

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 BPJS

2.1.1 Definisi BPJS

BPJS menurut UU Nomer 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah transformasi dari badan penyelenggaraan jaminan sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial.

Negara telah mengatur sistem jaminan sosial melalui undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem ini merupakan asuransi kesehatan sosial yang diselenggarakan Negara dengan pengumpulan Dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran dari rakyat untuk dimanfaatkan Negara dalam memberikan perlindungan atas resiko sosial ekonomi yang menimpa rakyat. Menurut Thabrany (2015) asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*) adalah suatu mekanisme pendanaan pelayanan kesehatan yang semakin banyak digunakan diseluruh dunia karena kehandalan sistem ini menjamin kebutuhan kesehatan rakyat suatu Negara.

Menurut penjelasan undang-undang No 40 tahun 2004 ayat 19. Prinsip asuransi sosial adalah kegotong royongan antara yang kaya dan miskin yang sehat dan sakit yang tua dan muda dan yang berisiko tinggi dan rendah kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif iuran berdasarkan persentase upah atau penghasilan bersifat nirlaba prinsip ekuitas yaitu kesamaan dalam memperoleh

pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya yang tidak terkait dengan besaran iuran yang telah dibayarkannya.

BPJS Kesehatan adalah badan yang mengelola sistem jaminan nasional yang merupakan program Negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat sesuai undang-undang republic Indonesia nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS Kesehatan adalah harapan bagi warga yang tidak mampu dalam menjangkau kesehatannya sendiri bila terjadi kesakitan dan hingga rawat inap. Biaya pengobatan yang semakin tinggi, penggunaan teknologi yang baru yang artinya tingginya harga alat yang dibeli dan berimbas pada arif yang harus dibayar, tidak bias dipresiksi biaya pengobatan yang akan dijalani dan keterbatasan factor finansial dengan sistem INA CBGS's yaitu suatu sistem tarif yang terpaket untuk kondisi penyakit tertentu sehingga biaya perawatan dan pengobatan bias diperkirakan sejak awal.

2.1.2 Tujuan Dibentuknya BPJS

Adapun tujuan dibentuknya BPJS (Pamukti, Panjaitan, 2016) adalah mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak demi terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. BPJS dibuat untuk menciptakan untuk mengurangi rasa kuatir peserta atas resiko kerugian yang ditimbulkan oleh penyakit yang dideritanya sehingga asset yang dimiliki peserta dapat dipakai hal lain yang lebih produktif.

Selaku pengelola SJSN dibidang kesehatan, BPJS Kesehatan memberikan imbalan kepada rumah sakit yang melakukan pelayanan keada pasiennya melalui

sisten *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBG's) yaitu pembayaran sistem paket berdasar pada penyakitnya yang diatur dalam peraturan Menteri Kesehatan No 27 tahun 2014 tentang petunjuk Teknis Sistem *Indonesia Case Base Group*. Tarif INA CBGS mempunyai 1.077 kelompok tariff terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan ICD 10 untuk diagnosis serta ICD 9 CM untuk prosedur/tindakan. Dengan demikian rumah sakit dan para dokter wajib untuk hati-hati dalam memberikan terapi tanpa mengurangi mutu pelayanan sehingga paket yang diberikan masih dapat menguntungkan bagi rumah sakit.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Rekam medis adalah perjalanan penyakit pasien yang dibuat oleh dokter yang berisi jenis penyakit, perawatan penyakit, perkembangan penyakit dan terapinya pasal 46 ayat (1) undang-undang praktik kedokteran, rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen yang terdiri dari identitas pasien, pemeriksaan yang telah dilakukan pengobatan yang diberikan oleh dokter, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Gemala Hatta (2008) mengatakan rekam medis merupakan kumpulan fakta tentang kehidupan seseorang dan riwayat penyakitnya, termasuk keadaan sakit pengobatan saat ini dan saat lampau yang ditulis oleh para praktisi kesehatan dalam upaya mereka memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

Rekam medis menurut IDINo.315/PB/a.4/88:

1. rekam medis (kesehatan) adalah rekaman dalam bentuk tulisan atau gambaran aktivitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan medis (kesehatan) kepada seorang pasien.
2. Rekam medis (kesehatan) meliputi identitas lengkap pasien, catatan tentang penyakit (diagnosis, terapi dan pengamatan perjalanan penyakit), catatan dari pihak ketiga, hasil pemeriksaan laboratorium, foto rontgen, pemeriksaan USG dan lain-lainnya serta resume.
3. Rekam medis (kesehatan) harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya paling lambat 48 jam setelah pasien pulang atau meninggal.
4. Perintah dokter melalui telepon untuk suatu tindakan medis, harus diterima oleh perawat senior.
5. Perubahan terhadap rekam medis (kesehatan) harus dilakukan dalam lembaran dokumen rekam medis kesehatan lainnya.
6. Rekam medis (kesehatan) harus ada untuk memperhatikan kualitas layanan profesional yang tinggi untuk melengkapi kebutuhan informasi *locum tennens*, untuk kepentingan dokter pengganti yang meneruskan perawatan pasien untuk referensi masa datang, serta diperlukan karena adanya hak untuk melihat dari pasien.
7. Berdasarkan butir 6 diatas, rekam medis (kesehatan) wajib ada dirumah sakit, puskesmas atau balai kesehatan dan praktik dokter pribadi atau praktek berkelompok.
8. Berkas rekas medis (kesehatan) adalah milik Rumah Sakit, Fasilitas kesehatan lainnya atau dokter praktik pribadi atau praktek berkelompok.

