

TINJAUAN PERAN KODER UNTUK KLAIM BPJS KESEHATAN DALAM PELAKSANAAN JKN DI RSU DARMAJU PONOROGO

Mellinda Eka Susanti

(STIKES Buana Husada Ponorogo; e-mail: mellindaeka1996@gmail.com)

Ike Sureni

(STIKES Buana Husada Ponorogo)

Rumpiati

(STIKES Buana Husada Ponorogo)

ABSTRAK

Dalam pelaksanaan JKN ketepatan kode yang diberikan sangat berpengaruh terhadap tarif yang diterima rumah sakit atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui peran koder untuk klaim BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan JKN di RSUD Darmayu Ponorogo. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah 2 koder. Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling. Metode pengumpulan data menggunakan wawancara dan observasi. Analisa data yang digunakan adalah analisa secara deskriptif. Berdasarkan hasil penelitian tugas dan wewenang koder yaitu mengecek kelengkapan dokumen pasien BPJS, menentukan kode diagnosis penyakit dan tindakan berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM, melakukan klarifikasi dengan dokter, entri data, coding/grouping dengan INA CBG 5.2, menyerahkan hasil grouping ke verifikator internal. Pelaksanaan kegiatan koder belum berjalan optimal karena masih ada kendala yaitu ketidaklengkapan dokumen, singkatan sulit dipahami, kurangnya perangkat komputer, tulisan dokter sulit terbaca, buku ICD 9 CM tidak jelas serta belum adanya SIMRS. Sarannya rumah sakit segera menerapkan penggunaan SIMRS, koder dan dokter serta tenaga kesehatan lain meningkatkan kerjasama terkait kelengkapan dokumen maupun penulisan diagnosa untuk kelancaran kegiatan pengkodean.

Kata kunci: Peran koder, Klaim BPJS Kesehatan, JKN

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan suatu hal yang sangat penting dalam penilaian kesejahteraan suatu negara. Kesehatan merupakan hak dasar bagi individu dan setiap warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Rumah sakit merupakan salah satu instansi yang mampu memberikan jasa pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Upaya pemerintah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat dilakukan melalui program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Sistem pembayaran dalam JKN ini juga mengikuti sistem pembayaran sebelumnya yakni sistem pembayaran dengan paket pembayaran sesuai dengan tarif INA CBG.

Program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS sudah serentak dilaksanakan di seluruh layanan kesehatan di Indonesia pada 1 Januari 2014 yang lalu. BPJS Kesehatan memiliki kaitan yang sangat erat dengan INA CBG yaitu cara pembayarannya. Ketepatan kode yang diberikan akan sangat mempengaruhi tarif yang akan diterima rumah sakit sebagai ganti dari biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien selama menerima fasilitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada 5 Desember 2017 di Instalasi Rekam Medis RSUD Darmayu Ponorogo, melalui wawancara dengan salah satu koder bahwa terdapat kendala yang menghambat pelaksanaan kegiatan pengkodean untuk klaim BPJS Kesehatan. Hambatan yang dihadapi koder tersebut antara lain ketidakjelasan penulisan diagnosa penyakit dan tindakan oleh dokter, kapasitas komputer penuh, lembar laboratorium, lembar radiologi, lembar penunjang patologi anatomi sering tidak dimasukkan ke dalam rekam medis, dan adanya perbedaan dalam menentukan kode seperti pada kasus CVA.

Ketidakjelasan penulisan diagnosa penyakit maupun tindakan akan menyulitkan koder dalam menentukan kode sehingga koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter terkait. Koder membutuhkan waktu yang cukup lama dalam melakukan klarifikasi ini karena jadwal dokter yang tidak tetap, dimana dokter tidak selalu ada di rumah sakit. Kapasitas komputer yang penuh menyebabkan loading komputer menjadi agak lama. Untuk lembar penunjang yang belum ada seperti lembar laboratorium, lembar radiologi, lembar penunjang patologi anatomi, koder meminta

lembar yang belum ada tersebut ke unit terkait. Terdapat perbedaan antar koder dalam penentuan kode penyakit, seperti pada kasus CVA dimana koder mengkode I63.9 dan koder yang lain mengkode I64. Perbedaan ini terjadi karena perbedaan pemahaman dan persepsi dalam melakukan pengkodean.

