

**ANALISIS KETEPATAN KODIFIKASI DIAGNOSIS PASIEN JAMINAN  
KESEHATAN NASIONAL (JKN) GUNA MENUNJANG KLAIM  
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)  
DI RUMAH SAKIT X**

**Dimas Bagus Pratama**

Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Piksi Ganesha  
[dimas\\_bagus@gmail.com](mailto:dimas_bagus@gmail.com)

**Abstrak**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ketepatan kodifikasi diagnosis pasien JKN rawat inap guna menunjang kualitas klaim badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) di rumah sakit X Bandung. Metode penelitian yang digunakan dalam tugas akhir ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif serta dilengkapi dengan kajian pustaka. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah dengan cara observasi, wawancara, dokumentasi dan dilengkapi dengan studi pustaka yang berhubungan dengan subjek. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, ditemukan berbagai masalah diantaranya: (1) Kesalahan dalam menuliskan kode diagnosis; (2) Kesalahan pada berkas klaim atau berkas rekam medis; (3) *Human Error* dari petugas kodifikasi penyakit, yang disebabkan oleh faktor kejenuhan dan/atau kelelahan; (4) Perbedaan pendapat antaran petugas koding dengan dokter mengenai kondisi utama. Beberapa saran yang dapat penulis berikan untuk meningkatkan ketepatan koding dan kualitas klaim (1) Menigkuti SOP yang ada dalam menentukan koding; (2) Pembuatan SOP klaim BPJS; (3) Melakukan pengecekan berkas sebelum diklaimkan; (4) Renovasi ruangan untuk menambah kenyamanan saat bekerja; (5) Mengklarifikasi ke dokter sebelum menentukan kondisi utama.

**Kata kunci** : Kodifikasi, Diagnosis, JKN dan Kualitas Klaim

**Abstract**

*The purpose of this research is to determine the accuracy of the JKN inpatient codification diagnose to support the quality BPJS claim at Rumah Sakit X Bandung. The research method in this final assignment are qualitative method with descriptive approach and completed by literature study. Data collections method used are observation, documentation, interviews and completed by literature study related to the subject. Some problems were found by writer, they are: (1) Error on diagnose code; (2) the error on claim or medical record; (3) Human Error from coder, it's caused by wearied or tiredness factor; (4) the difference opinion between coder and doctor about main condition. Some suggestions for increasing the accuracy code and claim quality are: (1) Using the SOP (Standard Operational Procedure) for while determining code; (2) Making BPJS claim Standard Operational Procedure; (3) checking the evidence before claiming; (4) Renovate the room to comfort while working; (5) clarifying with doctor before determining main condition.*

**Keywords**: Codification, Diagnose, JKN and Claim Quality

**PENDAHULUAN**

**LATARBELEKANG PENELITIAN**

Kesehatan merupakan salah satu wujud dari kesejahteraan nasional dimana mempunyai andil yang besar dalam pembangunan sumber daya manusi yang tertian dalam pembukaan

Undang-Undang Dasar 1945 (UUD1945) yaitu mamjukan kesejahteraan umum dan pasal 28 H ayat (1) yaitu, Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan

mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk, jadi tanggung jawab untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal berada di tangan seluruh masyarakat dan pemerintah Indonesia. Kesehatan sebagai salah satu faktor pendukung kelangsungan kehidupan bangsa dan negara dengan demikian dapat membantu mewujudkan cita-cita nasional yaitu mencapai masyarakat yang adil dan makmur. Pembangunan kesehatan akan memberikan dampak yang positif terhadap pembangunan bangsa Indonesia. Pemeliharaan kesehatan adalah upaya penanggulangan dan pencegahan gangguan kesehatan. Upaya peningkatan kesehatan dapat dilakukan oleh pemerintah atau masyarakat, yaitu dengan menyediakan sumber daya manusia yang sehat dan ahli serta disusun dalam suatu program kesehatan dengan perencanaan yang terpadu. Selain itu harus didukung oleh sarana dan prasarana kesehatan yang baik.

Sadar akan pentingnya kesehatan bagi manusia kini begitu banyak program-program pemerintah yang digalakan untuk mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya, seperti di Indonesia yang memberdayakan program kesehatan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) dimana sesuai dengan isi Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN), yang bertujuan untuk memperbaiki akses penduduk terhadap kesehatan. Termasuk didalamnya tujuan dari peningkatan status kesehatan, meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan memperbaiki

pelindungan bagi penduduk atas pengeluaran kesehatan katastrofik.

