

**STUDI PROSES PENGAJUAN KLAIM PASIEN BPJS INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KOTA KENDARI TAHUN 2017**

Indrawati Asis L.¹Lisnawaty² Wa Ode Sitti Nurzalmariah A.³
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo¹²³
Indrawatiasis96@gmail.com¹lisnaradhiyah@gmail.com²andisirizalma@yahoo.co.id³

ABSTRAK

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial sebagai tindak lanjut dari pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertujuan untuk pembiayaan kesehatan. Untuk itu, dalam rangka memahami dengan jelas dan lengkap system kesehatan maka perlulah dipahami pula tentang subsistem pembiayaan kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui proses pengajuan klaim pada pasien BPJS Instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari tahun 2017. Penelitian ini menggunakan metode Kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian ini dilakukan di RSUD Kota Kendari. Namun kenyataannya hal ini masih kurang dimengerti dan dipahami sepenuhnya dimana masih terdapat permasalahan antara pelayanan kesehatan yang diterima dengan tuntutan pengajuan klaim dan rumah sakit, yaitu pengajuan klaim tidak sesuai dengan prosedur dan jumlah klaim yang diterima rumah sakit tidak sesuai dengan jumlah yang diklaimkan rumah sakit sehingga menimbulkan masalah bagi RSUD Kota Kendari. Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sangat penting dilakukan. Rekam medis berfungsi sebagai tanda bukti sah yang dimiliki oleh setiap pasien dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Oleh karena itu, rekam medis yang lengkap harus diisi dengan lengkap dan jelas tentang semua pelayanan yang diberikan kepada pasien. Ketidaklengkapan kode diagnosis/tindakan yang berisi tentang data medis pasien akan mempengaruhi proses penentuan dalam klaim BPJS. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa masih terdapat beberapa masalah dalam proses pengklaiman salah satunya adalah ketidaklengkapan berkas klaim dan perbedaan jumlah pembayaran klaim yang diterima oleh rumah sakit.

Kata Kunci: BPJS, Kelengkapan Informasi, Persetujuan Klaim, Pembayaran Klaim

ABSTRACT

Social security provider (BPJS) is a legal entity established by law to administer a social security program as a follow-up of the National Health Insurance (JKN) aimed at health financing. Therefore, in order to understand clearly and complete the health system, it is necessary to understand also about health financing subsystem. The purpose of this study was to investigate the process of claim submission on inpatients of social security provider of General Hospital of Kendari 2017. This study used qualitative method with a descriptive approach. This research was conducted at General Hospital of Kendari. But in fact, this is still not fully understood where there was a problem between health services that received with claims submission and hospitals, ie claims submission not in accordance with the procedure and the number of claims received by the hospital does not match the amount claimed by the hospital so that causing problems for general hospital of Kendari. Completeness of medical record document filling was very important. Medical records serve as a legal proof that every patient has and can be legally accountable. Therefore, a complete medical record should be filled in completely and clearly about all services provided to the patient. The incompleteness of the diagnosis / action code that contains the patient's medical data will affect the determination process in the BPJS claim. The result shows that there are still some problems in the submission process, one of them is the incomplete claims file and the difference amount of claims payment received by the hospital.

Keywords: BPJS, Completeness of Information, Claim Approval, Claim Payments

PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bahwa sistem jaminan sosial nasional merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. Sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) ditetapkan bahwa operasional BPJS Kesehatan dimulai sejak tanggal 1 Januari 2014¹.

BPJS terdiri dari BPJS kesehatan dan BPJS ketenagaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Peserta BPJS kesehatan dibagi menjadi dua kelompok, yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan dan bukan PBI jaminan kesehatan. PBI adalah peserta jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayar oleh pemerintah sebagai peserta program jaminan kesehatan.

BPJS Kesehatan bekerjasama dengan rumah sakit yang ada, baik milik pemerintah maupun swasta untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan membuat Perjanjian Kerja Sama (PKS). Perjanjian Kerja Sama antara pihak adalah suatu hubungan hukum yang resmi dan sah, yang mencakup hak dan kewajiban para pihak yang harus dipatuhi selama masa perjanjian. Rumah sakit berperan sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) rujukan atau tingkat lanjutan pada masa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjelaskan bahwa rumah sakit berhak menerima pembayaran klaim atas pelayanan yang diberikan kepada peserta, dan BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim kepada faskes atau PPK.