9. Pasien adalah pemilik kandungan rekam medis (kesehatan) yang bersangkutan maka dalam hal pasien tersebut menginginkannya, dokter yang merawatnya harus mengutarakannya baik secara lisan maupun secara tertulis.
10. Pemaparan isi kandungan rekam medis (kesehatan) hanya boleh dilakukan oleh dokter yang bertanggung jawab dalam perawatan pasien yang bersangkutan dan hal ini hanya boleh dilakukan untuk pasien yang bersangkutan, kepada konsulen, atau untuk kepentingan pengadilan.
11. Lama penyimpanan berkas rekam medis/kesehatan adalah 5 tahun dari tanggal terakhir pasien berobat atau dirawat, dan selama 5 tahun itu pasien yang bersangkutan tidak berkunjung lagi untuk berobat. Setelah batas waktu tersebut pada butir 11 berkas rekam medis (kesehatan) dapat dimusnahkan.
12. Rekam medis (kesehatan) adalah berkas yang perlu dirahasiakan.

Menurut Permenkes No 269 Tahun 2008, rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas. Rekam medis yang bermutu salah satunya dapat dilihat dari kelengkapan isi rekam medis. Kelengkapan tersebut ditambahkan dengan autentikasi dari rekam medis seperti Nama dokter yang merawat, tanda tangan dan tanggal pembuatan. Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah penyelesaian pelayanan rawat jalan atau rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas asuhan, dan resume (Depkes,2006). Menurut Kementerian Kesehatan berdasar KEPMENKES RI No 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit yang mengatakan tentang standar pengisian rekam medis yaitu kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan dan

kelengkapan *informed consent* setelah mendapat informasi yang jelas memiliki standar yaitu 100%.

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia dalam Manual Rekam Medis (2006), jenis rekam medis dibagi 2 yaitu : rekam medis konvensional dan rekam medis elektronik. Rekam medis ditulis secara manual sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 794a/MENKES/PER/XII/1989 tentang Rekam medis dan secara elektronik yang tersirat pada Peraturan Menteri Kesehatan No 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam medis Bab II ayat 1 yaitu rekam medis harus dibuat secara tertulis lengkap dan jelas atau secara elektronik.

Resume medis adalah ringkasan hasil perawatan pasien yang berisi keluhan, hasil pemeriksaan, diagnose dan terapi serta saran kepada pasien yang bersangkutan yang ditulis dokter. Menurut Depkes RI dalam pedoman penyelenggara dan Prosedur Rekam medis Rumah Sakit di Indonesia (2006) bahwa resume medis adalah ringkasan kegiatan pelayanan medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan khususnya dokter selama masa perawatan hingga pasien keluar baik dalam keadaan hidup maupun meninggal. Lembar ini harus ditandatangani oleh dokter yang merawat pasien (Hatta, 2008). Penandatanganan lembar resume medis sebagai tanda keabsahan dan persetujuan dokter yang merawat atas isi resume medis tersebut. Susunan resume medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 269/MENKES/PER/III/2008 pasal (4) ayat 2 meliputi : identitas pasien, diagnosis masuk, indikasi pasien dirawat, ringkasan hasil fisik dan penunjang, diagnose akhir, pengobatan, tindak lanjut, nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan.

Menurut Dirjen Yanmed Depkes RI (1997) tujuan dibuatnya resume ini adalah

- a. Untuk menjamin kontinuitas pelayanan medik dengan kualitas yang tinggi serta sebagai bahan referensi yang berguna bagi dokter yang menerima, apabila pasien tersebut dirawat kembali di rumah sakit.
- b. Sebagai bahan penilaian staf medis rumah sakit
- c. Untuk memenuhi permintaan dari badan-badan resmi atau perorangan tentang perawatan seorang pasien misalnya dari Perusahaan Asuransi (dengan persetujuan Pimpinan).
- d. Untuk diberikan tembusan kepada sistem ahli yang memerlukan catatan tentang pasien yang pernah mereka rawat.

2.3 Klaim

Definisi Klaim secara umum adalah permintaan peserta, ahli warisnya atau pihak lain yang terlibat perjanjian dengan perusahaan asuransi atas terjadinya kerugian sebagaimana yang telah dijanjikan (Anwar, 2007). Sedangkan definisi Klaim dilihat dari bidang asuransi kesehatan adalah *request for payment made to the insurance company by medical facilities, members, or practitioners for health services provided to plan members* (Marchinko, 2016). Berdasarkan kedua pengertian tersebut maka dapat ditarik kesimpulan bahwa klaim asuransi kesehatan adalah sebuah permintaan yang dibuat oleh pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk perusahaan asuransi untuk meminta bayaran atas tindakan yang sudah dilakukan terhadap peserta asuransi mereka.

Klaim dilakukan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya melalui sebuah proses yang disebut administrasi klaim administrasi klaim adalah proses

mengumpulkan bukti atau fakta yang berkaitan dengan sakit atau cedera, membandingkan fakta-fakta tersebut dengan perjanjian kerja sama serta menentukan manfaat yang dibayarkan kepada peserta asuransi. Tujuan utama dari administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid, sesuai dan segera dengan bijakan dan sesuai dengan polis (Ilyas, 2006).

Pada pelaksanaan klaim JKN proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan INA-CBGs. Administrasi klaim dalam INA-CBGs adalah rangkaian proses penyiapan berkas dan dokumen pelayanan yang diajukan dengan pengajuan klaim oleh rumah sakit dan penilaian kelayakan atas klaim yang diajukan melalui proses verifikasi klaim sampai pembayaran klaim. Administrasi klaim merupakan suatu kesatuan dimulai dari proses di rumah sakit mengajukan klaim sampai BPJS kesehatan dalam melakukan verifikasi klaim dan pembayaran klaim. Rumah Sakit akan mengajukan klaim dalam bentuk *hardcopy* untuk rekapulasi dan *softcopy* untuk data individu klaim. Sedangkan Verifikasi dilakukan dengan menggunakan aplikasi verifikasi klaim. Apabila sudah ada kesepakatan terkait pengajuan klaim maka akan dibuatkan berita acara sehingga layak untuk pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan sesuai dengan ketentuan (Kartika, 2014).