Program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) ini ditunjukkan untuk semua orang atau penduduk Indonesia sesuai dengan isi dalam pasal 4 Peraturan Presiden Jaminan Kesehatan. Dan dalam pelaksanaannya (Jaminan Kesehatan Nasional) JKN melibatkan pelaku yang terdiri atas peserta, fasilitas kesehatan, BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial), dan regulator. Meskipun setiap pelaku tersebut memiliki peran, fungsi, tugas, hak dan kewajiban berbeda, mereka mengusung misi yang sama, yaitu melaksanakan (Jaminan Kesehatan Nasional) JKN sesuai dengan prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial. Tugas dan fungsi dari setiap pelaku JKN sudah tertuang dalam Undang-Undang SJSN dan Undang-Undang BPJS.

Artinya semua pihak yang terlibat dalam program JKN telah diatur setiap hak dan kewajibannya. Termasuk didalamnya petugas atau pelaksana program JKN. Pada pelaksana JKN tentu dibutuhkan petugas-petugas yang handal atau yang kompeten untuk kelancaran program kesehatan tersebut dan di bentuk juga BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan).

BPJS Kesehatan merupakan Badan Hukum Publik yang bertanggung jawab langsung kepada presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan Jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia.

Dalam hal di bentuknya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, terdapat beberapa kebijakan yang mana kebijakan tersebut dengan kompetensi petugas

terkait. Salah satu kebijakan yang sudah diterapkan pada awal tahun 2014 adalah mengenai sistem pembayaran fasilitas kesehatan (Kapitasi untuk rawat jalan tingkat pertama dan INA-CBGs atau Indonesia *Case Base Group* untuk pelayanan tingkat lanjut).

Puskesmas merupakan salah satu contoh fasilitas pelayanan tingkat pertama dimana sesuai yang telah digambarkan sebelumnya, puskesmas menggunakan sistem kapitasi sebagai penentuan tarif terhadap pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Penentuan tarif kapitasi ini sangat bergantung pada jumlah peserta yang terdaftar dalam satu wilayah, tanpa memperhitungkan jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Kapitasi yang dibayar BPJS kesehatan mengacu pada beberapa hal seperti berapa banyak dokter yang bertugas pada suatu pelayanan kesehatan primer. Untuk tarif puskesmas maka peserta dikenakan biaya sebesar Rp. 3.000 – Rp. 6.000. Sehingga pada puskesmas pemasukannya tidak tergantung dari pada banyaknya pasien yang datang setiap bulannya, tetapi tergantung pada jumlah peserta terdaftar yang menjadi tanggungan di wilayahnya.

Rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan. Diaman rumah sakit menggunakan CBGs sebagai penentu tarif pembayaran pelayanan kesehatan. Pada sistem INA-CBGs, tarif yang keluar sesuai dengan diagnosis penyakit serta seluruh tindakan pelayanan kesehatan yang dilakukan termasuk pemberian obat. Selain itu tipe rumah sakit pun ikut menentukan besaran tarif yang keluar. Sehingga semakin tinggi tipe rumah sakit maka semakin besar tarif yang keluar.

Pada rumah sakit dengan tipe kelas A, B, C, D tentu berbeda apalagi jika dilihat dari fasilitasnya hal ini yang menyebabkan perbedaan tarif yang dikeluarkan pada setiap rumah sakit.

Bersinggungan dengan pembayaran pelayanan kesehatan maka kita tidak bisa terlepas dengan sistem pembayaran yang sudah ditentukan dalam mengeluarkan tarif pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Dimana pada sistem pembayaran itu terbagi atas dua kriteria yakni sistem pembayaran retrospektif dan prospektif. Pada sistem retrospektif pembayaran biaya pelayanan kesehatan akan ditagihkan pada saat pasien telah selesai menerima pelayanan kesehatan. Sedangkan sistem pembayaran pelayanan prospektif merupakan pembayaran pelayanan kesehatan yang harus dibayar, diaman besaran biaya sudah ditetapkan sebelum pelayanan kesehatan diberikan.