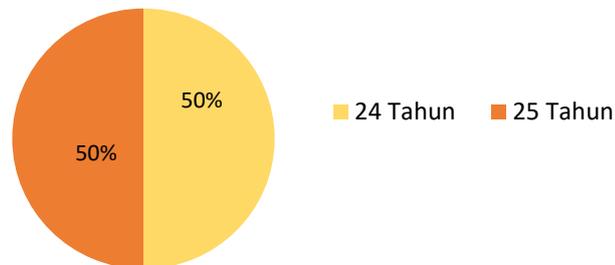
METODE PENELITIAN

Desain penelitian pada penelitian ini menggunakan deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian dilaksanakan di RSUD Darmayu Ponorogo Jalan Dr Soetomo No 44-55 Bangunsari, Ponorogo pada bulan April 2018. Populasi pada penelitian ini yaitu 2 koder di RSUD Darmayu Ponorogo. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik sampling jenuh atau total sampling. Sampel yang digunakan adalah koder yang berjumlah 2 orang.

Dalam penelitian ini hanya menggunakan satu variabel (variabel independent) yaitu peran koder untuk klaim BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan JKN. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu wawancara dan observasi.

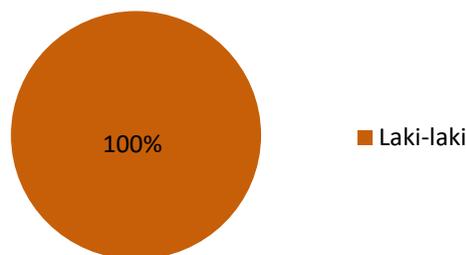
HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden



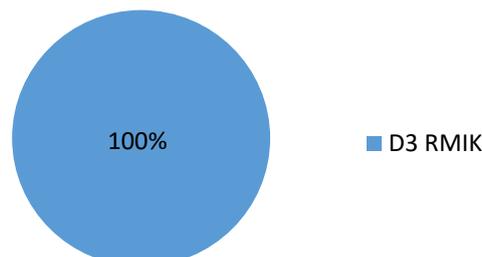
Gambar 1 Karakteristik Umur Koder di RSUD Darmayu Ponorogo

Berdasarkan gambar 1 dapat diketahui bahwa koder yang berumur 24 tahun berjumlah 1 orang dengan persentase 50% dan koder yang berumur 25 tahun berjumlah 1 orang dengan persentase 50%.



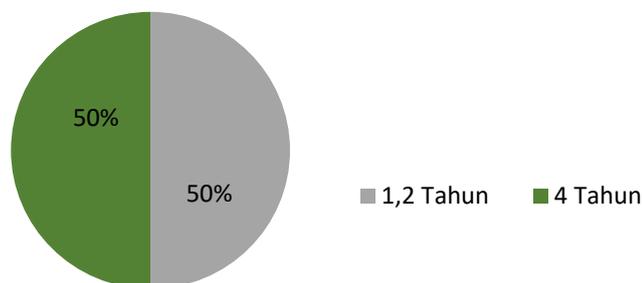
Gambar 2. Karakteristik Jenis Kelamin Koder di RSUD Darmayu Ponorogo

Berdasarkan gambar 2 dapat diketahui bahwa koder yang berjenis kelamin laki-laki berjumlah 2 orang dengan persentase 100%.