BPJS kesehatan sebagai perusahaan asuransi tidak langsung membayar biaya pelayanan yang telah ditagihkan fasilitas kesehatan BPJS kesehatan selaku asuransi sosial kesehatan mempunyai ketentuan, persyaratan, dan prosedur yang harus dipenuhi oleh pihak pengaju yaitu fasilitas kesehatan. Mulai dari pengumpulan berkas, administrasi harus lengkap pengisian formulir pengajuan dan lain-lain. Apabila semua ketentuan, persyaratan dan prosedur dipenuhi oleh pihak provider, setelah itu baru akan dibayar oleh BPJS Kesehatan. Hal ini dilakukan oleh seluruh

perusahaan asuransi begitu juga BPJS kesehatan untuk meminimalisir terjadinya fraud atau kecurangan².

Klaim adalah tagihan atas biaya pelayanan kesehatan bagi peserta asuransi kesehatan yang diajukan baik secara perorangan maupun kolektif oleh PPK. Agar rumah sakit dapat segera menerima pembayaran atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta, maka pihak rumah sakit harus melakukan penagihan klaim kepada BPJS Kesehatan. Proses klaim rumah sakit dimulai dari melengkapi berkas dokumen sebagai syarat pengajuan klaim oleh petugas coding rumah sakit, lalu berkas klaim diverifikasi oleh verifikator di BPJS Cabang. Verifikasi adalah meneliti, memeriksa kelengkapan, keabsahan dan kelayakan klaim yang diajukan. Setelah dilakukan verifikasi, berkas klaim dikirim ke Kantor Cabang atau Kantor Operasional Kabupaten atau Kota BPJS Kesehatan. Berkas klaim yang sampai di Kantor Cabang BPJS Kesehatan disetujui oleh Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan (MPKR) untuk diserahkan ke unit keuangan. Kemudian staf unit keuangan membuat Surat Perintah Membayar (SPM) yang ditandatangani oleh Kepala Unit Keuangan dan Kepala Cabang. Setelah berkas klaim dan SPM disetujui oleh Kepala Cabang, barulah SPM diserahkan ke bank yang bekerjasama untuk dilakukan pembayaran ke rekening fasilitas kesehatan³.

Kelengkapan berkas dokumen menjadi bagian penting dalam proses klaim. Apabila pihak rumah sakit dapat memenuhi kelengkapan dokumen, maka kemungkinan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Ada beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim, yaitu sebagai berikut: formulir pengajuan klaim, softcopy luaran aplikasi, kwitansi asli bermaterai, bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga, dan kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim. Kelengkapan informasi sangatlah penting oleh karena itu petunjuk verifikasi klaim disusun secara khusus dengan tujuan untuk dapat menjadi acuan bagi verifikator BPJS Kesehatan maupun bagi fasilitas kesehatan dalam rangka menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan⁴.

Masalah yang lazim ditemukan dalam pelaksanaan prosedur klaim adalah permasalahan berkas klaim, banyaknya klaim susulan, ketidaksesuaian tarif yang diajukan rumah sakit dengan tarif INA-CBGs atau yang dibayarkan BPJS Kesehatan, kejanggalan pengkodean diagnosis penyakit, dan keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan. Oleh karena itu manajemen yang baik penting dilakukan oleh BPJS Kesehatan.

Wawancara dengan kepala ruang Chesmix klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari

Proses pengklaiman di RSUD Kota Kendari adalah sebagai berikut: pasien masuk ke rumah sakit memperlihatkan kartu BPJS, membawa surat rujukan dari puskesmas dan melengkapi berkas administrasi pasien seperti KTP, Kartu Keluarga selanjutnya dibawa ke BPJS cabang untuk pembuatan SEP (Surat Eligibilitas Peserta), Pasien BPJS yang tidak lengkap datanya akan diberi waktu 2x24 jam untuk melengkapi data tersebut. Setelah itu Pasien yang sudah melengkapi formulirnya akan di arahkan Ke IGD dan dibawa diruang perawatan.