Secara umum dalam pelaksanaan pengajuan klaim terdapat tiga prinsip yang harus diperhatikan oleh petugas klaim sejak berkas klaim diterima sampai klaim dibayarkan kepada peserta, yaitu :

1. Tepat waktu, klaim harus dibayar sesuai dengan waktu yang dijanjikan

Berdasarkan Permenkes NO 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan

program JKN disebutkan bahwa klaim yang diajukan oleh BPJS kesehatan akan dibayarkan paling lambat 15 hari setelah pengajuan klaim tersebut.

2. Tepat jumlah, klaim harus dibayarkan kepada peserta sesuai dengan santunan yang menjadi hak peserta atau ahli warisnya atau sesuai nilai kerugian.
3. Tepat orang, klaim dibayarkan harus benar-benar kepada orang yang berhak (Anwar,2007).

2.3.1 Proses Pengajuan Klaim JKN

Pada permenkes No 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program JKN disebutkan bahwa klaim JKN dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang diajukan kepada BPJS kesehatan. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. BPJS akan membayar biaya pelayanan sesuai dengan tarif INA-CBGs yaitu sesuai dengan penetapan kelas rumah sakit oleh menteri kesehatan dan regionalisasi tarif yang berlaku di wilayah tersebut.

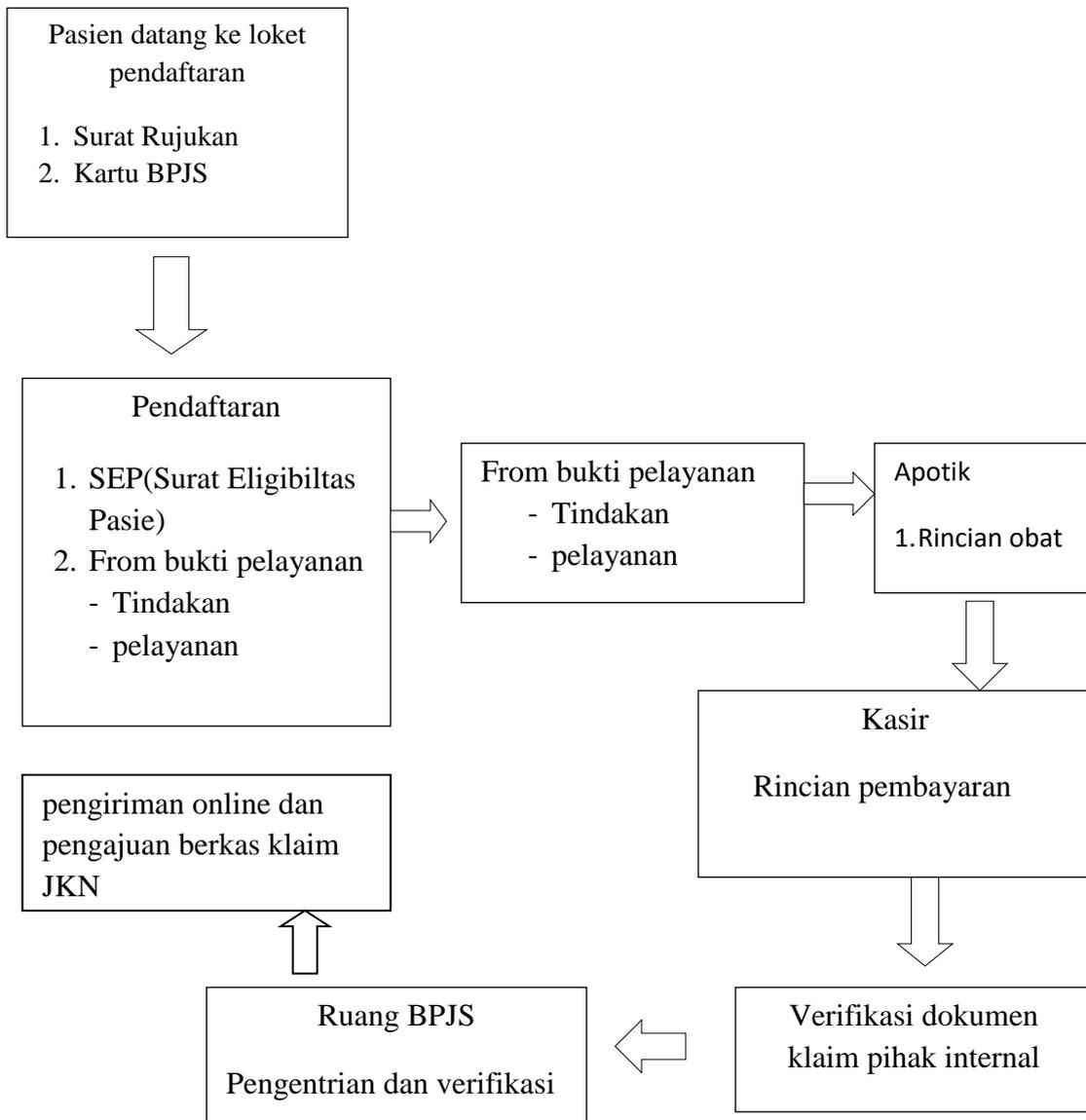
Pada permenkes No. 28 tahun 2014 juga disebutkan prosedur pelayanan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut diawali dengan pelayanan administrasi, yaitu sebagai berikut :

1. Peserta datang kerumah sakit dengan meunjukkan nomer identitas peserta JKN dan surat rujukan, kecuali kasus emergency, tanpa surat rujukan.
2. Peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan.
3. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap sesuai dengan indikasi medis.

