

Ketepatan Kode Diagnosis *Chronic Kidney Disease* dalam Mendukung Kelancaran Klaim BPJS di Rumah Sakit

Warsi Maryati¹, Indriyati Oktaviano Rahayuningrum², Hestiana³

Program Studi Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta, Indonesia
Jl. K.H Samanhudi No.93, Sondakan, Kec. Laweyan, Kota Surakarta, Indonesia
Korespondensi E-mail: warsi_maryati@udb.ac.id

Submitted: 4 Mei 2023, *Revised:* 15 Juni 2023, *Accepted:* 20 Juni 2023

Abstract

An accurate diagnosis code is crucial to support the smooth submission of health service fee claims. In Indonesia, kidney disease is ranked as the second largest financing from BPJS. The preliminary study results show that of the 30% of claims submitted by patients with chronic kidney disease (CKD) that were not approved, 10% of them were due to inaccurate diagnosis codes. This study aimed to prove the relationship between the accuracy of the CKD diagnosis code and the approval of BPJS claims. This research is a quantitative study with a cross-sectional study design. A sample of 97 CKD patient claim files was taken at a hospital in Surakarta. There are two variables: the accuracy of the diagnosis code and the approval of BPJS claims. Researchers used observation guidelines and ICD-10 to analyze the accuracy of the diagnosis code and observe the reasons for returning BPJS claims. Analysis of the relationship between the two variables using the Fisher Exact test. The results showed 93 (95.9%) valid CKD diagnosis codes and 4 (4.1%) inaccurate codes. Claim files were approved by 79 (81.5%) and not approved by 18 (18.5%). The analysis showed that the accuracy of the CKD diagnosis code had a significant relationship with the approval of BPJS claims ($b=6.643$; 95% CI=4.099-10.765; $p=0.001$). An Accurate CKD diagnosis code that is accurate has a 6.643 times greater chance of increasing claim approval than one that is inaccurate. Hospitals should try to improve the accuracy of the diagnosis code through regular training, monitoring and evaluation to minimize the occurrence of claims return.

Keyword: code, diagnosis, claim, accuracy, CKD

Abstrak

Kode diagnosis yang akurat sangat penting untuk mendukung kelancaran pengajuan klaim biaya pelayanan kesehatan. Di Indonesia, penyakit ginjal menduduki ranking kedua pembiayaan terbesar dari BPJS. Hasil studi pendahuluan menunjukkan bahwa dari 30% pengajuan klaim pasien dengan *chronic kidney disease* (CKD) yang tidak disetujui, 10% diantaranya disebabkan karena ketidakakuratan kode diagnosis. Tujuan penelitian ini untuk membuktikan hubungan antara keakuratan kode diagnosis CKD dengan persetujuan klaim BPJS. Penelitian ini menggunakan desain studi *cross sectional* dengan sampel sebanyak 97 dokumen klaim pasien CKD. Terdapat dua variabel yaitu keakuratan kode diagnosis dan persetujuan klaim BPJS. Peneliti menggunakan pedoman observasi dan ICD-10 untuk menganalisis keakuratan kode diagnosis serta mengamati penyebab pengembalian klaim BPJS. Analisis hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan menggunakan uji *Fisher Exact*. Hasil penelitian didapatkan kode diagnosis CKD yang akurat sebanyak 93 (95,9%) dan tidak akurat sebanyak 4 (4,1%). Berkas klaim yang disetujui sebanyak 79 (81,5%) dan tidak disetujui sebanyak 18 (18,5%). Hasil analisis menunjukkan bahwa keakuratan kode diagnosis CKD memiliki hubungan yang signifikan dengan persetujuan klaim BPJS ($b=6,643$; 95% CI=4,099-10,765; $p=0,001$). Setiap kode diagnosis CKD yang akurat memiliki peluang sebesar 6,643 kali lebih besar dalam meningkatkan persetujuan klaim dibandingkan yang tidak akurat. Rumah sakit sebaiknya melakukan upaya peningkatan keakuratan kode diagnosis melalui pelatihan, pengawasan dan evaluasi secara berkala sehingga meminimalisir terjadinya pengembalian klaim.