Wawancara dengan kepala ruang Chesmix proses klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari masih terdapat masalah atau hambatan dalam proses pengklaiman yaitu adanya data administrasi kelengkapan pasien yang tidak sesuai seperti: nama, nomor kartu, nomor SEP, nomor rekam medis, tanggal masuk, tanggal keluar, diagnose, tindakan, dan masih pasien yang tidak membawa kelengkapan berkas administrasi seperti KTP, kartu keluarga dan lain-lain. Sehingga petugas BPJS kesehatan memberi waktu kepada pasien 2x24 jam melengkapi berkas dan masalah lain yang sering terjadi yaitu jumlah besaran dana yang diklaim oleh rumah sakit dan jumlah dana yang dibayarkan oleh BPJS pusat tidak sama, yang dimana jumlah dana yang dibayarkan oleh BPJS pusat ke rumah sakit lebih sedikit dibandingkan dengan jumlah dana yang diklaimkan oleh rumah sakit tersebut. Biasanya faktor yang mengakibatkan perbedaan tersebut adalah klaim tersebut tidak memenuhi syarat pengklaiman, dan pada unit rawat inap itu menggunakan sistem paket yang biasanya sistem paket tersebut tidak cukup sehingga menimbulkan kerugian bagi pihak rumah sakit yang bersangkutan. Kerugian yang dirasakan dari rumah sakit ialah tidak tergantinya biaya yang telah dikeluarkan rumah sakit untuk biaya pasien yang telah mereka keluarkan dan kerugian yang didapatkan dari pihak BPJS adalah adanya komplain dari pihak rumah sakit yang menyebabkan tidak tercapainya target dari BPJS

METODE

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan "*Deskriptif*". Data diperoleh dengan menggunakan metode observasi, wawancara dan pengumpulan berkas data. Hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan metode "*content analysis*"⁴. Penelitian ini diajukan untuk mengetahui proses pengajuan klaim pada pasien BPJS Kesehatan Instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari tahun 2017.

Dalam penelitian ini, peneliti berperan sebagai instrument utama penelitian, dimana informan kunci yaitu kepala ruang chesmix dan petugas BPJS cabang. Informan biasa ialah dokter, petugas verifikasi dan

petugas entri data sebagai instrumen pendukung dengan menggunakan alat bantu panduan wawancara, alat rekam, serta panduan observasi. Peneliti berperan sebagai pengamat untuk mengobservasi. Jenis data yang dikumpulkan adalah data kualitatif yaitu data yang diperoleh dari objek penelitian dalam bentuk informasi baik secara lisan maupun tulisan seperti struktur organisasi dan pembagian tugas. Sumber data yang digunakan dalam penelitian inidata primer Data primer yaitu data yang diperoleh dari objek penelitian. Data jenis ini diperoleh dari observasi, wawancara, dan konsultasi terhadap pihak-pihak yang bersangkutan. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari data yang dimiliki oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari yaitu berupa dokumen-dokumen pendukung penelitian serta sumber-sumber lainnya berupa Sistem pengajuan dan pembayaran klaim, dokumen yang diperoleh sepanjang penelitian.

HASIL

Dalam penelitian ada dua variable yang diteliti terkait proses pengelolaan klaim pasien BPJS Kesehatan instalasi Rawat Inap yakni fasilitas kesehatan yang berupa berkas klaim dan verifikasi BPJS yang berupa verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan dan verifikasi menggunakan software verifikasi. Adapun hasil penelitian ditinjau dari lokasi penelitian sebagai berikut :

Fasilitas Kesehatan

Pada fasilitas kesehatan yang diteliti hanya pada berkas klaim, dikarenakan dalam proses pengklaiman proses awal yang dilakukan yaitu proses pengecekan berkas pengklaiman yang dilakukan di fasilitas kesehatan yaitu rumah sakit, mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar.

Berkas klaim

Berkas klaim adalah semua data dan informasi mengenai identitas, surat perintah rawat inap, SEP, dan resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur pelayanan kesehatan serta di tanda tangani oleh dokter penanggung jawab pasien.

Untuk mengetahui kelengkapan berkas klaim RSUD Kota Kendari sebagai fasilitas kesehatan sekaligus mitra dari BPJS Kesehatan, maka dapat diukur melalui indikator seperti pemenuhan persyaratan berkas klaim. Agar klaim dari rumah sakit dapat dibayarkan oleh BPJS cabang, maka rumah sakit perlu melengkapi berkas pengklaiman seperti rekam medis pasien, seperti hasil wawancara dari kepala ruang Chesmix di bawah.

