproses validasi berkas; apabila terdapat kesepakatan antara rumah sakit dan verifikator BPJS mengenai pengajuan klaim maka akan dibuat berita acara guna mempercepat pembayaran (*Pradani, Lelonowati, dan Sujianto 2016*). Namun demikian sering terjadi pengembalian berkas karena ketidaksesuaian dengan Pedoman Verifikasi Klaim INA-CBGs Edisi I berdasarkan KMK RI

No.HK.02.02/MENKES/514/2015 (BPJS Kesehatan 2014).

Untuk mengatasi keterlambatan proses akibat dokumen tidak lengkap sehingga merugikan rumah sakit karena tertundanya pembayaran klaim—BPJS memperkenalkan teknik verifikasi “Vedika” pada tahun 2017 guna mempercepat proses pembayaran asalkan seluruh berkas telah diajukan lengkap oleh pihak rumah sakit (Nuraini dkk. 2019).

Permasalahan terkait penolakan atau pengembalian klaim umumnya disebabkan oleh ketidaksesuaian antara kode diagnosis dan prosedur dari pihak rumah sakit dengan hasil verifikasi BPJS faktor krusial dalam menentukan status penerimaan atau penolakan klaim (A. Artanto 2018). Penelitian terdahulu menegaskan bahwa kelengkapan persyaratan administrasi sangat penting untuk mempercepat proses pencairan dana sementara keterlambatan atau penolakan dapat menyebabkan kerugian finansial bagi institusi layanan Kesehatan (Malonda dkk. 2015; Sabriyah, Sudirman, dan Alief Chairin Nor 2017). Dengan demikian akurasi dalam pengkodean diagnosis dan prosedur pada rekam medis menjadi faktor kunci keberhasilan reimbursement melalui sistem INA-CBGs di bawah BPJS Kesehatan.

Menjawab permasalahan tersebut, Tim Pengabdian Masyarakat menawarkan solusi berupa pelatihan dan pembaruan (updating) pengetahuan serta keterampilan dalam bidang koding klinis yang ditujukan khusus untuk keperluan reimbursement klaim INA-CBGs. Program ini dirancang untuk memberikan pemahaman komprehensif mulai dari dasar-dasar koding klinis, penerapan ICD-10 dan ICD-9CM yang sesuai dengan aturan klaim, analisis kasus, hingga praktik langsung. Melalui kegiatan berupa sharing pengetahuan, diskusi interaktif, dan pendampingan keterampilan, tim pengabdian bertujuan untuk meningkatkan akurasi koding, mempercepat proses verifikasi klaim, dan pada akhirnya mendukung kelancaran administrasi pelayanan kesehatan berbasis JKN di rumah sakit mitra.

METODE

Pelaksanaan pengabdian kepada masyarakat, Tim Pengabdian melaksanakan dengan tahapan-tahapan sebagai berikut :

1. Persiapan Materi dan Perangkat Pelatihan
Tim pengabdian masyarakat menyiapkan modul pelatihan yang

mencakup dasar-dasar koding klinis menggunakan piranti baik buku ICD-10 dan ICD-9CM versi 2010 maupun digital, prosedur reimbursement klaim INA-CBGs serta studi kasus penerapannya di lapangan.

Materi yang disiapkan dan akan disampaikan berupa Koding Klinis Clinical Documentation Improvement and Utilization Review Berbasis Casemix yang didalamnya berisi tentang pengantar ICD-10 dan ICD-9CM; perbedaan ICD-10 versi 2010 dengan versi 2016; penjelasan pemakaian ICD-10 versi 2010 untuk penegakan kode diagnosa penyakit agar bisa diajukan klaim JKN, proses audit klinis dan audit rekam medis untuk proses klaim JKN, hingga proses grouping di program INA-CBGs. Materi tersebut sudah dibuat oleh Tim Pengabdian Masyarakat. Kegiatan dilakukan di tanggal 24 Februari 2023, pukul 07.00-08.00.



Gambar 1
Pre-Test dan Penyampaian Awal

2. Review dan Ulas Pengetahuan serta Keterampilan Koding Klinis
Tim pengabdian masyarakat memberikan materi tentang Koding Klinis Clinical Documentation Improvement and Utilization Review Berbasis Casemix, kemudian dilanjutkan dengan diskusi terkait dengan kasus yang ditemui di lapangan. Materi tersebut berisi tentang pengantar ICD-10 dan ICD-9CM; perbedaan ICD-10 versi 2010 dengan versi 2016; penjelasan pemakaian ICD-10 versi 2010 untuk penegakan kode diagnosa penyakit agar bisa diajukan klaim JKN, proses audit klinis dan audit rekam medis untuk proses klaim JKN, hingga proses grouping di program INA-CBGs. Materi tersebut sudah dibuat oleh Tim Pengabdian Masyarakat. Kegiatan dilakukan di tanggal 24 Februari 2023, pukul 08.30-11.00.