Kata Kunci: kode, diagnosis, klaim, keakuratan, CKD

Pendahuluan

Pemerintah Indonesia telah menerapkan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014. Program ini bertujuan agar masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan secara adil dan merata dengan menggunakan sistem pembiayaan prospektif. Program JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut BPJS (1).

Pembiayaan kesehatan adalah hal yang sangat penting dalam pelaksanaan JKN. BPJS sebagai penyelenggara program JKN berkewajiban untuk membiayai pelayanan kesehatan (2). Menurut PMK No. 36 Tahun 2015 (3), klaim adalah permohonan pembayaran biaya layanan kesehatan dari rumah sakit kepada BPJS. Sebelum permohonan klaim disetujui, berkas klaim harus diverifikasi terlebih dahulu oleh verifikator dari BPJS. Beberapa kendala dalam proses klaim terjadi akibat kode diagnosis dan tindakan yang kurang akurat, berkas tidak dilengkapi pemeriksaan penunjang, informasi dalam resume yang tidak lengkap atau tidak sesuai sehingga menyebabkan penolakan klaim BPJS (4).

Kode diagnosis dijadikan sebagai dasar dalam menentukan tarif klaim BPJS, sehingga kode diagnosis harus ditetapkan dengan akurat. Ketidakakuratan kode diagnosis dapat menyebabkan hasil klaim BPJS tidak tepat sehingga menimbulkan kerugian bagi rumah sakit maupun BPJS. Dalam rangka menjamin keakuratan kode diagnosis maka proses kodefikasi dilakukan oleh tenaga profesional (5). Perkam medis memiliki tanggung jawab dalam melakukan kodefikasi diagnosis dengan menggunakan ICD-10 (6).

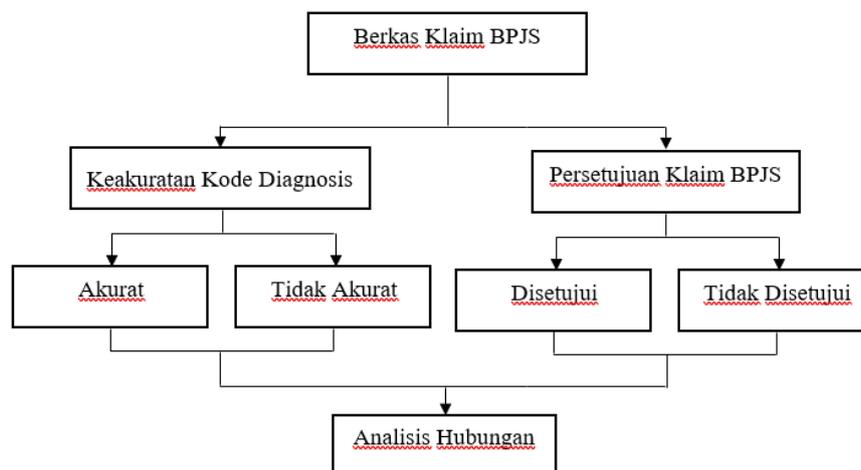
Siswati dan Pratami (4) telah melakukan penelitian yang membuktikan masih terdapat banyak ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan yaitu sebesar 45,3%. Akibatnya, klaim yang ditolak oleh BPJS mencapai 59,3%. Hasil analisis membuktikan ketepatan kode diagnosis dan tindakan berhubungan dengan persetujuan klaim.

Chronic Kidney Disease (CKD) menjadi masalah kesehatan secara global karena prevalensinya selalu meningkat, prognosis buruk serta biaya perawatan sangat tinggi. Menurut Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (7), CKD adalah penyakit yang jumlahnya sangat tinggi di Indonesia. Biaya perawatan CKD menduduki peringkat kedua sebagai penyakit dengan biaya terbesar setelah penyakit jantung.