"Data-data yang diruang Chesmix pasien itu yang pertama identitas pasien, nama, umur, jenis kelamin, nomor ruang Chesmix data pada saat masuk pasien mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik yang

didapat serta terapi rencana pemeriksaan selanjutnya apa yang akan di lakukan". (RZ, Kepala Ruang Chesmix)

Selain itu informan menambahkan mengenai apa saja yang harus ada dalam rekam medis pasien, beliau mengatakan bahwa :

"Yang harus ada dalam rekam medis itu catatan perjalanan penyakit pasien selama di rawat di rumah sakit, data datanya seperti : nama, nomor rekam medis, alamat, tanggal lahirnya, nomor kartu BPJS, nomor SEP-nya terus diagnosa dan tindakannya apa yang di lakukan dokter, rincian kwitansi misalnya rincian umumnya rujukan, SEP, KTP, kartu BPJS atau Kartu KIS, kartu keluarga, ringkasan masuk dan keluar, resume, ruang transfusi, operasi, tunjangan perawat, bila tidak ditanda tangan oleh dokter harus dikembalikan dan di tanda tangani oleh dokter. Lalu dikembalikan lagi diruang perawatan, yang tidak lengkap dikembalikan diruangan perawatan biasanya dituliskan dikertas lalu dimasukkan ke ruang perawatan, karena di profais ditutup diresumenya lalu di isi, dilaporan operasi, ini harus ada laporan operasinya serta laporan tindakan. Itu buat penyaringan dulu tugasnya dari rumah sakit bila orang BPJS itu hanya legalisasi pihak BPJS, dicek apakah kartunya masih aktif atau ktpnya tidak ada, misalnya peserta sudah dibuatkan penjaminannya tinggal BPJS yang legalisasi atau dicek kembali. Pemeriksaan penunjang harus lengkap seperti pemeriksaan lab ada hasil labnya bila difoto ada hasil fotonya dan jika operasi ada laporannya". (RZ, Kepala Ruang Chesmix)

Pendapat itu didukung oleh dokter spesialis di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari dimana dalam proses pengklaiman diperlukan rekam medis pasien, yang mengatakan bahwa:

"Data yang harus diisi ituyang pertama identitas pasien, nama, umur, jenis kelamin, nomor ruang rekam medik terus data pas masuk pasien, mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik yang didapat terus terapi rencana pemeriksaan selanjutnya apa yang di lakukan". (D, dokter spesialis)

Selain itu informan menambahkan bahwa :

"Kalau tidak lengkap datanya pasti dalam penginputan akan bermasalah datanya, makanya itu biasa pasien dikasih waktu buat melengkapi datanya 2x24 jam bagi pasien yang belum lengkap datanya. Kalau masalah data-datanya pasien itu harus memang dilengkapi". (D, dokter spesialis)

Berkas yang dibutuhkan dalam proses pengklaiman ada bermacam-macam, seperti yang dijelaskan oleh kepala ruang Chesmix berikut ini :

" Berkas pasien, lalu foto copy bpjs, foto copy kartu keluarga, semua berkas-berkas pengklaiman yang ada diberkas yang diklaim. Data ruang Chesmix pasien dan laporan individual pasien. Kalau data

ruang Chesmix pasien itu seperti identitas pasien, nama, umur, jenis kelamin, nomor ruang Chesmix. Terus kalau laporan individual pasien itu foto copy kartu bpjs, foto copy ktp, foto copy kartu keluarga". (RZ, Kepala Ruang Chesmix)

Informan juga menambahkan mengenai proses pengajuan berkas klaim yang dilakukan di RSUD Kota Kendari, berikut pemaparannya :

"Langkah-langkahnya mulai dari perawatan lalu memasukkan berkas, berkas di bawa ke ruang Chesmix terus berkas diinput di aplikasi namanya aplikasi INA-CBGs, diberikan INA-CBGs dalam satu bulan, lalu dibawa ke BPJS Cabang" (RZ, Kepala Ruang Chesmix).

Dalam proses pengklaiman terdapat proses verifikasi yang dilakukan oleh pihak verifikator BPJS, seperti hasil wawancara dari kepala ruang Chesmix berikut ini:

"Yang melakukan verifikasi pihak BPJS. Jadi setiap bulan dicek secara satu persatu kelengkapan berkas pasien". (RZ, Kepala Ruang Chesmix)

Surat Elegibilitas Pasien (SEP) merupakan salah satu syarat yang harus dimiliki oleh pasien peserta BPJS Kesehatan apabila biaya pengobatannya ingin ditanggung oleh pihak BPJS Kesehatan. Hal ini sesuai dengan yang tertera di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Bab IV terkait Pelayanan Kesehatan, Bagian Ketentuan Umum, pada poin 10 yang isinya:

Status kepesertaan pasien harus dipastikan sejak awal masuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Bila pasien berkeinginan menjadi peserta JKN dapat diberi kesempatan untuk melakukan pendaftaran dan pembayaran iuran peserta JKN dan selanjutnya menunjukkan nomor identitas peserta JKN selambat-lambatnya 3 x 24 jam hari kerja sejak yang bersangkutan di rawat atau sebelum pasien pulang (bila pasien dirawat kurang dari 3 hari). Jika sampai waktu yang telah ditentukan pasien tidak dapat menunjukkan nomor identitas peserta JKN maka pasien dinyatakan sebagai pasien umum.