4. Apabila dokter spesialis atau subspesialis memberikan surat keterangan bahwa pasien masih memerlukan perawatan di FKTRL tersebut, maka untuk kunjungan berikutnya pasien langsung datang ke FKRTL (tanpa harus ke FKTP terlebih dahulu) dengan membawa surat keterangan dari dokter tersebut.
5. Apabila dokter spesialis atau subspesialis memberikan surat keterangan rujuk balik, maka untuk perawatan selanjutnya pasien langsung ke FKTP membawa surat rujuk balik dari dokter spesialis/subspesialis.
6. Apabila dokter spesialis/subspesialis tidak memberikan surat keterangan sebagaimana dimaksud pada poin 4 dan 5 maka pada kunjungan berikutnya pasien harus melalui FKTP.

Setelah pelayanan administrasi, kelanjutnya dari proses pengajuan klaim di fasilitas kesehatan berdasarkan panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS (2014) yaitu rekapitulasi pelayanan dan diakhiri dengan pemberi kode serta entri data melalui aplikasi INA-CBGs menurut permenkes No. 27 tahun 2014 tentang Juknis sistem INA-CBGs. Sehingga fasilitas kesehatan nantinya menghasilkan berkas dan data klaim dalam bentuk txt berdasarkan Juknis verifikasi klaim (2014).

Berdasarkan alur berkas klaim dapat digambarkan sebagai berikut :



gambar 2. 1 alur berkas klaim

Sumber : pengentrian dan verifikasi diunit klaim asuransi

Berdasarkan gambar 2.1 diketahui bahwa proses alur berkas klaim difasilitas kesehatan melibatkan peserta loket pendaftaran, poli, BPJS center.

Selanjutnya, peran dari fasilitas kesehatan tingkat lanjut dimulai dari tempat penerimaan pasien yang akan menentukan status eligibilitas pasien dan pembuatan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) berdasarkan nomor identitas peserta JKN tersebut. Penentuan akan dilakukan dengan konfirmasi pada BPJS center, apabila peserta sudah eligible maka akan dibuatkan SEP. proses selanjutnya adalah pemberian pelayanan oleh fasilitas kesehatan sesuai dengan indikasi medis dan paket INA-CBGs. Keseluruhan hasil pemberian pelayanan nantinya akan direkap dimulai dari bukti pelayanan rekam medis, hasil pemeriksaan dan hasil pemeriksaan penunjang. Rekapitulasi berkas tersebut nantinya akan berguna bagi petugas coding dan entri data ke aplikasi INA-CBGs dalam menentukan tarif pelayanan. Pengkodean dilakukan dengan pemberian kode diagnosis dan tindakan sesuai dengan ketentuan ICD 10 dan ICD 9. Apabila pengkodean dan entri data telah dilakukan maka data yang sudah di entri akan dijadikan data dalam bentuk txt yang selanjutnya akan diverifikasi.

Verifikasi klaim ini dilakukan oleh verifikator BPJS yang merupakan bagian dari BPJS center. Verifikator akan memverifikasi berkas klaim yang masuk dan menentukan jumlah klaim yang akan diajukan dan selanjutnya akan dibuatkan laporan penagihan oleh pihak rumah sakit yang akan diserahkan ke kantor cabang BPJS kesehatan. Berikut penjabaran dari masing-masing proses pengajuan klaim di rumah sakit yang diambil dari berbagai sumber :

2.3.1.1 Prosedur Penerimaan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit

Menurut Ismainar (2015) dikatakan bahwa prosedur penerimaan pasien di rumah sakit sebenarnya dapat disesuaikan dengan sistem yang ada dimasing-masing rumah sakit itu sendiri. Namun secara umum dibuku ini dijabarkan terkait prosedur penerimaan pasien rawat jalan, yaitu sebagai berikut :

A. Penerimaan Pasien Rawat Jalan

Prosedur penerimaan pasien disini terbagi menjadi dua jenis berdasarkan jenis kedatangan pasie yaitu pasien baru dan pasien lama.

1. Pasien Baru

Pasien baru merupakan pasien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk berobat. Proses penerimaan pasien baru yaitu akan dilayani di tempat penerimaan Pasien (TPP) serta akan diwawancarai oleh petugas TPP terkait informasi mengenai data identitas social pasien. Data tersebut nantinya akan dituliskan pada formulir ringkasan riwayat klinik. Setiap pasien baru juga nantinya akan memperoleh nomor pasien yang akan digunakan sebagai nomor kartu untuk berobat setiap kali pasien datang ke rumah sakit tersebut.

Apabila rumah sakit sudah menggunakan sistem computer maka identitas social serta nomor rekam medis pasien baru harus disimpan terlebih dahulu untuk dijadikan database pasien. Sehingga apabila pasien datang kembali untuk berobat maka pasien akan mudah dan cepat ditemukan.

Data pada ringkasan riwayat klinik diantaranya berisi : dokter penanggung jawab poliklinik, nomor pasien, alamat lengkap, tempat dan

tanggal lahir, umur, jenis kelamin, status keluarga, agama dan pekerjaan. Ringkasan riwayat klinik ini akan dipakai sebagai dasar Pembuatan kartu Indeks Utama Pasien (KIUP) dan juga akan tersimpan sebagai database pasien bagi rumah sakit yang telah menggunakan sistem komputerisasi.

Pasien yang sudah mendaftar akan dipersilahkan menunggu di poliklinik tempat tujuan mereka. Sedangkan petugas rekam medis akan mempersiapkan berkas rekam medisnya lalu dikirim ke poliklinik tujuan pasien. Setelah pasien mendapatkan pelayanan di poliklinik terdapat beberapa kemungkinan yang akan terjadi yaitu : pasien boleh langsung pulang, pasien diberikan slip perjanjian oleh petugas poliklinik untuk datang kembali pada hari dan tanggal yang sudah ditetapkan (pasien yang diharuskan datang kembali nanti harus lapor kembali ke TPP), pasien dirujuk ke rumah sakit lain atau pasien harus masuk ruang perawatan. Semua berkas rekam medis pasien poliklinik yang selesai berobat akan dikembalikan ke instalasi rekam medis kecuali pasien masih harus mendapatkan perawatan maka rekam medis akan dikirim ke ruang perawatan.