Berdasarkan studi pendahuluan pada dokumen klaim BPJS pasien CKD pada salah satu rumah sakit di Surakarta menunjukkan bahwa dari 30% dari dokumen tidak disetujui dan 10% diantaranya disebabkan karena kode diagnosis CKD yang tidak akurat. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis hubungan antara keakuratan kode diagnosis CKD dengan persetujuan klaim BPJS.

Metode Penelitian

Desain studi dalam penelitian ini adalah *crosssectional*. Jumlah sampel yang digunakan sebanyak 97 dokumen klaim pasien CKD di rumah sakit yang ada di Surakarta. Peneliti menggunakan pedoman observasi dan ICD-10 untuk menganalisis keakuratan kode diagnosis serta mengamati faktor pengembalian klaim BPJS.



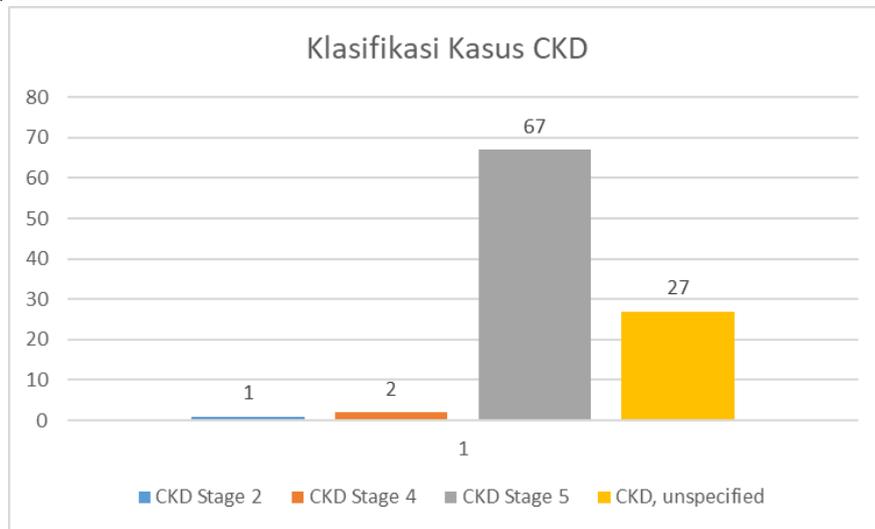
Gambar 1.
Diagram Alur Penelitian

Penelitian dilakukan dengan mengamati berkas klaim BPJS pasien CKD di rumah sakit. Pengamatan difokuskan untuk mengetahui keakuratan kloe diagnosis CKD dan hasil persetujuan klaim BPJS, kemudian hasil pengamatan diklasifikasikan masing-masing menjadi dua kategori. Keakuratan kode diagnosis diklasifikasikan akurat dan tidak akurat sedangkan persetujuan klaim diklasifikasikan menjadi disetujui dan tidak disetujui. Hasil pengamatan dianalisis dengan menggunakan uji Fisher Exact untuk mengetahui hubungan antar variabel (Gambar 1). Hipotesis pada penelitian ini adalah terdapat hubungan antara keakuratan kode diagnosis CKD dengan persetujuan klaim BPJS.

Hasil dan Pembahasan

Sebaran Kasus CKD di Rumah Sakit

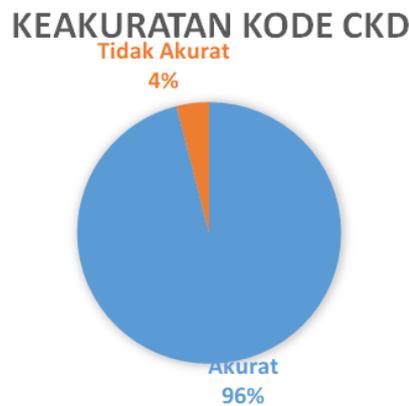
Sebanyak 97 berkas klaim BPJS pasien CKD di rumah sakit telah dianalisis dan diklasifikasikan kasusnya. Sebagian besar kasus CKD yang ditemukan adalah CKD Stage 5 (67), sedangkan kasus lainnya meliputi CKD, unspecified (27), CKD Stage 4 (2) dan CKD Stage 2 (1) (Gambar 2).