Pendapat tersebut didukung oleh kepala ruang Chesmix di RSUD Kota Kendari mengenai pentingnya kepemilikan SEP (Surat Eligibilitas Peserta) dalam proses pengklaiman, yang mengatakan bahwa :

"Iya harus ada,karena itu yang bisa jadi jaminan bahwa peserta tersebut memang peserta BPJS". (RZ, 25 tahun)

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa kelengkapan berkas klaim sangat diperlukan dalam proses pengklaiman, agar proses pengklaiman berjalan lancar maka berkas rekam medis pasien seperti identitas pasien, nama, umur, jenis kelamin, nomor rekam medik dilengkapi agar proses

pengklaiman tidak terjadi hambatan dan kendala. Jika berkas klaim tersebut telah lengkap maka pihak rumah sakit dapat mengeluarkan SEP atau surat eligibilitas peserta, setelah itu dilakukan proses verifikasi berkas klaim.

Verifikasi berkas klaim dimulai dari pengumpulan berkas pasien hingga entry data klaim yang dilakukan menghasilkan keluaran klaim berupa file TXT yang akan dikirimkan kepada pihak BPJS Kesehatan. Pengumpulan berkas pasien bertujuan untuk penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang merupakan salah satu syarat untuk verifikasi berkas klaim yang akan diajukan kepada BPJS Kesehatan. Berkas klaim yang di verifikasi meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta tanda tangan dokter penanggung jawab pasien. Setelah berkas diverifikasi, diteliti kesesuaian berkas klaim antara surat eligibilitas peserta dengan data yang diinput kedalam aplikasi INA CBGs. Apabila terjadi ketidaksesuaian data maka berkas dikembalikan ke pihak RS untuk di lengkapi. Data pasien harus lengkap agar pada proses penginputan data tidak terjadi masalah. Pasien diberi waktu 2x24 jam untuk melengkapi data-data yang tidak lengkap tersebut. Jika data tersebut tidak dilengkapi maka proses pengklaiman selanjutnya akan terhambat.

Verifikator BPJS

Dalam proses verifikator BPJS Kesehatan terdapat empat tahapan yang harus dilakukan yaitu verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan dan verifikasi menggunakan software verifikasi. Proses pengklaiman akan berjalan lancar jika dalam ke empat proses tersebut juga berjalan lancar tanpa hambatan apapun. Maka dapat dilihat proses ke empat verifikasi tersebut dari hasil wawancara yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari.

Verifikasi administrasi kepesertaan dilakukan proses kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs. Dari hasil wawancara yang didapat proses verifikasi yang dilakukan di RSUD Kota Kendari dilakukan oleh pihak rumah sakit, berikut paparannya:

"Pihak rumah sakit, dalam hal ini di lakukan di ruang pendaftaran. Penerbitan SEP. kalau verifikasi itu orang BPJS cabang. Verifikator itu yang sudah ada SK nya dari kantor pusat yang menyatakan bahwa dia verifikator. Kalo untuk BPJS itu tapi kalo rumah sakit ada sendiri dia tim nya, mereka bikinkan SK direktur rumah sakitnya. Untuk BPJS itu ada juga SK dari PPSDM dari kantor pusat. Seperti itu". (RZ, Kepala Ruang Chesmix)

Informan menambahkan mengenai kelengkapan dari verifikasi administrasi kepesertaan yaitu :

"SEP ditandatangani pasien, laporan individual, billing RS, rincian pasien umum, ringkasan masuk dan keluar pasien di isi lengkap, resume medis diisi lengkap, kartu JKN-KIS dan kartu identitas termasuk berkas lainnya, surat rujukan pasien jika pasien dirujuk, laporan polisi jika pasien kecelakaan, berkas penunjang medis (hasil lab, dan operasi), persetujuan komite medis bagi klaim level 3, Kelengkapan pengajuan seperti FPK, Kwintasi, Berita Acara, dan Berkas Klaim. ". (RZ, Kepala Ruang Chesmix)

