

*Standards of Ethical Coding.
Coding compliance strategies*

By.djoko wahyudi, s.ap

PENGENALAN KODING ICD10 DAN ICD9CM

- ▶ Koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD9CM.
- ▶ Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit.

- ▶ Koding dalam INA-CBGs menggunakan ICD-10 Tahun 2008 untuk mengkode diagnosis utama dan sekunder serta menggunakan ICD9CM untuk mengkode tindakan/prosedur.
- ▶ Sumber data untuk mengkoding berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur yang terdapat pada resume medis pasien.
- ▶ Ketepatan koding diagnosis dan prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA-CBG.

ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

Terdiri dari 3 volume dan 21 BAB dengan rincian sebagai berikut:

- a. Volume 1 merupakan daftar tabulasi dalam kode alfanumerik tiga atau empat karakter dengan inklusi dan eksklusi, beberapa aturan pengkodean, klasifikasi morfologis neoplasma, daftar tabulasi khusus untuk morbiditas dan mortalitas, definisi tentang penyebab kematian serta peraturan mengenai nomenklatur.
- b. Volume 2 merupakan manual instruksi dan pedoman penggunaan ICD-10

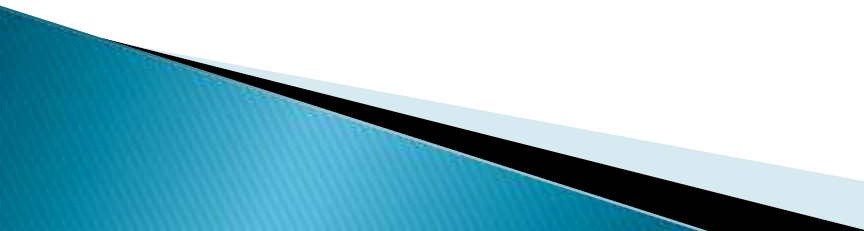
C. Volume 3 merupakan Indeks alfabetis, daftar komprehensif semua kondisi yang ada di daftar Tabulasi (volume 1), daftar sebab luar gangguan (external cause), tabel neoplasma serta petunjuk memilih kode yang sesuai untuk berbagai kondisi yang tidak ditampilkan dalam Tabular List


Untuk penggunaan lebih lanjut ICD-10 lihat buku manual penggunaan ICD-10 volume 2 yang diterbitkan oleh WHO, rumah sakit diharapkan dapat menyediakan buku tersebut.

ICD-9-CM (International Classification of Diseases Revision Clinical Modification)

- ▶ ICD-9-CM digunakan untuk pengkodean tindakan/prosedur yang berisi kode prosedur bedah/operasi dan pengobatan serta non operasi seperti CT Scan, MRI, dan USG.
- ▶ ICD-9-CM berisi daftar yang tersusun dalam tabel dan Index Alfabetis.
- ▶ Prosedur bedah operasi dikelompokkan pada bagian 01-86 dan prosedur bukan bedah/non operasi dibatasi pada bagian 87-99.
- ▶ Struktur klasifikasi berdasarkan anatomi dengan kode berupa numerik. ICD-9-CM terdiri dari 16 bab.

PEDOMAN KODING DIAGNOSIS DALAM INA-CBGs

- ▶ Kriteria diagnosis utama menurut WHO Morbidity Reference Group adalah diagnosis akhir/final yang dipilih dokter pada hari terakhir perawatan dengan kriteria paling banyak menggunakan sumber daya atau hari rawatan paling lama.
 - ▶ Diagnosis Sekunder adalah diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode pelayanan. Diagnosis sekunder merupakan komorbiditas ataupun komplikasi.
- 

- ▶ Komorbiditas adalah penyakit yang menyertai diagnosis utama atau kondisi pasien saat masuk dan membutuhkan pelayanan/asuhan khusus setelah masuk dan selama rawat.
 - ▶ Komplikasi adalah penyakit yang timbul dalam masa pengobatan dan memerlukan pelayanan tambahan sewaktu episode pelayanan, baik yang disebabkan oleh kondisi yang ada atau muncul akibat dari pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- 

PENENTUAN DIAGNOSIS UTAMA

- a. Penulisan diagnosis harus lengkap dan spesifik (menunjukkan letak, topografi, dan etiologinya). Diagnosis harus mempunyai nilai informatif sesuai dengan kategori ICD yang spesifik.
 - ▶ Contoh :
 - Acute appendicitis with perforation
 - Diabetic cataract, insulin-dependent
 - Acute renal failure

b. Kode diagnosis Dagger (†) dan Asterisk (*)