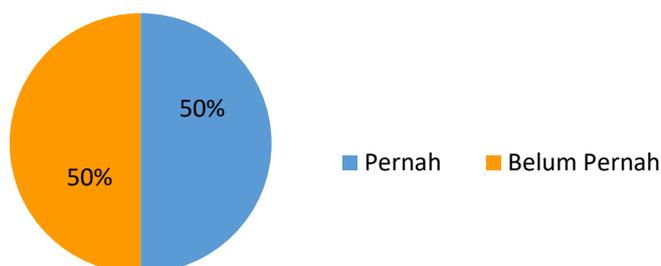
Gambar 3. Karakteristik Tingkat Pendidikan Koder di RSUD Darmayu Ponorogo

Berdasarkan gambar 3 dapat diketahui bahwa koder yang memiliki tingkat pendidikan D3 RMIK berjumlah 2 orang dengan persentase 100%.



Gambar 4. Karakteristik Lama Bekerja Koder di RSUD Darmayu Ponorogo

Berdasarkan gambar 4 dapat diketahui bahwa koder dengan lama bekerja 1,2 tahun berjumlah 1 orang dengan persentase 50% dan koder dengan lama bekerja 4 tahun berjumlah 1 orang dengan persentase 50%.



Gambar 5. Karakteristik Pelatihan Koder di RSUD Darmayu Ponorogo

Berdasarkan gambar 5 dapat diketahui bahwa koder yang pernah mengikuti pelatihan berjumlah 1 orang dengan persentase 50% dan koder yang belum pernah mengikuti pelatihan berjumlah 1 orang dengan persentase 50%.

Tugas dan Wewenang Koder Untuk Klaim BPJS Kesehatan Dalam Pelaksanaan JKN

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa tugas dan wewenang koder yaitu mengecek kelengkapan dokumen pasien BPJS Kesehatan, pengecekan kelengkapan dokumen meliputi kelengkapan diagnosa penyakit maupun tindakan dan lembar penunjang seperti lembar laboratorium, lembar radiologi, serta lembar penunjang patologi anatomi. Ketika ditemukan ketidaklengkapan pada dokumen, maka dokumen tersebut dimintakan kelengkapannya ke bagian terkait. Menentukan kode penyakit dan tindakan medis yang ditulis dokter menggunakan ICD 10 dan ICD 9 CM. Pada saat menentukan kode, koder mengalami kesulitan terkait penggunaan ICD, yaitu buku ICD 9 CM yang digunakan untuk mengkode tindakan medis tidak jelas sehingga membingungkan koder. ICD 10 yang dalam bentuk PDF ketika sudah ketemu kodenya dan crosscheck di volume 1 ternyata harus mengulangi lagi dan tidak bisa kembali secara otomatis. Itu berarti harus mengulangi lagi menentukan kode dari awal, mulai dari mencari leadterm.

Melakukan klarifikasi dengan dokter apabila menemukan kesulitan terkait diagnosa yang ditegakkan oleh dokter. Kesulitan tersebut berupa ketidakjelasan penulisan diagnosa, singkatan diagnosa yang sulit dipahami. Seperti pada singkatan diagnosa ICH, dimana singkatan tersebut memiliki dua persepsi yaitu intracerebral atau intracranial. Ketika proses klarifikasi tidak berhasil, maka koder menggunakan Rule MB1-MB5 untuk memilih kembali atau reseleksi kode diagnosa utama. Penggunaan rule morbiditas untuk reseleksi kode jarang terjadi, apabila ada reseleksi kode dilihat berdasarkan kasusnya dengan konfirmasi ke verifikator internal. Dalam melakukan klarifikasi seringkali membutuhkan waktu yang cukup lama dikarenakan jadwal dokter yang tidak selalu ada di rumah sakit. Koder menghubungi dokter ketika dokter tersebut ada jadwal di

poliklinik. Melakukan entri data dan coding/grouping menggunakan aplikasi INA CBG 5.2, dan menyerahkan hasil grouping ke verifikator internal.