Pada dasarnya cara pembayaran pada program JKN ini bisa dikatakan bersifat prospektif intinya bahwa program JKN akan menerapkan sistem pembiayaan kelompok diagnosis terkait (*Diagnosis Related Groups*) adalah sistem atau cara pembayaran oleh penyanggah dana kepada penyelenggara pelayanan kesehatan (*Health Provider*) untuk pelayanan yang telah diselenggarakan, yang besar biaya tidak dihitung berdasarkan jenis ataupun jumlah pelayanan kesehatan yang diselenggarakan untuk setiap pasien, melainkan berdasarkan kesepakatan harga menurut kelompok diagnosis penyakit dimana pasien yang sedang ditangani tersebut berada dan untuk saat ini telah menggunakan *software* INA-CBGs (*Indonesia Case Base Groups*) yang

telah mengatikan INA-DRG, namun sama-sama menunjang kualitas klaim dan kelangsungan pelayanan kepada para peserta JKN di seluruh rumah sakit di Indonesia yang telah melaksanakan pelayanan JKN.

*Software* INA-CBGs atau *Indonesia Case Base Groups* merupakan sistem *casemix* yang dijalankan menggunakan *grouper* dari *United Nation University – International Institute for Global Health* (UNU-IIGH). Dan terdiri dari 1077 kode INA-CBGs dan 31 *Case Main Groups* (CMGs) yang terdiri dari 789 kode untuk rawat inap dan 288 kode untuk rawat jalan.

Segala bentuk program perbaikan kesehatan yang telah dilaksanakan oleh pemerintah dengan segala aplikasi pendukung atau dalam hal ini mengenai JKN sebagai program yang dijalankan pemerintah. Dan INA-CBGs sebagai aplikasi yang membantu dalam menjalankan program kesehatan tersebut, tidak akan sempurna atau berjalan lancar jika tidak ditopang dengan adanya sumber daya manusia yang berkualitas atau berkompetensi sesuai bidangnya sesuai bidangnya khususnya dalam hal ini adalah petugas rekam medis. Untuk itu kompetensi perekam medis atau dalam hal ini koder sebagai penggerak juga sangat mempengaruhi keberhasilan dari pada program kesehatan JKN. Sebab seperti yang sudah dibahas sebelumnya tarif yang keluar berdasarkan INA-CBGs ditentukan oleh beberapa peraturan, sehingga tidak bisa petugas klaim menebak-nebak penyakit atau tindakan dan seluruh pelayanan untuk dijadikan tarif yang harus dibayar.

Sadar akan pentingnya sumber daya manusia yang berkompetensi dalam menjalankan program INA-CBGs, rumah sakit kini mewajibkan setiap petugas rekam medis memiliki tingkat pendidikan minimal D3 rekam medis. Bahkan banyak rumah sakit yang berlomba-lomba mengikut sertakan koder-kodernya untuk mengikuti berbagai pelatihan dengan maksud meningkatkan keterampilan dalam mengkode penyakit dan tindakan. Yang man keterampilan tersebut nantinya bisa mengurangi kesalahan atau *human error* yang tidak diharapkan dan dapat merugikan pihak rumah sakit.

Rumah Sakit Paru Dr. H. A Rotinsulu Bandung adalah salah satu rumah sakit yang sudah melaksanakan penerapan sistem *casemix* INA-CBGs untuk menunjang dalam proses pengklaiman program JKN secara baik dan terarah, pelaksanaan klaim dilaksanakan baik terhadap pasien rawat inap, rawat jalan maupun rawat darurat. Yang mana petugas rekam medisnya sudah memiliki pendidikan minimal D3 rekam medis dan telah diinstruksikan pada setiap pelatihan-pelatihan dalam menunjang klaim pada BPJS kesehatan terutama dalam kodefikasi yang menjadi bahan pokok keluarnya biaya dari setiap pelayanan kesehatan.

Namun meski telah mencapai kualifikasi pendidikan yang sesuai peraturan, penulis masih menemukan berbagai kendala maupun kesalahan yang terjadi pada klaim BPJS Kesehatan. Oleh karena itu penulis tertarik untuk menyusun Tugas Akhir ini dengan judul “ **ANALISIS KETEPATAN KODEFIKASI DIAGNOSIS PASIEN JKN**

**RAWAT INAP GUNA MENUNJANG  
KUALITAS KLAIM BADAN  
PENYELENGGARA JAMINANA SOSIAL  
(BPJS) DI RUMAH SAKIT DR. H. A.  
ROTINSULU BANDUNG “**

**METODOLOGI PENELITIAN**

**A. Metodologi Penelitian**

Menurut Sugiono (2012 : 2) Metodologi penelitian yaitu “suatu ilmu yang mempelajari atau membahas berbagai metode, desain, teknik dan prosedur penelitian atau pendekatan yang dipergunakan dalam mengkaji masalah-masalah penelitian”.