2. Pasien Lama

Pasien lama merupakan pasien yang sudah pernah datang ke rumah sakit sebelumnya untuk melakukan pengobatan . pasien lama juga diharuskan untuk mendatangi TPP/LPP, namun yang membedakan adalah pasien lama umumnya dapat datang dengan perjanjian ataupun pasien yang datang atas kemauan sendiri. Pasien lama diharuskan untuk

mengambil karcis untuk mendapatkan pelayanan di TPP. Pasien dengan perjanjian sebelumnya akan diarahkan langsung ke poliklinik tujuan karena berkas rekam medis sudah disediakan di poliklinik tersebut. Sedangkan untuk pasien tanpa perjanjian harus menunggu sementara karena berkas rekam medis akan diminta terlebih dahulu ke instalasi rekam medis untuk dikirimkan ke poliklinik tujuan baru setelah itu pasien bias mendapatkan pelayanan di poliklinik tujuan mereka.

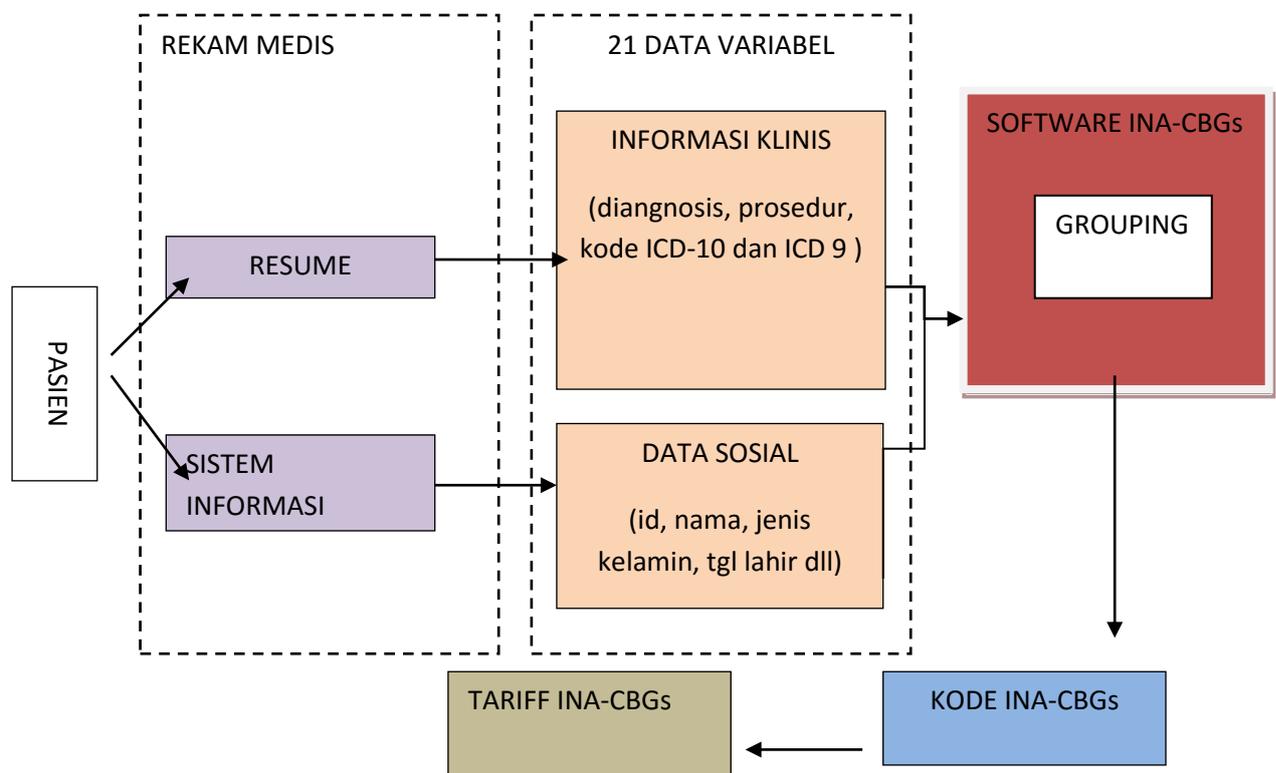
2.3.1.2 Pengkodean dan Entri Data Klaim JKN

Berdasarkan permenkes No 27 tahun 2014 tentang Juknis sistem INA-CBGs, sebelum diverifikasi terdapat beberapa proses yang harus dilakukan oleh fasilitas kesehatan seperti melakukan *entri data*, *coding* dan *grouping*. Entry data, *coding* dan *grouping* dilakukan dengan menggunakan software atau aplikasi INA-CBGs (*Indonesian-Case Based Groups*). Aplikasi INA-CBGs merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan *grouping* tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis. Aplikasi INA-CBGs sudah terinstall di rumah sakit yang melayani peserta JKN yaitu INA –CBGS 4.0. Untuk menggunakan aplikasi INA-CBGs, rumah sakit sudah harus memiliki kode registrasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan, selanjutnya akan dilakukan aktivasi INA-CBGs setiap rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit serta regionalisasinya.

Proses entri aplikasi INA-CBGs 4.0 dilakukan oleh petugas koder atau petugas administrasi klaim di rumah sakit dengan menggunakan data dari resume medis, perlu diperhatikan juga mengenai kelengkapan data administrasi untuk

tujuan keabsahan klaim. Proses entri data pasien ke dalam aplikasi INA-CBGs dilakukan setelah pasien selesai mendapat pelayanan dirumah sakit (setelah pasien pulang dari ruamh sakit), data yang diperlukan berasal dari resume medis, sesuai dengan alur bagan sebagai berikut :

gambar 2. 2 Alur entri Data dengan aplikasi



Sumber : PMK No.27 Tahun 2014

Berdasarkan gambar 2.2 dapat dilihat langkah awal yang dilakukan adalah mengerti data berupa data seperti nama, jenis kelamin, tanggal lahir samapai pada variable tariff rumah sakit atau ADL (activity Daily Living) jika ada. Selanjutnya adalah melakukan *coding* yaitu dengan memasukan kode diagnosis dengan ICD 10 dan kode prosedur dengan ICD 9 yang dikoding dari resime medis pasien. Setelahnya maka aplikasi akan memunculkan hasil *gruping*.