Pelaksanaan Kegiatan Koder Untuk Klaim BPJS Kesehatan Dalam Pelaksanaan JKN

Berdasarkan hasil penelitian melalui wawancara dan observasi yang telah dilakukan, dapat diketahui bahwa RSUD Darmayu Ponorogo sudah memiliki Standar Prosedur Operasional tentang pemberian kode diagnosa operasi dan pemberian kode diagnosa penyakit, tetapi untuk Standar Prosedur Operasional terkait pengkodean untuk reimbursement dalam pelaksanaan JKN belum ada. Pedoman terkait pengkodean reimbursement dalam pelaksanaan JKN mengacu pada Permenkes No 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Group (INA CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dan Petunjuk Teknis E-Klaim INA CBG 5.2 dari National Casemix Center Kementerian Kesehatan Tahun 2017.

Pelaksanaan kegiatan koder untuk klaim BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan JKN dimulai dari menerima dokumen rekam medis pasien BPJS dari unit assembling, lalu melakukan pengecekan kelengkapan dokumen. Apabila ditemukan ketidaklengkapan, dokumen tersebut dipisahkan dan dimintakan untuk dilengkapi terlebih dahulu ke bagian terkait. Tahapan selanjutnya yaitu menentukan kode penyakit dan tindakan medis. Untuk penentuan kode penyakit, koder menggunakan ICD 10 dengan mencari leadterm diagnosis di volume 3 lalu mencocokkan pada volume 1, sedangkan untuk kode tindakan medis menggunakan ICD 9 CM. Pengecekan dalam menentukan kode penyakit menggunakan ICD 10 Volume 1 baik dalam bentuk buku maupun PDF. Untuk penggunaan ICD 10 yang PDF, ketika kode sudah ditemukan, tahap selanjutnya yaitu klik pada kode tersebut maka secara otomatis akan ke volume 1 dengan tetap mempertimbangkan exclude dan include, serta tanda baca seperti pengecualian kode. Ketepatan dan keakuratan kode yang dihasilkan berdasarkan pada tulisan dokter, singkatan-singkatan diagnosa, kelengkapan berkas meliputi resume, lembar laboratorium dan lembar penunjang lainnya.

Selanjutnya proses entri data dan coding/grouping menggunakan aplikasi INA CBG 5.2. Aplikasi INA CBG beroperasi dengan menggunakan perangkat komputer dan jaringan internet. Sistem INA CBG yang digunakan di RSUD Darmayu Ponorogo sudah bridging dengan Vclaim. Proses entri data dilakukan dengan memasukkan nomor SEP, setelah itu akan muncul data pasien. Untuk pasien baru diperlukan input nomor rekam medis dan untuk pasien lama mengganti tanggal keluar, dokter, cara keluar, dan pembiayaan. Selanjutnya memasukkan kode penyakit, kode tindakan apabila ada tindakan yang diberikan lalu simpan. Setelah data tersimpan dilakukan proses grouping dan final. Hasil dari grouping berupa print out. Sebelum diserahkan ke verifikator internal, lembar hasil grouping difotocopy terlebih dahulu dan digabungkan dengan dokumen rekam medis pasien BPJS serta SEP. Kegiatan selanjutnya yaitu menyerahkan dokumen yang sudah digrouping ke verifikator internal.

Kegiatan pengkodean akan dengan cepat terselesaikan apabila kelengkapan persyaratan terpenuhi, karena untuk dokumen pasien BPJS semakin cepat dikerjakan maka akan semakin baik. Di RSUD Darmayu Ponorogo penggunaan SIMRS belum diterapkan karena masih dalam proses pengembangan. Dijadwalkan SIMRS akan selesai pada bulan Mei tahun 2018. Kebutuhan akan data pasien berasal dari hasil rekapan perbulan yang memuat data pasien secara lengkap. Belum diterapkannya SIMRS ini juga berpengaruh terhadap kelancaran proses klaim. Keterlambatan klaim terjadi karena pengentrian biaya pada aplikasi INA CBG sebanyak 16 item dilakukan secara manual baik dalam input data maupun menghitung biaya. Proses entri biaya akan lebih cepat apabila terdapat SIMRS karena nominal biaya akan muncul secara otomatis.