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif dengan pendekatan survei deskriptif. Metode survei deskriptif dilakukan terhadap sekumpulan objek yang biasanya bertujuan untuk melihat gambaran fenomena (termasuk kesehatan) yang terjadi didalam suatu populasi tertentu.

Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif atau kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi. (Sugiyono,2012:9)

Jadi metodologi penelitian deskriptif kualitatif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan secara objektif dalam bentuk kalimat.

**B. Populasi dan Sampel**

Menurut (Notoatmodjo, 2010: 115) “ Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti”. Adapun yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah semua dokumen klaim rawat jalan pasien JKN di Klinik Utama Medika Antapani pada bulan Maret 2017 berjumlah 500 pasien.

Menurut (Notoatmodjo, 2010: 115 ) yang dimaksud “Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi”. Sampel diambil dari berkas klaim rawat jalan pasien JKN bulan Maret tahun 2017 dengan populasi 500 pasien.

**C. Teknik Pengumpulan Data**

Dalam menunjang kelancaran penyusunan Tugas Akhir ini, maka penulis melakukan pengumpulan data dengan cara :

1. Observasi

Observasi atau pengamatan menurut Notoatmodjo (2010 : 131) “ suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti”.

2. Studi Pustaka

Melalui buku-buku perpustakaan, materi pembelajaran yang sudah di dapat serta Peraturan Menteri Kesehatan dan Undang-undang Negara Republik Indonesia.

3. Wawancara

Menurut Notoatmodjo (2010 : 139) “wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden) atau bercakap-cakap berhadapan dengan muka orang tersebut (face to face)”.

4. Dokumentasi

Mengumpulkan data-data yang diperlukan pada saat penelitian berlangsung mulai dari yang tertulis seperti Standar Operasional Prosedur (SOP) dan alur pendaftaran pasien rawat inap dan rawat jalan.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**A. Hasil**

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit X Bandung masih dijumpai

ketidaktepatan kode diagnosis pasien JKN rawat inap. Persentase ketepatan dan ketidaktepatan koding yang dihasilkan dari sampel 77 dari 343 populasi yang diteliti, angka ketepatan kodifikasi diagnosis mencapai 77% sedangkan angka ketidaktepatan kodifikasi mencapai 23%.

Dari hasil kodifikasi tersebut dapat dijabarkan mengenai kesalahan apa saja yang terjadi pada ketepatan kodifikasi.

Ketepatan	Jumlah	Persentase
Ketepatan Diagnosis	59	77%
Ketidaktepatan Diagnosis	18	23%
Total	77	100%

*Tabel.1. Ketepatan Kodifikasi Diagnosis di Rumah Sakit X Bandung*

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa dari 77 berkas rekam medis, ketepatan kodifikasi diagnosis 77% sedangkan ketidaktepatan kodifikasi diagnosis 23%.

Ketidaktepatan	Jumlah	Persentase
Salah Kode Diagnosis	5	6,4%
Kurang/Lebih Karakter Ke Empat	2	2,6%
Salah Karakter Ke Empat	6	7,7%
Kurang Asterik	1	1,2%
Kode Tidak Diisi	4	5,1%
Total	18	23%

*Tabel. 2. Spesifikasi Ketidaktepatan Kodifikasi Diagnosis*

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa ketidaktepatan kode diagnosis terdiri dari salah kode diagnosis sebesar 6,4%, kurang / lebih karakter ke empat 2,6%, salah karakter ke empat 7,7%, kurang asterik 1,2%, kode tidak diisi 5,1%.

## B. Pembahasan

Dari hasil koding yang dihasilkan oleh koder rawat inap di Rumah Sakit X persentase ketepatan kodifikasi diagnosis pasien JKN rawat inap sebesar 59 berkas atau 77% dan ketidaktepatan kodifikasi diagnosis sebesar 18 berkas atau 23%. Pada kasus ketidaktepatan kodifikasi diagnosis, ketidaktepatan cenderung kesalahan koder sendiri akibat dari kejeenuhan atau kelelahan saat bekerja.