2.3.1.3 Verifikasi Klaim JKN

Berdasarkan permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN, setelah melalui proses entri dan pengkodean tahapan terakhir dalam pengajuan klaim adalah verifikasi klaim yang bertujuan menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan.

Mekanisme verifikasi klaim oleh verifikasi BPJS kesehatan menandakan klaim sudah masuk ke pihak BPJS kesehatan melalui verifikasi untuk uji kelayakan. Terhadap empat tipe status klaim yang berbeda setelah berkas klaim diterima oleh pihak asuransi, yaitu (Catherine, 2013) :

1. *No Claim on file* (NCOF) yaitu kondisi dimana klaim belum diterima oleh petugas klaim dikarenakan sistem yang ada tidak mampu untuk mendeteksi keberadaan data klaim yang mampu untuk mendeteksi keberadaan data klaim yang dimaksud.
2. Klaim tidak pernah diterima oleh sistem pemutus klaim atau tidak dapat diproses maka status klaim dapat ditolak maupun tidak diterima karena adanya *front-end error*.
3. Klaim sudah diterima oleh sistem klaim, menandakan klaim sedang diproses.
4. Klaim berstatus *'pending'* menandakan beberapa kemungkinan yaitu sedang dalam penelaahan lebih dalam, membutuhkan informasi tambahan baik dari pihak penyedia layanan maupun peserta jaminan.
5. Klaim telah selesai diproses dan telah difinalisasi, terdapat dua kemungkinan yaitu klaim ditolak (*denied*) atau klaim diterima (*allowed*). Klaim ditolak

artinya tidak ada pembayaran untuk klaim tersebut umumnya klaim tersebut terdapat kesalahan dalam *billing* atau pengkodean ataupun masalah lainnya. Sedangkan untuk klaim diterim pembayaran akan dilakukan sesuai dengan jumlah klaim.

Berdasarkan petunjuk teknis verifikasi klaim didapatkan bahwa proses verifikasi dilakukan dengan beberapa tahapan yaitu verifikasi administrasi, verifikasi pelayanan kesehatan dan verifikasi menggunakan aplikasi verifikasi klaim, berikut penjabaran dari tahap verifikasi klaim JKN pada rawat jalan :

1. Verifikasi administrasi

Dalam melakukan verifikasi administrasi untuk pelayanan rawat jalan, berkas yang diverifikasi meliputi :

1. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
2. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP).
3. Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA-CBG diperlukan tambahan bukti pendukung :
 - a. Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus
 - b. Resep alat kesehatan
 - c. Tanda terima alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll)

Verifikasi administrasi klaim dilakukan dengan dua tahapan yaitu verifikasi administrasi kepesertaan dan verifikasi administrasi pelayanan, berikut penjabarannya :

- 1) Verifikasi administrasi kepesertaan, yaitu meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEPO dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs.
 - 2) Verifikasi administrasi pelayanan, hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah :
 - a) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana yang disebutkan sebelumnya
 - b) Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.
 - c) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur oleh kewenangan Medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.
2. Verifikasi pelayanan kesehatan

Hal-hal yang harus menjadi perhatian adalah :

- 1) Verifikasi wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melibat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau *softcopy*-nya). Ketentuan *coding* mengikuti panduan *coding* yang terdapat dalam Juknis INA CBG
- 2) 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.

- 3) Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (One Day Care/Surgery) termasuk rawat jalan
 - 4) Untuk kasus pasien yang datang untuk control ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehabmedik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder diagnosis Z (control).
3. Verifikasi dengan menggunakan aplikasi INA-CBGs

Berikut tahapan melakukan verifikasi klaim dengan menggunakan aplikasi INA-CBGs :

- 1) Verifikasi Data, verifikasi berfungsi untuk melakukan validasi output data INA-CBG yang ditagihkan rumah sakit terhadap data penerbitan SEP.
verifikasi data yang terdiri dari :
 - a) Nomer SEP
 - b) Nomer Kartu Peserta
 - c) Tanggal SEP
- 2) Melakukan proses verifikasi administrasi verifikasi mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entry rumah sakit.
- 3) Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikasi dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan pending.

- 4) Proses verifikasi lanjutan dilakukan dengan tujuh langkah dilaksanakan secara disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi error verifikasi dan potensi double klaim. Verifikasi lanjutnya terdiri dari :
 - a) Verifikasi double klaim untuk dua (atau lebih) pelayanan RITL
 - b) Verifikasi double klaim RJTL yang dirujuk langsung ke RITL
 - c) Verifikasi double klaim untuk dua (atau lebih) pelayanan RJTLL
 - d) Verifikasi klaim terhadap kode INA CBGs berpotensi tidak benar
 - e) Verifikasi klaim terhadap kode diagnosa yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku
 - f) Pemeriksaan bebas langkah verifikasi ini adalah pemeriksaan dengan alasan lain-lain untuk kasus-kasus yang tidak termasuk dalam kategori langkah-langkah sebelumnya, namun harus ditidaklayakkan karena alasan lain.
- 5) Final klaim

2.3.1.4 Syarat Pengajuan Klaim JKN

Berdasarkan permenkes No. 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional disebutkan bahwa fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh fasilitas kesehatan. Serta disebutkan juga bahwa batas waktu maksimal pengajuan klaim bagi fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta, baik tingkat pertama maupun tingkat lanjutnya adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan. Berdasarkan panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS kesehatan (2014)

diketahui bahwa klaim diajukan kepada kantor Cabang kabupaten/kota BPJS kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sebagai berikut :

1. Rekapitulasi pelayanan

bahwa dalam rekapitulasi pelayanan yang harus diperhatikan adalah status rekam medis yang berhubungan dengan dokumen klaim seperti kelengkapan pengisian identitas pasien : identitas umum(nama,umur, tempat tanggal lahir, alamat, nomor handphone/telepon, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penanggungjawab pembayaran), identitas khusus (nomor rekam medis, nomor surat eligibilitas pasien(SEP), tanggal masuk, tanggal keluar), melampirkan surat rujukan pasien, menulis data kepersertaan.

2. Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari :

- a) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- b) Resume medis/laporan status pasien atau keterangan diagnosis dari dokter yang merawat bila diperlukan
- c) Bukti pelayanan lainnya, misal :
 1. protocol terapu dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus
 2. perician tagihan Rumah Sakit (manual atau *automatic billing*)
 3. berkas pendukung lain yang dibutuhkan

2.3.2 Petugas pelaksanaan Pelayanan Administrasi Klaim

Seperti yang telah diketahui bahwa dalam melaksanakan proses pengajuan berkas klaim JKN sudah dimulai sejak tahap pelayanan administrasi dibagian

pendaftaran dan berakhir pada proses pemberian kode dan entri data, hal ini sesuai dengan permenkes No. 28 tahun 2014 tentang pelaksanaan program JKN. setiap proses tersebut dilakukan oleh petugas yang berbeda sesuai dengan peran petugas masing-masing. Berikut akan dijabarkan peran masing-masing petugas yang terlibat dalam proses pengajuan klaim dirumah sakit dari berbagai sumber :

A. Petugas penerima pasien rawat jalan

Menurut Ismainar (2015) petugas yang berada di TPP berperan melayani pasien baru maupun pasien lama yang akan melakukan pengobatan dirumah sakit. Selain itu, mereka juga akan mewancari pasien terkait informasi mengenai data identitas social pasien dan data tersebut nantinya akan dituliskan pada formulir ringkasan riwayat klinik. Dan apabila ruamah sakit sudah menggunakan sistem komputerisasi maka petugas diharuskan untuk memasukan data identitas sosial pasien lalu menyimpannya untuk menjadi database pasien.

Selain itu, untuk pasien baru maupun lama pengguna JKN terdaftar yang harus diminta oleh petugas loket kepada pasien yang hendak melakukan pendaftaran yang terdiri dari satu identitas penduduk (KTP) dan satu lembar fotokopi kartu keluarga (KK).

B. Petugas rekapitulasi di Unit Rekam Medis

Menurut Ismainar (2015) bagaian di unit rekam medis yang berfungsi sebagai penelitian kelengkapan isi dan perakitan dokumen rekam medis sebelum disimpan disebut sebagai *assembling* bersamaan dengan sensus harian data rekam medis. Lembar formulir yang ada dalam berkas rekem

medis akan di atur kembali sesuai urutan riwayat penyakit pasien dan diteliti kelengkapan isi dokumen rekam medis. Apabila ditemukan formulir yang belum lengkap maka akan dikembalikan ke unit yang bersangkutan. Sedangkan untuk dokumen rekam medis yang sudah lengkap akan diserahkan pada fungsi koding dan indeksing dan sesus harian akan diserahkan ke fungsi penganalisi dan pelapor dan pelapor untuk dolah leboh lanjut.

Fungsi dan peran petugas *assembling* dalam rekam medis adalah sebagai perakit formulir rekam medis, peneliti isi data rekam medis, pengendali dokumen rekam medis tidak lengkap, pengendali penggunaan nomor rekam medis dan formulir rekam medis. Berikut tugas pokok dari *essembling* :

1. Menerima dokumen rekam medis dan sensus harian dari unit pelayann lainnya.
2. Meneliti kelengkapan isi dan merakit kembali urutan formulir rekam medis.
3. Mencatat dan mengendalikan dokumen rekam medis yangn isinya belum lengkap dan secara periodik mmelaporkan kepala kepala unit rekam medis mengenai ketidak lengkapan isi dokumen dan petugas yang bertanggung jawab terhadap kelengkapan isi tersebut.
4. Mengendalikan penggunaan formulir-formulir rekam medis secara periodic melaporkan kepada kepal kepala unit rekam medis mengenai jumlah dan jenis formulir yang telah digunakan.
5. Mengalokasikan dan mengendalikan nomor rekam medis

6. Menterahkan dokumen rekam medis yang sudah lengkap ke fungsi koding dan pengindeksan
7. Menyerahkan sensus harian ke fungsi analisi dan pelaporan

Selain tugas pokok yang disebutkan diatas terdapat juga deskripsi dari kegiatan *assembling* dalam pelayanan rekam medis, diantaranya sebagai berikut :

1. Menyerahkan dokumen rekam medis baru dan kelengkapan formulirnya kepada unit pengguna.
2. Mengalokasikan dan mencatat penggunaan nomor rekam medis ke dalam buku pengguna rekam medis.
3. Menerima pengembalian rekam medis dan sensus harian dari unit rawat inap, rawat jalan dan UGD dengan menandatangani buku ekspedisi.
4. Mencocokkan jumlah dokumen rekam medis dengan jumlah pasien yang ditulis pada sensus harian.
5. Jumlah dokumen rekam medis yang diterima harus sesuai dengan jumlah dokumen yang tercatat dalam sensus harian.
6. Meneliti isi kelengkapan rekam medis, kelengkapan isi dan mengatur formulir rekam medis sesuai sejarah dan riwayat penyakit pasien.
7. Apabila dokumen rekam medis belum lengkap, petugas diharuskan menulis ketidak lengkapan berkas tersebut dikerta berbda dan ditempelkan pada sampul berkas rekam medis lalu diserahkan kepada unit yang bersangkutan