Gambar 2
Penyampaian Materi Utama

3. Pemberian Pelatihan Penegakkan Koding Klaim berbasis Casemix

Tim pengabdian masyarakat memberikan pendampingan terkait materi yang sudah disampaikan sebelumnya berbentuk pelatihan langsung dalam kelas praktikum koding diagnosa dan tindakan serta INA-CBGs sistem. Kegiatan ini berupa diskusi dan praktikum langsung kepada peserta dari pengabdian masyarakat tersebut. Kegiatan dilakukan di tanggal 24 Februari 2023, pada pukul 11.00-13.00.



Gambar 3
Post Test dan Penyampaian Pelatihan

4. Pemberian Pre-Test dan Post-Test pada kegiatan. Hasil dari pre-test dan post-test diolah dengan program Python untuk mendapatkan hasil distribusi nilai dan hasil perbedaan nilai yang didapatkan dari Pre-test dan Post-test. Kegiatan Pre-Test dilakukan saat persiapan di tanggal 24 Februari 2023 pukul 07.00-08.00 tersebut, ketika Tim Pengabdian sedang mempersiapkan materi, dan kegiatan post-test dilakukan setelah kegiatan berakhir yaitu pada tanggal 24 Februari 2023 pukul 16.00-17.00.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelaksanaan pengabdian kepada masyarakat dilaksanakan secara terstruktur

mulai dari persiapan materi serta perangkat untuk pelatihan dan peserta diberikan *pre-test*, dilanjutkan dengan melakukan review dan ulas pengetahuan serta keterampilan koding klinis, pendampingan pemberian pelatihan penegakkan koding klaim berbasis casemix, dan diakhiri dengan pemberian post test kegiatan. Pengabdian Masyarakat dilakukan di *Ballroom Aston Hotel Kemayoran City*, Jakarta Pusat, pada tanggal 24 Februari 2023. Adapun peserta yang mengikuti sebanyak 54 orang, yang terdiri dari dokter, perawat, bidan, dan tenaga ahli bidang kesehatan lainnya.

Pelaksanaan pemberian materi dan pelatihan keterampilan dilakukan oleh Tim Pengabdian Masyarakat yang memiliki dasar keilmuan keperawatan atau medis dan mengajar terkait dengan ilmu koding klinis dan pembiayaan Kesehatan (JKN), sehingga Tim Pengabdian Masyarakat mampu untuk menjelaskan detilnya. Kegiatan ini dimulai dari pembagian soal *pre-test* kepada peserta, yang mana untuk mengevaluasi dan menetahui sejauh mana Tingkat pengetahuan dan keterampilan peserta terkait dengan masalah di bagian koding casemix.

Pada kegiatan ini, Tim memberikan materi tentang Koding Klinis *Clinical Documentation Improvement and Utilization Review* berbasis Casemix, kemudian peserta diberikan kesempatan untuk berdiskusi atau menanyakan terkait kendala yang dihadapi di tempat kerja dan mekanisme klaim JKN menggunakan platform INA-CBGs. Kegiatan tersebut juga membahas dan mendiskusikan materi yang telah dipahami oleh peserta dan keterampilan yang telah dikuasai peserta.

Tim pengabdian Masyarakat memberikan pengetahuan baru terkait dengan mekanisme pengkodingan dan analisis data rekam medis yang telah terkumpul mulai dari dasar assessment pasien hingga penentuan penegakkan diagnosa (diagnosa utama dan sekunder), kemudian pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan dan tindakan serta terapi yang diberikan pada pasien. Materi tersebut meliputi permasalahan yang dihadapi di fasilitas pelayanan kesehatan.

Tim medis khususnya Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dalam menentukan ketepatan diagnosa medis utama, dokter tersebut harus memperhatikan empat aspek penting yang saling berkaitan, yaitu hasil pemeriksaan awal pasien, hasil pemeriksaan penunjang yang terkait, tindakan medis, dan

pengobatan yang diberikan. Pertama-tama, hasil pemeriksaan awal pasien menjadi fondasi utama dalam proses diagnostik. Pada tahap ini dokter melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh untuk mengumpulkan data klinis yang akurat sebagai dasar pembentukan hipotesis diagnose (Balogh 2015).