Dalam mengukur Ketepatan kodifikasi guna menunjang kualitas klaim BPJS menggunakan indikator kualitas yang pertama ketepatan waktu pengiriman berkas klaim. Pengiriman berkas klaim BPJS dijadwalkan tanggal 10 setiap bulannya. Pengiriman berkas klaim BPJS di Rumah Sakit X sudah bisa dikatanakan tepat waktu karena seluruh berkas yang akan diklaimkan sudah lengkap, hal ini dapat dilihat dalam tabel dibawah ini :

Pengumpulan Berkas	Jadwal Pengiriman Yang Ditentukan	Pengiriman Berkas	Tepat Waktu	Tidak Tepat Waktu

31	10	10	√	-
Januari	Februar	Februari		
2017	i 2017	2017		

Tabel. 3. Ketepatan Waktu Pengiriman Berkas Klaim

Keakuratan laporan dapat diukur dari ketepatan pengkodean diagnosis yang tercantum pada tabel 1. Dapat dilihat dari tabel 1 masih terdapat kode-kode diagnosis yang masih belum sesuai dengan yang tertera di ICD-10.

Dari hasil penelitian yang dilakukan penulis di RSP Dr. H. A. Rotinsulu Bandung mengenai analisis ketepatan kodifikasi diagnosis, dengan cara mengambil sampel sebanyak 77 dari 343 populasi berkas klaim rawat inap bulan Januari 2017 terhitung sebanyak 59 berkas klaim BPJS pasien JKN rawat inap yang sudah tepat dalam hal kodifikasi diagnosis dan sebanyak 18 berkas klaim BPJS pasien JKN rawat inap yang masih kurang tepat dalam hal kodifikasi penyakit.

Pengukuran kualitas dari segi kerelevan dapat diukur dari manfaat dari laporan klaim. Relevan adalah bahwa suatu informasi tersebut harus mempunyai manfaat bagi penerima. Dikarenakan pengiriman berkas klaim BPJS di Rumah Sakit X sudah tepat waktu sehingga informasi yang dihasilkan sudah relevan.

Relevannya laporan klaim BPJS pasien JKN Rawat Inap di Rumah Sakit X Bandung dikarenakan sudah menjangnya sistem komputerisasi di instalasi rekam medis. Sistem

komputerisasi instalasi rekam medis di Rumah Sakit Paru Dr. H. A. Rotinsuku Bandung sudah menggunakan jaringan LAN (*Local Area Network*) sehingga memudahkan petugas dalam mengakses laporan klaim BPJS Kesehatan.

### C. Permasalahan

Meskipun prosedur jelas dan dilaksanakan namun tetap saja pada ketepatan kodifikasi penyakit dalam kenyataannya masih ditemukan masalah dilapangan. Salah satunya di Rumah Sakit X Bandung dimana dari sebanyak 343 pasien yang mendapatkan tanggungan biaya dari program JKN diambil sampel sebanyak 77 pasien dalam periode Januari 2017, dengan uraian masalah sebagai berikut :

1. Kesalahan dalam menuliskan kode diagnosis.
2. Kolom diagnosis yang tidak diisi kode penyakit.
3. *Human Error* dari petugas kodifikasi penyakit, yang disebabkan oleh faktor kejenuhan dan/atau kelelahan.

Adapun permasalahan yang terjadi dalam pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan diantaranya disebabkan oleh beberapa faktor :

1. Kesalahan berkas rekam medis atau berkas klaim.
2. Perbedaan pemahaman dalam pengambilan kondisi utama antara deokter dengan petugas rekam medis, diaman dokter mencatat kondisi utama berdasarkan pada perjalanan penyakit pada pasien, sedangkan petugas rekam medis mengacu pada aturan INA-CBGs yaitu berdasarkan penyerapan sumber daya dan

penggunaan fasilitas dengan biaya tertinggi

## **PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian pada praktek kerja lapangan yang penulis kemukakan sebelumnya, maka penulis dapat menarik kesimpulan tentang Analisa Ketepatan Kodifikasi Diagnosis Penyakit Pasien JKN Rawat Inap Guna Menunjang Kualitas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Rumah Sakit X Bandung, yaitu :