- ▶ Jika memungkinkan, kode dagger dan asterisk harus digunakan sebagai kondisi utama, karena kode-kode tersebut menandakan dua pathways yang berbeda untuk satu kondisi
- ▶ Contoh :
 - Measles pneumonia = B05.2† J17.1*
 - Pericarditis tuberculosis = A18.8† I32.0*
 - NIDDM karatak = E11.3† H28.0*

- c. Symptoms (gejala), tanda dan temuan abnormal dan situasi yang bukan penyakit :
- ▶ Hati-hati dalam mengkode diagnosis utama untuk BAB XVIII (kode “R”) dan XXI (kode “Z”) untuk KASUS RAWAT INAP.
 - Jika diagnosis yang lebih spesifik (penyakit atau cedera) tidak dibuat pada akhir rawat inap maka diizinkan memberi kode “R” atau kode “Z” sebagai kode kondisi utama. Jika diagnosis utama masih disebut “suspect” dan tidak ada informasi lebih lanjut atau klarifikasi maka harus dikode seolah-olah telah ditegakkan.

- ▶ Kategori Z03.–(Medical observation and evaluation for suspected diseases and conditions) diterapkan pada “Suspected” yang dapat dikesampingkan sesudah pemeriksaan.
- ▶ contoh :
Kondisi utama : Suspected acute Cholecystitis
Kondisi lain : –
Diberi kode Acute Cholecystitis (K81.0) sebagai diagnosis utama

d.Kode kondisi multiple Pada suatu episode perawatan dengan kondisi multiple (injury, sequelae, HIV), kondisi yang nyata lebih berat dan membutuhkan resources lebih dari yang lain harus dicatat sebagai kondisi utama.

- ▶ Bila terdapat kondisi “Multiple” dan tidak ada kondisi tunggal yang menonjol, diberi kode “multiple.....” dan kode sekunder dapat ditambahkan untuk daftar kondisi individu, Kode ini diterapkan terutama pada yang berhubungan dengan penyakit HIV, Cedera dan Sequelae

e. Kode kategori kombinasi

Dalam ICD 10, ada kategori tertentu dimana dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode.

Kondisi utama : Renal failure

Kondisi lain : Hypertensive renal disease

Diberi kode : Hypertensive renal disease with renal failure (I12.0)

Kondisi utama : Intestinal obstruction

Kondisi lain : Hernia inguinalis kiri

Diberi kode : Unilateral or unspecified inguinal hernia, with obstruction, without gangren (K40.3)

f. Kode morbiditas penyebab eksternal

Untuk cedera dan kondisi lain karena penyebab eksternal, kedua sifat dasar kondisi dan keadaan penyebab eksternal harus diberi kode. Biasanya sifat dasar diklasifikasi pada BAB XIX (S00–T98). Kode penyebab eksternal pd BAB XX (V01–Y98) digunakan sebagai kode tambahan

contoh :

Kondisi utama : Fraktur colum femoris karena jatuh tersandung pd trotoar yang tidak rata.

Diberi kode : Fracture of neck of femur (S72.0) sebagai kode utama.

Kode penyebab eksternal pada fall on the same level from slipping, tripping or stumbling on street or highway (W01.4) sebagai kode sekunder.

- g. Kode sequelae pada kondisi tertentu “Sequelae of ...”(B90–B94, E64–E68, G09, I69, O97, T90–T98, Y85–Y89) digunakan untuk kondisi yang sudah tidak ada lagi saat ini (telah diobati/diperiksa).
- ▶ Kode utamanya adalah sifat dasar sequelae itu sendiri, kode “sequelae of ..” (old; no longer present) sebagai kode sekunder opsional.
 - ▶ Jika terdapat beberapa sequelae yang sangat spesifik, namun tidak ada yang dominan dalam tingkat keparahan dan penggunaan sumber daya terbanyak, “Sequalae of” dapat dicatat sebagai kondisi utama.

Contoh:

- ▶ Kondisi utama : Dysphasia dari old cerebral infarction

Diberi kode : Dysphasia (R47.0) sebagai kode utama.

Kode untuk sequelae cerebral infarction (I69.3) sebagai kode sekunder.

- ▶ Kondisi utama : Late effect dari poliomyelitis

Kondisi lain : Diberi kode Sequelae polio myelitis (B91) sebagai kode utama karena tidak ada informasi lain.

h. Kode kondisi Akut dan Kronis

Bila kondisi utama adalah akut dan kronis dan dalam ICD dijumpai kategori atau sub kategori yang terpisah, tetapi bukan kode kombinasi, kode kondisi akut digunakan sebagai kondisi utama yang harus dipilih.

contoh :

- ▶ Kondisi utama : Cholecystitis akut dan kronis
kondisi lain : –
Diberi kode acute cholecystitis (K81.0) sebagai kode utama dan
chronic cholecystitis (K81.1) digunakan sebagai kode sekunder.
- ▶ Kondisi utama : Acute exacerbation of chronic bronchitis
Kondisi lain : –
Diberi kode : Chronic obstructive pulmonary disease with acute
Exacerbation (J44.1) sebagai yang tepat untuk kombinasi