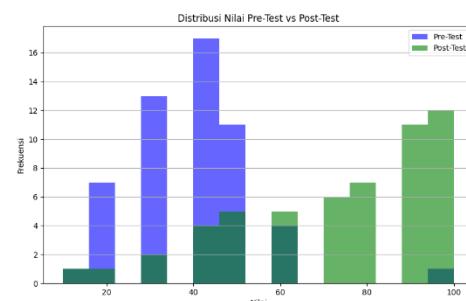
Tindakan selanjutnya setelah mendapatkan gambaran dari pemeriksaan awal tersebut, dokter kemudian memanfaatkan hasil pemeriksaan penunjang seperti tes laboratorium dan radiologi untuk memperkuat atau menolak hipotesis diagnosa awal. Interpretasi terhadap hasil-hasil ini harus dilakukan dengan cermat dan kontekstual agar tidak terjadi *over-diagnosis* maupun *under-diagnosis* (Singh dkk. 2017). Apabila terdapat abnormalitas pada tes laboratorium tanpa adanya gejala klinis pendukung, maka perlu kehati-hatian agar tidak salah mengambil keputusan.

Tindakan medis sebagai langkah lanjutan untuk memastikan diagnosis definitif melalui prosedur invasif maupun non-invasif. Keputusan melakukan tindakan ini harus didasarkan pada integrasi data dari kedua aspek sebelumnya guna meminimalkan risiko komplikasi serta meningkatkan manfaat bagi pasien (Stevens 2024). Pengobatan yang diberikan kepada pasien setelah diagnosis ditegakkan. Pengobatan bukan hanya berfungsi sebagai terapi tetapi juga sebagai alat evaluatif terhadap ketepatan diagnosis itu sendiri karena respons terapi dapat mengonfirmasi kebenaran diagnosis atau justru menunjukkan perlunya revisi apabila kondisi klinis tidak membaik sesuai harapan (Graber 2013). Contoh pada kasus ini adalah pemberian antibiotik atas dugaan infeksi bakteri namun kondisi pasien tetap memburuk menandakan bahwa mungkin ada penyebab lain seperti penyakit autoimun sehingga perlu dilakukan evaluasi ulang terhadap diagnosis.

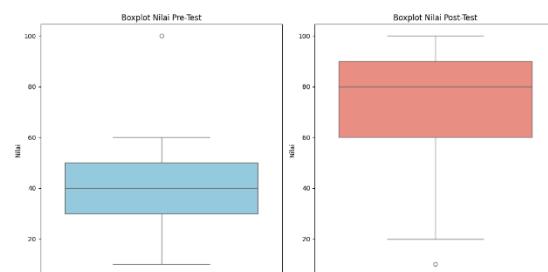
Tim Pengabdian Masyarakat selain memberikan penjelasan materi, pelatihan, serta diskusi; juga melakukan ujian atau tes mulai dari pre dan post (sebelum dilakukan pelatihan dan setelahnya) pada 54 peserta. Nilai yang didapatkan pada *pre-test* dan *post-test* memang berbeda hasilnya, dan hasilnya adalah positif. Adapun hasilnya yaitu:

Tabel 1
Nilai *Pre-Test* dan *Post-Test*

Jenis Nilai	<i>Pre-Test</i>	<i>Post-Test</i>
Nilai Minimal	10	10
Nilai Maksimal	100	100
Nilai Rata-Rata	39	74



Gambar 1
Distribusi Nilai *Pre-Test* dan *Post-Test*



Gambar 2
Perbandingan Nilai *Pre-Test* dan *Post-Test*

Hasil evaluasi menunjukkan adanya peningkatan nilai rata-rata dari *pre-test* sebesar 39 menjadi *post-test* sebesar 74 setelah diberikan pelatihan koding klinis untuk keperluan reimbursement klaim INA-CBGs. Peningkatan ini mengindikasikan bahwa pelatihan yang diberikan berhasil meningkatkan pengetahuan serta keterampilan peserta dalam pengkodean diagnosis dan prosedur medis. Nilai minimal yang tetap sama (10) pada kedua tes menunjukkan bahwa masih ada sebagian peserta dengan skor rendah, menandakan perlunya pendekatan pembelajaran lebih personal atau pendampingan tambahan agar seluruh peserta dapat mencapai kompetensi optimal. Sedangkan, nilai maksimal tetap di angka sempurna (100), memperlihatkan bahwa

beberapa peserta sudah memiliki pemahaman tinggi sejak awal.