Dalam melaksanakan kegiatan pengkodean, terdapat kendala yang dihadapi koder yaitu ketika terdapat ketidaklengkapan pada dokumen baik ketidaklengkapan diagnosa maupun lembar penunjang maka harus dilengkapi terlebih dahulu dimana hal tersebut membutuhkan waktu, penulisan singkatan diagnosa tidak dipahami, kurangnya perangkat komputer, tulisan dokter sulit terbaca, buku ICD 9 CM tidak jelas sehingga membingungkan.

PEMBAHASAN

Tugas dan Wewenang Koder Untuk Klaim BPJS Kesehatan Dalam Pelaksanaan JKN

Di RSUD Darmayu Ponorogo tugas dan wewenang koder meliputi mengecek kelengkapan dokumen pasien BPJS, menentukan kode penyakit dan tindakan medis yang ditulis dokter menggunakan ICD 10 dan ICD 9 cm, melakukan klarifikasi dengan dokter apabila menemukan

kesulitan terkait diagnosa yang ditegakkan oleh dokter, melakukan entri data, dan coding/grouping menggunakan aplikasi INA CBG 5.2, dan menyerahkan hasil grouping ke verifikator internal.

Dalam pekerjaannya koder memiliki kewenangan untuk melaksanakan sistem klasifikasi klinis dan kodefikasi penyakit yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis sesuai terminologi medis yang benar (Permenkes No 55 Tahun 2013). Menurut Shofari (2004) tugas bagian koding dalam penyelenggaraan rekam medis adalah mencatat dan meneliti kode penyakit dan diagnosis yang ditulis dokter, kode operasi dari tindakan medis yang ditulis dokter atau petugas kesehatan lainnya dan kode sebab kematian dari sebab kematian yang ditetapkan dokter.

Berdasarkan Permenkes No 76 Tahun 2016 bahwa tugas dan tanggung jawab seorang koder adalah melakukan kodefikasi diagnosis dan tindakan atau prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien berdasarkan dengan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9CM untuk tindakan atau prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien, apabila dalam melakukan pengkodean diagnosis atau tindakan atau prosedur koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan peraturan dalam pengkodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter. Pada saat koder tidak berhasil melakukan klarifikasi kepada dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP), maka koder menggunakan Rule MB1 sampai MB5 untuk memilih kembali kode diagnosis utama atau reseleksi. Hal ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Fitriana (2014) bahwa tugas koder meliputi mengkode diagnosis penyakit dan tindakan, grouping diagnosis dan tindakan ke grouper INA CBG.

Berdasarkan hasil penelitian, koder sudah memahami dan melaksanakan tugasnya dengan baik. Untuk menunjang koder dalam melaksanakan tugasnya diperlukan pelatihan-pelatihan tentang koding. Hal ini perlu dilakukan untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan koder dalam mengkode penyakit maupun tindakan sehingga kode yang dihasilkan tepat dan akurat. Dalam pelaksanaan JKN ini diperlukan koder yang memiliki kemampuan dan kompetensi dalam menentukan kode penyakit berdasarkan ICD 10 dan kode tindakan berdasarkan ICD 9 CM dengan tepat dan akurat sesuai dengan peraturan yang berlaku. Sehingga dalam pelaksanaan sistem pembayaran INA CBG untuk klaim BPJS Kesehatan akan berjalan sesuai dengan harapan dalam rangka memberikan pelayanan di bidang kesehatan kepada masyarakat.

Pelaksanaan Kegiatan Koder Untuk Klaim BPJS Kesehatan Dalam Pelaksanaan JKN

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa di RSUD Darmayu Ponorogo sudah ada Standar Prosedur Operasional (SPO) tentang pemberian kode diagnosa operasi dan pemberian kode diagnosa penyakit, tetapi SPO tentang pengkodean untuk reimbursement dalam pelaksanaan JKN belum ada. Pedoman yang digunakan untuk pengkodean reimbursement dalam pelaksanaan JKN mengacu pada Permenkes No 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Group (INA CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dan Petunjuk Teknis E-Klaim INA CBG 5.2 dari National Casemix Center Kementerian Kesehatan Tahun 2017.

Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional merupakan acuan bagi fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, dan pihak lain yang terkait mengenai metode pembayaran INA CBG dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Petunjuk Teknis E-Klaim INA CBG 5.2 digunakan sebagai pedoman dalam penggunaan aplikasi INA CBG.

Di RSUD Darmayu Ponorogo kegiatan pengkodean atau koding dilakukan secara manual dan elektronik. Koding adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka atau kombinasi huruf dalam angka yang mewakili komponen data (Depkes RI, 2006). Kegiatan yang dilakukan dalam koding meliputi kegiatan pengkodean diagnosis penyakit dan pengkodean tindakan medis (Budi, 2011). Tenaga rekam medis yaitu koder sebagai pemberi kode bertanggung jawab terhadap keakuratan kode yang diberikan.

Menurut Kartika (2014) dalam Mutia (2016) bahwa pengkodean merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan dalam proses pengajuan klaim di rumah sakit. Menurut Permenkes No 76 Tahun 2016 bahwa koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke rumah sakit. Sumber data untuk mengkode berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan atau prosedur yang terdapat pada resume medis pasien. Ketepatan koding diagnosa dan prosedur sangat berpengaruh terhadap hasil grouper dalam aplikasi INA CBG. Berdasarkan Permenkes No 76 Tahun 2016, untuk mendapatkan hasil grouper yang benar diperlukan kerjasama yang baik

antara dokter dan koder. Kelengkapan rekam medis yang ditulis oleh dokter akan sangat membantu koder dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan/prosedur yang tepat.

Proses pengkodean dimulai dari pengkajian (review) teliti rekam medis pasien. Penting bagi koder memperoleh gambaran jelas secara menyeluruh dari dokumentasi rekam medis tentang masalah dan asuhan yang diterima pasien. Sebelum menentukan kode diagnosa penyakit dan tindakan, koder terlebih dahulu memeriksa kelengkapan dokumen. Untuk ketidaklengkapan lembar laboratorium atau lembar penunjang dimintakan ke bagian terkait, dan untuk ketidaklengkapan diagnosa dimintakan ke dokter dengan menuliskan terkait ketidaklengkapannya. Apabila dokumen sudah lengkap akan dilakukan pengkodean diagnosa dan tindakan berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM. Pengkodean dijalankan melalui penahapan mencari istilah di buku ICD volume 3, kemudian mencocokkan kode yang ditemukan dengan yang ada di volume 1. Petunjuk dan peraturan morbiditas serta petunjuk dan peraturan kode mortalitas terdapat pada buku volume 2 ICD-10 (Hatta, 2012).

Pada saat penentuan kode penyakit maupun tindakan ditemukan ketidakjelasan penulisan diagnosa, singkatan-singkatan yang sulit dipahami maka koder melakukan klarifikasi dengan dokter yang berkaitan. Hal ini sesuai dengan Hatta (2012) bahwa pengode profesional harus berkonsultasi dengan dokter untuk klarifikasi dan kelengkapan pengisian data diagnosis dan tindakan. Koder melakukan klarifikasi dengan dokter apabila menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan aturan umum pengkodean dan apabila klarifikasi gagal dilakukan maka koder dapat menggunakan aturan MBI hingga MB5 (Permenkes Nomor 76 Tahun 2016).