- ▶ Kode kondisi dan komplikasi post prosedur Bab XIX (T80–T88) digunakan untuk komplikasi yang berhubungan dengan pembedahan dan tindakan lain, misalnya, Infeksi luka operasi, komplikasi mekanis dari implant, shock dan lain–lain. Sebagian besar bab sistem tubuh berisi kategori untuk kondisi yang terjadi baik sebagai akibat dari prosedur dan teknik khusus atau sebagai akibat dari pengangkatan organ, misalnya, sindrom lymphoedema postmastectomy, hypothyroidism postirradiation.
- ▶ Beberapa kondisi misalnya pneumonia, pulmonary embolism yang mungkin timbul dalam periode postprocedural tidak dipandang satu kesatuan yang khas dan diberi kode dengan cara yang biasa, tetapi kode tambahan opsional dari Y83–Y84 dapat ditambahkan untuk identifikasi hubungan tersebut dengan suatu prosedur.

Bila kondisi dan komplikasi postprocedural dicatat sebagai kondisi utama referensi untuk modifier atau qualifier dalam indeks alfabet adalah penting untuk pemilihan kode yang benar.

Contoh:

- ▶ Kondisi utama : Hypothyroidism karena thyroidektomi satu tahun lalu
Kondisi lain : –
Diberi kode postsurgical hypothyroidism (E89.0) sebagai kode utama

- ▶ Kondisi utama : Haemorrhage hebat setelah cabut gigi
Kondisi lain : Nyeri
Spesialisasi : Gigi dan mulut
Diberi kode Haemorrhage resulting from a procedure (T81.0) sebagai kode utama

LANGKAH LANGKAH KODING TINDAKAN MENGUNAKAN ICD-9-CM

1. Identifikasi tipe pernyataan prosedur/tindakan yang akan dikode dan lihat di buku ICD9CM Alphabetical Index.
2. Tentukan Lead Term Untuk prosedur/tindakan.
3. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.
4. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi dibawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
5. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang (“see” dan “see also”) yang ditemukan dalam index.
6. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada Tabular List.
7. Baca setiap inclusion atau exclusion dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau dibawah blok atau dibawah judul kategori.
8. Tentukan Kode

PEDOMAN KODING PROSEDUR DALAM INA-CBGs

1. Prosedur Operasi

Didefinisikan sebagai prosedur diagnostik terapeutik atau besar yang melibatkan penggunaan instrumen atau manipulasi bagian dari tubuh dan pada umumnya terjadi dalam ruang operasi. Beberapa prosedur yang dilakukan dalam ruang operasi dan atau dengan menggunakan general anestesi termasuk pasien melahirkan normal.

2. Prosedur Non Operasi

Prosedur Investigasi dan terapi lainnya yang tidak termasuk operasi seperti radiologi, laboratorium, fisioterapi, psikologi dan prosedur

ATURAN KODING LAINNYA UNTUK INA-CBGs

1. Apabila kondisi pencatatan diagnosis inkonsisten atau salah dicatat maka harus dilakukan klarifikasi kepada dokter penanggung jawab pelayanan.
2. Apabila klarifikasi kepada dokter penanggung jawab pasien tidak bisa dilakukan, maka koder menggunakan aturan koding MB-1 sampai dengan MB 5 sesuai dengan pedoman Volume 2 ICD10 Tahun 2008
3. Apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki kode diagnosis penyakit (P), hanya perlu kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan, tunggal atau multiple (Z38.-)

4. Untuk bayi lahir dipengaruhi oleh faktor ibunya yaitu komplikasi saat hamil dan melahirkan dapat digunakan kode P00–P04 tetapi yang dapat diklaimkan hanya yang menggunakan kode P03.0 –P03.6
5. Kondisi–kondisi tertentu yang timbul saat periode perinatal dengan kode P05–P96 dapat diklaimkan tersendiri, kecuali bayi lahir mati dengan kode P95 diklaimkan satu paket dengan ibunya.
6. Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan Diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder.

Contoh:

Kondisi utama :Kemoterapi

Kondisi lain : Ca. Mammae

Pasien datang ke RS untuk dilakukan kemoterapi karena Ca. Mammae. Diberi kode kemoterapi (Z51.1) sebagai diagnosis utama dan Ca. Mammae (C50.9) sebagai diagnosis sekunder.