Peningkatan signifikan nilai rata-rata ini sejalan dengan prinsip efektivitas intervensi pendidikan bahwa perbedaan skor sebelum dan sesudah suatu perlakuan mencerminkan dampak positif dari metode pembelajaran yang diterapkan. Selain itu, desain penelitian menggunakan pengukuran berpasangan memungkinkan evaluasi perubahan secara langsung sehingga validitas internal hasil lebih terjamin (Shadish W.R., Cook T.D., dan Campbell D.T. 2002). Dalam konteks pelatihan koding klinis berbasis casemix ini, peningkatan kemampuan peserta sangat penting karena akurasi pengkodean diagnosis merupakan faktor krusial dalam proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan melalui sistem INA-CBGs. Kesalahan kode dapat menyebabkan penolakan klaim sehingga berdampak finansial negatif bagi rumah sakit. (Y. S. Artanto 2018).

Penelitian terdahulu juga mendukung temuan ini dimana pelatihan berkala terbukti meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam hal dokumentasi klinis serta proses reimbursement klaim. Oleh karena itu investasi sumber daya manusia melalui program pelatihan seperti ini merupakan strategi efektif untuk meningkatkan kualitas administrasi pelayanan kesehatan berbasis JKN (Dumaris 2015; H. Dumaris 2015). Peningkatan pengetahuan dan keterampilan peserta setelah pelatihan ini sangat penting dalam konteks penerapan sistem INA-CBGs oleh BPJS Kesehatan. Akurasi dalam pengkodean diagnosis dan prosedur sangat penting untuk memastikan klaim dapat dibayarkan sesuai kebijakan yang berlaku. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan peserta, diharapkan dapat mengurangi kesalahan dalam pengkodean diagnosis dan prosedur, sehingga dapat mempercepat proses verifikasi dan pembayaran klaim. Berdasarkan data tersebut perlu diperhatikan pula respons individual peserta terhadap materi karena tidak semua mengalami peningkatan signifikan sebagaimana terlihat dari nilai minimal yang tidak berubah. Hal ini mengindikasikan perlunya metode pembelajaran diferensiasi atau pendampingan lanjutan agar seluruh anggota kelompok mencapai standar kompetensi sesuai kebutuhan institusi layanan kesehatan.

SIMPULAN

Pelatihan dan updating koding klinis yang dilaksanakan terbukti efektif meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta dalam pengkodean diagnosis dan prosedur medis sesuai standar ICD-10 serta mekanisme klaim INA-CBGs. Hal ini dibuktikan dengan peningkatan signifikan nilai rata-rata pre-test ke post-test, menunjukkan bahwa intervensi pelatihan mampu memperbaiki akurasi penetapan kode diagnosis dan tindakan medis.

Peningkatan kompetensi ini sangat penting untuk mendukung kelancaran proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan sehingga dapat mempercepat pembayaran klaim rumah sakit, mengurangi risiko pengembalian berkas akibat ketidaksesuaian kode, serta meminimalisasi kerugian finansial institusi layanan kesehatan. Oleh karena itu, pelatihan berkala dan pembaruan keilmuan di bidang koding klinis merupakan investasi strategis bagi rumah sakit dalam rangka meningkatkan kualitas administrasi pelayanan kesehatan berbasis JKN. Perhatian khusus terhadap empat aspek utama dalam menentukan ketepatan diagnosis medis hasil pemeriksaan awal pasien, hasil pemeriksaan penunjang terkait, tindakan medis yang dilakukan, serta pengobatan yang diberikan menjadi landasan penting bagi dokter untuk memastikan akurasi diagnosa utama sekaligus mendukung validitas data rekam medis sebagai dasar pengkodean.

UCAPAN TERIMAKASIH

Kami Tim Pengabdian Masyarakat menyampaikan terimakasih kepada pihak yang telah membantu, memberikan dukungan pelaksanaan Pengabdian Masyarakat, yaitu :

1. Dekan Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro dan Progam Studi D-3 Rekam Medis Informasi Kesehatan yang telah memberikan ijin.
2. Peserta perwakilan Rumah Sakit Swasta.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyunto, Faik, Inge Hartini, dan Sudiro. 2016. "Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis Dan Diagnosis Asuransi Dengan Diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Pelayanan Bpjs Kesehatan Studi Di Rsud