Proses klarifikasi dilakukan dengan menghubungi dokter yang berkaitan ketika dokter tersebut ada jadwal di poliklinik. Pilihan ini dinilai lebih efektif daripada saat dokter berada di bagian rawat inap karena apabila di rawat inap dokter sulit ditemui. Dalam proses klarifikasi, koder menanyakan terlebih dahulu ke verifikator internal yang juga sebagai dokter. Apabila dengan verifikator internal tidak berhasil maka harus menghubungi DPJP. Reseleksi kode menggunakan Rule MB1-MB5 sebagai alternatif apabila klarifikasi dengan DPJP tidak berhasil jarang terjadi. Penggunaan rule morbiditas dilakukan berdasarkan kasusnya dengan konfirmasi ke verifikator internal.

Setelah kegiatan pengkodean, tahapan selanjutnya yang dilakukan yaitu entri data, coding/grouping menggunakan software atau aplikasi INA CBG. Software atau aplikasi INA CBG merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis. Proses entri aplikasi INA CBGs dilakukan oleh koder atau petugas administrasi klaim di rumah sakit dengan menggunakan data dari resume medis. Proses entri data, coding/grouping dimulai dengan memasukkan nomor SEP yang nantinya akan muncul data pasien. Bagi pasien baru dilakukan input nomor rekam medis dan bagi pasien lama dengan mengganti tanggal keluar, dokter, cara keluar dan pembiayaannya. Selanjutnya memasukkan kode penyakit dan tindakan lalu disimpan. Setelah data tersimpan koder melakukan grouping dan final untuk menyelesaikannya. Selanjutnya lembar hasil grouping tersebut difotocopy terlebih dahulu dan digabungkan menjadi satu dengan dokumen rekam medis pasien BPJS serta SEP dan diserahkan kepada verifikator internal yaitu verifikator dari rumah sakit untuk dilakukan verifikasi yang bertujuan untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Tugas dan wewenang koder untuk klaim BPJS dalam pelaksanaan JKN di RSUD Darmayu Ponorogo yaitu mengecek kelengkapan dokumen pasien BPJS, menentukan kode penyakit dan tindakan medis berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM, melakukan klarifikasi dengan dokter, melakukan entri data, coding/grouping menggunakan INA CBG 5.2, menyerahkan hasil grouping ke verifikator internal.

Pelaksanaan kegiatan koder untuk klaim BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan JKN di RSUD Darmayu Ponorogo belum berjalan secara optimal karena masih terdapat kendala yang dihadapi. Kegiatan koder dilakukan secara manual dan komputerisasi.

Saran

Bagi pihak rumah sakit sebaiknya untuk segera menerapkan penggunaan SIMRS. Bagi pihak Instalasi Rekam Medis sebaiknya membuat Standar Prosedur Operasional tentang pengkodean

untuk reimbursement dalam pelaksanaan JKN mulai dari tahapan mengkode sampai dengan proses entri data, dan coding/grouping INA CBG.

Bagi koder dan dokter maupun tenaga kesehatan lainnya meningkatkan peran aktif dan kerjasama dalam mewujudkan kelengkapan data pada rekam medis. Sebaiknya koder mengikuti kegiatan pelatihan tentang pengkodean untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam mengkode.

DAFTAR PUSTAKA

- Budi, Savitri Citra. 2011. Manajemen Unit Kerja Rekam Medis. Yogyakarta : Quantum Sinergis Medis.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. Buku Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.
- Fitriana, Ina. 2014. Peran Coder Terkait Pelaksanaan Sistem INA CBG's di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah. Yogyakarta : Program D3 Rekam Medis.
- Hatta, Gemala. 2012. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Kartika, Dewi. 2014. Analisis Ketepatan Waktu Penyelesaian Klaim Rawat Inap Pasien BPJS di RSUD Dr Adjidarmo Kabupaten Lebak Tahun 2014. Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok.
- Mutia, Halida. 2016. Gambaran Klaim Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Yang Ditolak Pada Layanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Singaparna Citrautama Kabupaten Tasikmalaya Jawa Barat 2016.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Based Groups dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.
- Shofari, Bambang. 2004. Pengelolaan Sistem Rekam Medis-1. Perhimpunan Profesional Perkam Medis dan Informatika Kesehatan Indonesia. Semarang.