Gambar 2.
Sebaran Kasus CKD di Rumah Sakit

Keakuratan Kode Diagnosis CKD di Rumah Sakit

Hasil analisis keakuratan kode diagnosis dapat diketahui bahwa jumlah kode diagnosis CKD yang akurat sebanyak 93 berkas (96%) dan tidak akurat sebanyak 4 berkas (4%) (Gambar 3).



Gambar 3.
Keakuratan Kode CKD

Ketidakakuratan kode diagnosis CKD disebabkan karena kesalahan dalam penggunaan kode kombinasi. Pada rekam medis tidak terdapat informasi bahwa terdapat komplikasi hipertensi, namun *coder* menetapkan kode I13.2 *Hypertensive heart and renal disease with both (congestive) heart failure and renal failure* (Tabel 1).

Tabel 1.
Ketidakakuratan Kode Diagnosis CKD

No	Diagnosis	Kode RS	Kode Peneliti	Jumlah Kasus	Keterangan
1	CKD <i>Stage 5</i> CHF	I13.2	N18.5 I50.0	2	Tidak ada komplikasi hipertensi. Prosedur yang dilakukan adalah Hemodialisis.
2	CHF CKD <i>Stage 5</i>	I13.2	I50.0 N18.5	2	Tidak ada komplikasi hipertensi. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah Ekokardiografi.
Total				4	

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Alik (8) yang menyampaikan bahwa keakuratan kode diagnosis mempengaruhi pembiayaan kesehatan khususnya dalam proses klaim, serta laporan morbiditas dan mortalitas, statistik kesehatan dan perencanaan perawatan kesehatan. Proses klaim dapat berjalan dengan lancar jika memenuhi syarat diantaranya informasi yang lengkap dan sesuai. Keakuratan kode diagnosis sangat penting untuk diperhatikan oleh *coder*. Menurut Daniyah dan Susanto (9), dalam proses kodifikasi membutuhkan kelengkapan dan ketepatan penulisan diagnosis. Kesalahan dalam penentuan kode diagnosis yang dilakukan oleh *coder* dapat mengakibatkan kerugian secara finansial bagi rumah sakit maupun BPJS.

Persetujuan Klaim BPJS Pasien CKD di Rumah Sakit

Hasil observasi pada berkas klaim BPJS pasien CKD di rumah sakit didapatkan bahwa jumlah klaim BPJS yang disetujui sejumlah 79 berkas (81%), sedangkan yang tidak disetujui sejumlah 18 kas (19%) (Gambar 4).



Gambar 4.
Persetujuan Klaim BPJS Pasien CKD di Rumah Sakit

Klaim BPJS pasien CKD di rumah sakit yang tidak disetujui telah dikelompokkan menjadi tiga yaitu tidak disetujui karena data tidak lengkap, kesalahan data dan salah kode pada berkas klaim yang diajukan. Penyebab klaim tidak disetujui dijabarkan sebagai berikut:

a. Tidak lengkap

Klaim BPJS yang tidak disetujui pada kasus CKD karena tidak lengkap datanya sejumlah 8 berkas dari 97 berkas yang diteliti. Data klaim yang tidak disetujui adalah sebagai berikut:

Tabel 2.
Klaim BPJS yang Tidak Disetujui Karena Berkas Tidak Lengkap

No	Diagnosis	Keterangan
1	CKD <i>Stage 5</i>	Berkas dikembalikan karena tidak lengkap pada indikasi rawat inap.
2	CKD	Berkas dikembalikan karena tidak lengkap pada penunjang dan tata laksana.
3	<i>Orbitis</i> CKD	Berkas dikembalikan karena tidak lengkap pada pemeriksaan penunjang
4	CKD <i>Stage 5</i> <i>Encephalopathy</i>	Berkas dikembalikan karena tidak lengkap pada pemeriksaan penunjang dan tatalaksana encephalopathy
5	<i>Aortic stenosis</i> CKD <i>Stage 4</i>	Berkas dikembalikan karena tidak lengkap pada pemeriksaan penunjang
6	CKD <i>Stage 5</i>	Berkas dikembalikan karena tidak lengkap pada informasi kelas perawatan dan jam pulang pasien.
7	<i>Thyroid fever</i> CKD	Berkas dikembalikan karena belum ada penyebab demam klinis dan pemeriksaan penunjang
8	CKD <i>Stage 5</i> <i>Pneumonia</i>	Berkas dikembalikan karena belum ada penunjang penegakkan diagnosis pneumonia.

b. Salah data

Klaim BPJS yang tidak disetujui pada kasus CKD karena kesalahan data sejumlah 6 berkas dari 97 berkas. Data klaim yang tidak disetujui adalah sebagai berikut:

Tabel 3.
Klaim BPJS yang Tidak Disetujui Karena Kesalahan Data

No	Diagnosis	Keterangan
1	CKD <i>Stage 5</i>	Berkas dikembalikan karena kesalahan data yaitu pada SEP terchecklist diagnosis katarak
2	CKD <i>Stage 5</i>	Berkas dikembalikan karena kesalahan data nomor kartu yang tidak sesuai
3	CKD <i>Stage 5</i> Edema Pulmo	Berkas dikembalikan karena kesalahan data pada hasil rontgen thorax tidak sesuai.
4	CKD <i>Stage 5</i>	Berkas dikembalikan karena kesalahan data pada informasi cara pulang "Meninggal" tidak sesuai
5	<i>Tetanus</i> CKD	Berkas dikembalikan karena kesalahan data pada informasi cara pulang "Meninggal" tidak sesuai
6	CKD <i>Stage 5</i>	Berkas dikembalikan karena kesalahan data pada informasi cara pulang "Meninggal" tidak sesuai

c. Salah kode

Klaim BPJS yang tidak disetujui pada kasus CKD karena tidak lengkap datanya sejumlah 4 berkas dari 97 berkas yang diteliti. Data klaim yang tidak disetujui adalah sebagai berikut:

Tabel 5.
Klaim BPJS yang Tidak Disetujui Karena Salah Kode

No	Diagnosis	Keterangan
1	CHF CKD	Berkas dikembalikan untuk konfirmasi kode diagnosis utama I13.2.
2	CKD <i>Stage 5</i> CHF	Berkas dikembalikan untuk konfirmasi kode diagnosis utama I13.2.
3	CKD <i>Stage 5</i> CHF	Berkas dikembalikan untuk konfirmasi kode diagnosis utama I13.2
4	CHF CKD	Berkas dikembalikan untuk konfirmasi kode diagnosis utama I13.2

Siswati dan Pratami (4) berpendapat bahwa dalam proses klaim dibutuhkan ketelitian petugas dan sebaiknya dilakukan *review* secara berulang sebelum diajukan kepada verifikatif agar proses klaim berjalan lancar tanpa ada penolakan maupun penundaan klaim. Beberapa dokumen klaim yang harus dilengkapi diantaranya Surat Eligibilitas Peserta (SEP), kartu tanda peserta, diagnosis dan tindakan, hasil pemeriksaan penunjang, *billing*, resume dan berkas lainnya. Pendapat ini juga didukung oleh pernyataan Santiasih dkk (10) bahwa pending klaim dapat terjadi disebabkan karena ketidaksesuaian atau ketidaklengkapan pengisian item-item pada rekam medis pasien, seperti ketidaksesuaian diagnosis pada resume medis, ketidaksesuaian terapi yang diberikan dengan diagnosis yang ditetapkan oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP).