CODE CREEP

- ▶ Menurut Seinwald dan Dummit (1989) code creep diartikan sebagai "perubahan dalam pencatatan Rumah Sakit (rekam medis) yang dilakukan praktisi untuk meningkatkan penggantian biaya dalam sistem Casemix".
- ▶ Code Creep sering disebut sebagai upcoding/froud, dan apabila mengacu pada konteks Tagihan Rumah Sakit (hospital billing) maka disebut DRG Creep.
- ▶ Kurangnya pengetahuan koder juga dapat menimbulkan code creep. Namun, tidak semua variasi yang timbul dalam pengkodean dapat disebut code creep.
- ▶ Pengembangan, revisi sistem koding dan kebijakan yang diambil oleh suatu negara dalam pengklaiman kasus tertentu dapat menyebabkan variasi pengkodean.

CONTOH KODE CREEP

1. Kode “Z” dan “R” dipakai sebagai diagnosis utama, padahal ada diagnosis lain yang lebih spesifik.

Contoh :

Diagnosis Utama : Chest Pain (R07.1)

Diagnosis Sekunder : Unstable Angina Pectoris(I20.0),

Seharusnya Diagnosis Utama : Unstable Angina Pectoris (I20.0)

Diagnosis Sekunder : Chest Pain (R07.1)

2. Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu, tetapi dikode terpisah

Contoh:

Diagnosis Utama : Hipertensi (I10)

Diagnosis Sekunder : Renal disease (N28.9)

Seharusnya dikode jadi satu yaitu Hypertensive Renal Disease (I12.9)

3. Kode asteris diinput menjadi diagnosis utama dan dagger sebagai diagnosis sekunder.

Contoh :

Diagnosis Utama : Myocardium (I41.0*)

Diagnosis Sekunder : Tuberculosis of after specified organs (A18.5†)

Seharusnya Diagnosis Utama : Tuberculosis of after specified organs (A18.5†)

Diagnosis Sekunder : Myocardium (I41.0*)

4. Kode untuk rutin prenatal care Z34–Z35 digunakan sebagai diagnosis sekunder pada saat proses persalinan.

Contoh :

Diagnosis Utama : Persalinan dengan SC (O82.9)

Diagnosis Sekunder : Supervision of other high-risk pregnancies (Z35.8) Ketuban Pecah Dini (O42.9)

Seharusnya Persalinan dengan SC (O82.9)

Ketuban Pecah Dini (O42.9)

5. Diagnosis Utama tidak signifikan dibandingkan diagnosis sekundernya

Contoh :

Diagnosis utama : D69.6 Thrombocytopenia

Diagnosis sekunder : A91 Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)

Seharusnya Diagnosis Utama : A91 (DHF)

Diagnosis sekunder : D69.6 Thrombocytopenia

6. Tindakan/Prosedur seharusnya relevan dengan diagnosis utama

Contoh :

Diagnosis utama : K30 Dyspepsia

Diagnosis sekunder : I25.1 Coronary Atherosclerotic heart disease (CAD)

Tindakan : 36.06 Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)

Seharusnya Diagnosis Utama : I25.1 (CAD)

Diagnosis sekunder : K30 Dyspepsia


Tindakan : 36.06 Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)

EPISODE

1. Episode adalah jangka waktu perawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit, termasuk konsultasi dan pemeriksaan dokter, pemeriksaan penunjang maupun pemeriksaan lainnya.
2. Pada sistem INA-CBG, hanya ada 2 episode yaitu episode rawat jalan dan rawat inap, dengan beberapa kriteria di bawah ini :
 - a) Episode rawat jalan
 - ▶ Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama. Apabila pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama maka tidak dihitung sebagai episode baru.

- ▶ Pasien yang membawa hasil pada hari pelayanan yang berbeda yang dilanjutkan dengan konsultasi dan pemeriksaan penunjang lain sesuai indikasi medis, dianggap sebagai episode baru.
- ▶ Pemeriksaan penunjang khusus dirawat jalan (MRI, CT Scan) tidak menjadi episode baru karena termasuk dalam special CMG.
- ▶ Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (One Day are/Surgery) termasuk rawat jalan
- ▶ Pasien yang datang ke rumah sakit mendapatkan pelayanan rawat jalan pada satu atau lebih klinik spesialis pada hari yang sama, terdiri dari satu atau lebih diagnosis, dimana diagnosis satu dengan yang lain saling berhubungan atau tidak berhubungan, dihitung sebagai satu episode.

- b) Pasien datang kembali ke rumah sakit dalam keadaan darurat pada hari pelayanan yang sama, maka dianggap sebagai episode baru.
- c) Episode rawat Inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inap dan/atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap.

3. Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya.
 4. Dalam hal pelayanan berupa prosedur yang berkelanjutan di pelayanan rawat jalan seperti radioterapi, kemoterapi, rehabilitasi medik dan pelayanan gigi, episode yang berlaku adalah per satu kali kunjungan.
- 

SELAMAT BELAJAR