- Kota Semarang Efforts to Prevent Differences between Clinical and Insurance Diag.” *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia* 4(02):84–90. doi:10.14710/jmki.v4i2.13594.
- Agiwahyuanto, Faik, Shinta Octaviasuni, dan Moh. Umar Nauful Fajri. 2019. “Analisis Implementasi Total Quality Management (TQM) Pada Kasus Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di RSUD Kendal Tahun 2018.” *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia* 7(3):171–80. doi:10.14710/jmki.7.3.2019.15-24.
- Artanto, Antonius. 2018. “Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr . Kanujoso Djatiwibowo, Periode Januari - Maret 2016.” *Jurnal Administrasi Rumah Sakit (Arsi)* 4(2):122–34.
- Artanto, Y. S. 2018. *Manajemen Klaim BPJS Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Press.
- Arwati, Ni Ketut Adi, Ida Bagus Panji Sedana, dan Luh Gede Sri Artini. 2019. “Studi Kelayakan Pengembangan Investasi Pada Rumah Sakit Gigi dan Mulut FKG Universitas Mahasaraswati Denpasar.” *Ekonomi Dan Bisnis Universitas Udayana* 5(6):1459–1484.
- Balogh, Erin. 2015. *Improving Diagnosis in Health Care*. 1 ed. disunting oleh B. T. Miller dan J. R. Ball. Washington, D.C.: National Academies Press.
- BPJS Kesehatan. 2014. *Pedoman Verifikasi Klaim INA-CBGs Edisi 1 menurut KMK RI Nomor 514 tahun 2015*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- Dumaris. 2015. “Pelatihan coding klinis sebagai upaya peningkatan akurasi dokumentasi rekam medis di rumah sakit rujukan tingkat lanjut [Training clinical coding to improve medical record documentation accuracy in referral hospitals].” *Jurnal Administrasi Rumah Sakit* 3(2):123–30.
- Dumaris, Hotma. 2015. “Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG s Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015.” *Jurnal Administrasi Rumah Sakit* 3(1):20–28.
- Graber, Mark L. 2013. “The incidence of diagnostic error in medicine.” *BMJ Quality & Safety* 22(Suppl 2):ii21–27. doi:10.1136/bmjqs-2012-001615.
- Huffman, E. K. 1994. *Health Information Management*. Chicago: Phisians Record Company Berwyn Illinous.
- Malonda, Tallana D., AJM Rattu, dan T. Soleman. 2015. “Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr . Sam Ratulangi Tondano.” *Jikmu* 5(5):436–47.
- Megawati, Linda, dan Rita Dian Pratiwi. 2016. “Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.” *Jurnal Kesehatan Vokasional* 1(1):36–43. doi:10.22146/jkesvo.27476.
- Nuraini, Novita, Rossalina Adi Wijayanti, Fitriana Putri, Gamasiano Alfiansyah, Atma Deharja, dan Maya Weka Santi. 2019. “Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Citra Husada Jember.” *Kesmas Indonesia* 11(1):24–35. <http://jos.unsoed.ac.id/index.php/kesmasindo/article/view/1314/1031>.
- Pradani, EA, D. Lelonowati, dan Sujianto. 2016. “Keterlambatan Pengumpulan Berkas Verifikasi Klaim BPJS di RS X: Apa Akar Masalah dan Solusinya?” *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit* 6(2):107–114. doi:10.18196/jmmr.6134.
- Sabriyah, Sabriyah, Sudirman Sudirman, dan Andi Reza Alief Chairin Nor. 2017. “IMPLEMENTATION PROFFERING OF CLAIM GUARANTEE HEALTH OF NATIONAL HEALTH IN HOSPITAL ANUTAPURA PALU.” *PROMOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat* 6(2):118. doi:10.31934/promotif.v6i2.17.

Shadish W.R., Cook T.D., dan Campbell D.T.
2002. *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference.* Boston: Houghton Mifflin Company.

Singh, Hardeep, Gordon D. Schiff, Mark L. Graber, Igho Onakpoya, dan Matthew J. Thompson. 2017. "The global burden of diagnostic errors in primary care." *BMJ Quality & Safety* 26(6):484–94. doi:10.1136/bmjqqs-2016-005401.

Stevens, Paul E. 2024. *KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.*

Vol. 105. 4 ed. Washington DC: Kidney International.

World Health Organization. 2011a. *International Classification of Diseases Classification of Procedures (ICD-9-CM).* 2010 ed. Geneva, Swiss: World Health Organization.

World Health Organization. 2011b. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10).* Vol. Volume 1, 2, 3. 2010 ed. Geneva, Swiss: World Health Organization.