8. Apabila sudah lengkap dokumen rekam medis harus diserahkan ke fungsi koding dan analis.
9. Menyerahkan sensus harian ke fungsi analis dan pelaporan
10. Membuat laporan ketidak lengkapan isi dokumen
11. Membuat laporan penggunaan formulir rekam medis

c. Petugas Koding

Koding atau pengkodean merupakan salah satu proses yang terdapat dalam proses pengajuan klaim di rumah sakit. Dalam hal ini pengkodean dilakukan oleh koder atau petugas koding. Keakuratan dalam pengkodean adalah tanggung jawab dari koder yang merupakan petugas rekam medis. Tugas dan tanggung jawab koder menurut (pmk No 76 tahun 2016) yaitu :

Tugas dan tanggung jawab seorang koder adalah melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur Koder menemukan kesulitan ataupun ketidak sesuaian dengan aturan umum pengkodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter.

ada pun ditemukan bahwa kualitas petugas koding di rumah sakit dapat dilihat dari beberapa hal, yaitu:

1. Pengalaman Kerja

Pengalaman kerja yang dimiliki oleh petugas koding sangat mendukung pelaksanaan tugas dari koder itu sendiri. Petugas yang

berpengalaman akan lebih mudah menentukan kode penyakit seiring dengan kebiasaan dan ingatan. Selain itu, petugas yang berpengalaman memiliki kemampuan membaca tulisan dari dokter lebih baik serta memiliki hubungan interpersonal dan komunikasi yang lebih akrab dengan tenaga medis yang menuliskan diagnosis. Akan tetapi pengalaman kerja juga harus ditunjang dengan pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk dapat menghasilkan kode yang akurat.

2. Pendidikan

Berdasarkan kurikulum pendidikan ahli rekam medis dan informasi kesehatan kemampuan pengkodean merupakan salah satu kompetensi yang tidak dimiliki oleh tenaga kesehatan lain karena pengkodean sendiri merupakan tugas pokok dari tenaga rekam medis. Hal ini sesuai dengan yang tertera pada Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No. 377/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi perekam medis dan informasi kesehatan bahwa kompetensi perekam medis yang pertama adalah klasifikasi dan kodifikasi penyakit, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan dan tindakan medis. Didalamnya juga disebutkan kualifikasi pendidikan untuk perekam medis diantaranya yaitu :

- a. Diploma 3 (D3) rekam medis dan informasi kesehatan yang ditempuh selama enam semester, dengan gelar ahli madya.
- b. Diploma 4 (D4) manajemen informasi kesehatan yang ditempuh selama delapan semester dengan gelar sarjana sains terapan MIK.

- c. Strata 1 (S1) manajemen informasi kesehatan yang ditempuh selama delapan semester dengan gelar sarjana manajemen informasi kesehatan.
- d. Strata 2 (S2) manajemen informasi kesehatan yang ditempuh selama empat semester dengan gelar magister manajemen informasi kesehatan.

3. Pelatihan

Apabila petugas coding belum mempunyai kesempatan untuk mendapatkan pendidikan khusus dibidang rekam medis dan informasi kesehatan, maka untuk mendapatkan hasil yang baik setidaknya petugas tersebut mengikuti pelatihan yang berkaitan dengan rekam medis. Pelatihan sendiri bisa bersifat aplikatif berupa *in-house* atau *on-the-job training* sehingga dapat membantu meningkatkan pemahaman dan *skill* tenaga coding tersebut.

2.3.3 Kebijakan atau SOP dalam klaim JKN

Terdapat beberapa kebijakan atau SOP tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional yang didalamnya terdapat penjelasan sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan, seperti :

- a. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
- b. Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

- c. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
- d. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.
- e. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- f. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Group's (INA-CBG's)
- g. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Selain kebijakan dikeluarkan oleh pemerintah, terhadap juga kebijakan yang sifatnya lokal dan hanya digunakan di institusi.

Menurut Soemohadiwidjojo (2014) Standar Operasional Prosedur (SOP) yang merupakan panduan yang digunakan untuk memastikan kegiatan operasional organisasi atau perusahaan berjalan dengan lancar. Secara luas SOP dapat diartikan sebagai dokumen yang menjabarkan aktivitas operasional sebuah organisasi. Sedangkan dalam arti sempit SOP merupakan salah satu jenis dokumen dalam sebuah sistem tata kerja yang digunakan untuk mengatur kegiatan operasional antar bagian atau fungsi dalam sebuah organisasi agar kegiatan tersebut dapat terlaksana secara sistemik. Penggunaan SOP dalam organisasi bertujuan untuk memastikan organisasi beroperasi secara konsisten, efektif, efisien, sistematis dan

terkelola dengan baik, untuk menghasilkan produk yang memiliki mutu konsisten sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Implementasi SOP dalam organisasi dimaksudkan agar organisasi dapat menghadapi tantangan sebagai berikut :

1. Tingkat kesulitan kegiatan operasional organisasi semakin tinggi sehingga resiko terjadinya kesalahan atau penyimpangan juga semakin tinggi.
2. Semakin banyak persyaratan dan peraturan perundang-undangan yang harus dipatuhi organisasi.
3. Pelanggan yang semakin kritis dengan tuntutan mutu produk organisasi yang konsisten atau semakin baik.

2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Klaim Pending

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi berkas klaim yang pending menurut (panduan Praktis Administrasi klaim Faskes BPJS Kesehatan (2014)

1. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
2. Surat perintah rawat inap
3. Resemu medis yang ditandatangani oleh DPJP
4. Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan). misal:
 - a. Laporan operasi
 - b. Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat)pemberian obat khusus
 - c. Perincian tagihan rumah sakit (manual atau automatic billing)
 - d. Berkas pendukung lain yang diperlukan