Hubungan Keakuratan Kode Diagnosis CKD dengan Persetujuan Klaim BPJS

Hasil analisis dengan uji Fisher Exact (Tabel 6) menunjukkan bahwa keakuratan kode diagnosis CKD memiliki hubungan signifikan dengan persetujuan klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit ($b = 6.643$; 95% CI = 4.099-10,765; $p = 0.001$). Nilai OR = 6,643 yang artinya kode diagnosis CKD yang akurat meningkatkan peluang klaim disetujui 6,643 kali lebih besar daripada yang tidak akurat (Tabel 6).

Tabel 6.

Keakuratan Kode	Persetujuan Klaim		Total n(%)	Odd ratio	95% CI		p
	Disetujui n(%)	Tidak Disetujui n(%)			Lower	Upper	
Akurat	79 (81,5)	14 (14,4)	93 (95,9)	6,643	4,099	10,765	0,001
Tidak Akurat	0	4 (4,1)	4 (4,1)				
Total	79 (81,5)	18 (18,5)	97 (100)				

Hasil penelitian Siswati dan Pratami (4) menunjukkan bahwa kode diagnosis dan tindakan secara signifikan memiliki hubungan dengan persetujuan klaim BPJS ($p = 0,001$). Senada dengan hasil penelitian oleh Trisetyawan dan Eryani (11) bahwa ketepatan kode diagnosis *dyspepsia* berhubungan dengan kecepatan klaim BPJS, diperoleh nilai signifikansi p value < 0,001. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Alik (8) bahwa ketepatan kode diagnosis *obstetric* berhubungan dengan kelancaran klaim BPJS ($p=0,004$ dan OR=9), yang artinya bahwa kode diagnosis *obstetric* yang tepat mempunyai peluang 9 kali lebih lancar dalam proses klaim BPJS dibandingkan yang tidak tepat.

Keakuratan kode diagnosis sangat penting karena digunakan sebagai penentu biaya pelayanan kesehatan pasien (11). Selain itu, kode diagnosis yang dihasilkan harus akurat, karena jika kode yang dihasilkan tidak akurat dapat mempengaruhi proses klaim (4). Senada dengan pendapat tersebut, Indawati (12), menyampaikan bahwa keakuratan kode diagnosis juga menjadi faktor dalam kelancaran proses klaim biaya pelayanan kesehatan oleh BPJS. Dalam pelaksanaannya, beberapa klaim akan dikembalikan oleh BPJS jika terdapat kekurangan pada kelengkapan informasi, dan ketidakakuratan kode diagnosis.

Perekam medis khususnya *coder* harus memperhatikan keakuratan kode diagnosis karena dapat berdampak terhadap manajemen data klinis, pembiayaan, serta hal-hal yang terkait asuhan pasien (13). Hal tersebut juga sesuai dengan pendapat Thigpen *et al.* (14) bahwa kode diagnosis yang tidak akurat dapat menyebabkan kerugian secara finansial dan berpengaruh terhadap kebijakan yang luas.

Hsia *et al.* (15) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa 61,70% ketidakakuratan kode diagnosis disebabkan karena faktor dokter dan petugas administrasi yang bertanggungjawab dalam melakukan kodifikasi. Ketidakakuratan ini Sebagian besar dilakukan oleh *coder* yang tidak kompeten dalam melakukan reseleksi kodifikasi pada kasus penyakit yang kompleks. Dengan demikian, *coder* harus

memahami seluruh informasi medis pasien dan meningkatkan kompetensinya dalam melakukan kodifikasi pada kasus yang kompleks.