1. Pelaksanaan kodifikasi diagnosis di Rumah Sakit X Bandung dirasa belum optimal karena masih ada petugas koding yang tidak mengikuti standar operasional prosedur (SOP). Salah satunya adalah petugas koding menggunakan kemampuan hafalan kode diagnosis yang mereka miliki dan tidak melihat ke buku ICD-10. Jika petugas koding belum hafal diagnosis yang tertera maka yang dilakukan adalah melihat buku praktis atau yang lebih dikenal dengan istilah buku pintar, yang berisi daftar diagnosis beserta kodenya yang merupakan kumpulan diagnosis yang sering muncul di Rumah Sakit X.
2. Pelaksanaan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Rumah Sakit X Bandung dirasa belum sepenuhnya optimal karena masih terdapat beberapa berkas klaim yang dikembalikan kembali atau revisi dan belum adanya Standar Operasional

Prosedur (SOP) tentang pelaksanaan klaim.

3. Ketepatan kodifikasi diagnosis penyakit pasien JKN rawat inap guna menunjang kualitas klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Rumah Sakit X Bandung belum sepenuhnya berkualitas karena dari ketepatan kodifikasi diagnosis masih ada ketidaktepatan 23% dari 344 pasien yang mendapatkan tanggungan biaya BPJS Kesehatan. Sedangkan pada pelaksanaan klaim BPJS terdapat 16% berkas yang dikembalikan atau revisi dari 344 pasien yang mendapatkan tanggungan biaya BPJS Kesehatan.
4. Adapun yang menjadi kendala kurang berkualitasnya klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X Bandung yaitu kurangnya konsentrasi petugas rekam medis yang menyebabkan kesalahan menuliskan kode diagnosis dan kesalahan berkas klaim atau kesalahan berkas rekam medis.
5. Upaya yang sedang dilakukan oleh pihak rumah sakit X Bandung yaitu memeriksa kembali berkas rekam medis serta mengkode diagnosis penyakit di waktu senggang dan memeriksa kembali berkas klaim dan berkas rekam medis sebelum dikalimkan.

### **B. Saran**

Berdasarkan uraian yang telah di simpulkan mengenai Analisa Ketepatan Kodifikasi Diagnosis Penyakit Pasien JKN

Rawat Inap Guna Menunjang Kualitas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Rumah Sakit X Bandung, maka penulis akan memberikan saran-saran sebagai berikut :

1. Petugas rekam medis bagian koding seharusnya mengikuti standar oprasional prosedur (SOP) yang ada dan seringlah membuka ICD-10 dan tidak terpaku pada “buku pintar” agar meminimalisir terjadinya kesalahan pengkodean.
2. Perlu adanya pembuatan Standar Oprasional Prosedur (SOP) tentang pelaksanaan klaim BPJS agar petugas rekam medis dibagian klaim mempunyai acuan dalam pelaksanaan klaim BPJS.
3. Untuk meningkatkan ketepatan koding petugas rekam medis dibagian koding lebih baik membuka ICD-10 dari pada membuka “buku pintar” pada saat mengkode diagnosis dan untuk meminimalisir pengembalian berkas klaim atau revisi seringlah memeriksa kembali berkas klaim sebelum berkas klaim diklaimkan.
4. Untuk mempengaruhi kualitas kerja, maka renovasi ruangan diperlukan untuk menambah kenyamanan saat bekerja atau menambahkan tanaman sebagai hiasan yang berfungsi memberikan kesegaran pada mata.
5. Perbedaan dalam pengambilan kondisi utama antara petugas rekam medis dan dokter sebaiknya diklarifikasi ke dokter, bila dokter menyerahkan kepada koder maka koder mengikuti

aturan *Rule MB* agar tidak menimbulkan kerugian bagi pihak rumah sakit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.
- Perayutan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Jaminan Sosial.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2006. Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia , Revisi II. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik.
- Azwar, Azrul. (1996). Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga. Jakarta: Binapura Aksara.
- Notoatmodjo, S. (2010). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sugiono. (2012). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.

Suardi, Rudi. (2003). Sistem Manajemen Mutu ISO, Cetakan Kedua. Jakarta.

Suharsimi, Arikunto. (2006). Prosedur Penelitian (Suatu Pendekatan Praktik). Jakarta: Rineka Cipta.