Kesimpulan

Kode diagnosis yang akurat memiliki peran yang sangat penting terhadap kelancaran klaim BPJS. Kode diagnosis menjadi dasar yang digunakan untuk menentukan tarif INA-CBGs, sehingga ketidakakuratan kode diagnosis akan menyebabkan perubahan jumlah klaim yang dibayarkan BPJS ke rumah sakit. Dengan demikian pihak BPJS akan memastikan bahwa kode diagnosis yang dicantumkan dalam dokumen klaim merupakan kode diagnosis yang tepat agar dapat memberikan hasil klaim yang sesuai. Pemberian kode diagnosis yang akurat pada dokumen klaim akan memudahkan verifikator BPJS untuk menyetujui klaim, sebaliknya jika kode diagnosis tidak akurat maka klaim dapat ditolak untuk dilakukan perbaikan.

Ucapan Terimakasih

Penelitian ini didukung dan dibiayai oleh Universitas Duta Bangsa Surakarta.

Daftar Pustaka

1. Suprpto S, Malik AA. *Implementasi Kebijakan Diskresi pada Pelayanan Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS)*. J Ilm Kesehat Sandi Husada. 2019;7(1):1–8.
2. Salim DLF. *Aksesibilitas Pembiayaan Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Lex Soc. 2020;8(4):104–14.
3. Kemenkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam program Jaminana Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Permenkes Ri Nomor 36 Tahun 2015 [Internet]. 2015;1–97. Available from: www.hukor.depkes.go.id
4. Pratami SL, Siswati. *Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagnosa Dan Tindakan Terhadap Persetujuan Klaim BPJS*. J INOHIM. 2015;3:1–9.
5. Kurnianingsih W. *Hubungan Pengetahuan Coder dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Jalan BPJS berdasarkan ICD – 10 di Rumah Sakit Nirmala Suri Sukoharjo*. J Manaj Inf dan Adm Kesehat. 2020;3(01):18–24.
6. Budi SC. *Manajemen Unit Kerja Rekam Medis*. Yogyakarta: Quantum Sinergi Media; 2011.
7. Kemenkes RI. *Situasi Penyakit Ginjal Kronis*. InfoDATIN (Pusat Data Dan Inf Kementerian Kesehat RI) [Internet]. 2017;1–10. Available from: <http://emojione.com>
8. Nurrul AT, Alik I. *Hubungan Ketepatan Kode Diagnosa Obstetric terhadap Kelancaran Klaim Bpjs Di Rsud Sawerigading Kota Palopo Sulawesi Selatan*. J INOHIM. 2016;4(1):1.
9. Daniyah R, Susanto A. *Keakuratan Kodefikasi Diagnosis Pasien Bpjs Kesehatan Rawat Inap dengan Kasus Pending Klaim (Dispute) di Rumah Sakit Tk. II Dr. Soepraoen Malang*. 2016;9831.
10. Santiasih WA, Simanjorang A, Satria B. *Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai*. J Healthc Technol Med. 2021;7(2):1381–94.
11. Trisetyawan R, Eryani S. *Hubungan Ketepatan Kode Diagnosis Dyspepsia dengan Klaim BPJS di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu*. MITRA RAFLESSIA J Heal Sci [Internet]. 2018;10(2). Available from: <https://jurnal.stikesbhaktihusada.ac.id/index.php/MR/article/view/10>
12. Indawati L. *Analisis Akurasi Koding pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap di RSUP Fatmawati Tahun 2016*. J Manaj Inf Kesehat Indones. 2019;7(2):113.
13. Hatta G. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press; 2013.
14. Thigpen JL, Dillon C, Forster KB, Henault L, Quinn EK, Tripodis Y, et al. *Validity of International Classification of Disease Codes to Identify Ischemic Stroke and Intracranial Hemorrhage among Individuals with Associated Diagnosis of Atrial Fibrillation*. *Physiol Behav* [Internet]. 2018;176(5):139–48. Available from: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC5604322&blobtype=pdf>
15. Hsia DC, Krushat WM, Fagan AB, Tebbutt JA, Kusserow RP. *Accuracy of Diagnostic Coding for Medicare Patients under The Prospective-Payment System*. *N Engl J Med*. 1983;308(2):97–100.