Di dalam verifikasi administrasi kepesertaan terdapat program untuk proses pengklaiman seperti yang dijelaskan oleh kepala ruang Chesmix berikut ini:

"Programnya itu, program SEP itu yang dari BPJS cabang terbitkan yang di instal memang dari BPJS cabang, terus di tempatkan di rumah sakit rumah sakit yang berkerja sama dengan BPJS. Itu program untuk administrasi, programnya dalam bentuk TXT, kemudian dirubah ke dalam bentuk xl. Trus dikirim ke BPJS cabang diliat semua data kalau sudah sesuai dengan yang dalam berkas dengan SEP-nya kalau sudah sesuai. Programnya INA CBG's. itu dalam bentuk TXT dan lewat telegram juga, kalau pake flash bisa bervirus kalau telegram bisa langsung terkirim dan datanya aman". (RZ, kepala ruang Chesmix)

Informan juga menambahkan mengenai permasalahan yang dihadapi dalam proses verifikasi administrasi berikut ini :

"Kalau verifikasi admistrasi sebenarnya.. dia disini masih agak mudah. karena kita masih menetap dirumah sakit masih bisa tanya-tanya pasien, tetapi.. kalau misalnya sekarang Rumah Sakit yang sudah predikah, itu semua BPJS sudah tidak dirumah sakit. Jadi kita itu bisa ceknya langsung dengan mengkonfirmasi langsung oleh pasiennya jadi, harus ada nomer handphone di cantumkan di berkasnya nanti pada saat diajukan.. rekam medisnya harus ada nomor hp jadi kita bisa langsung ke pasien, karena biasanya ada pasien mengakunya kecelakaan apa.. tapi ternyata kecelakaan tunggal padahal ternyata dia itu tabrakan makanya harus ada laporan polisi. Kalau sekarang disini masih bisa kita cek langsung karena kita masih dapat pasien kalau ada yang tidak sesuai berkas begini sudah dibuat oleh pihak rumah sakit kalau tidak sesuai kita bisa menanyakansendiri ke pasiennya, kalau pihak BPJS sudah tidak disini.. nanti lewat via telfon" (RZ, kepala ruang Chesmix)

Berdasarkan hasil penelitian bahwa Setelah berkas diverifikasi, diteliti kesesuaian berkas klaim antara surat eligibilitas peserta dengan data yang diinput kedalam aplikasi INA CBGs dalam bentuk file TXT dan diubah dalam bentuk xl. Apabila terjadi

ketidaksesuaian data maka berkas dikembalikan ke pihak RS untuk di lengkapi. Kesesuaian berkas juga dilihat dari coding yang dilakukan, apakah diagnosis yang dimasukkan kedalam aplikasi sesuai dengan diagnosis yang diberikan oleh dokter apa tidak. Jika semua data sudah dilengkapi data pengklaiman tersebut dikirim kembali ke BPJS cabang.

Proses selanjutnya adalah proses verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi administrasi pelayanan dilakukan proses mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan termasuk kelengkapan dan keabsahan berkas. Proses yang dilakukan dalam verifikasi administrasi pelayanan seperti hasil wawancara dari informan berikut ini :

“Pasien mendaftar di ruang kartu, terus ke loket BPJS terus di terbitkan SEP. kalau setelah SEP terbit pasien ke poli yang di mana dia tuju, setelah di poli dia masuk pasiennya menyerahkan SEP-nya terus di tinggal di poli. Setelah menyerahkan SEP pasien tersebut keluar dari poli dan terus ambil obat di apotik. Berkas SEP yang dari pasien yang berada di poli di setor di ruang chesmix pada jam 1 setelah pelayanan selesai perhari. Setelah SEP ada di ruang chesmix data tersebut di input kedalam aplikasi INA CBG’s. Setelah di input pada akhir bulannya itu pada tanggal 30 di lakukan verifikasi, setelah itu data dikirim melalui telegram disesuaikan datanya jika tidak sesuai. Kalau tidak sesuai dikasi kembali kalau ada nomor SEP yang kurang biasa ada yang kurang, ada aplikasinya di BPJS itu, langsung otomatis muncul dan dikirim kembali ke rumah sakit supaya perbaiki, trus kalau sudah diperbaiki dikirim lagi, kalau sudah cocok dan seterusnya sampai terbit EPK-nya sehingga di bayarkan oleh BPJS cabang”. (RZ, kepala ruang Chesmix)

Dalam proses verifikasi administrasi pelayanan ada beberapa hal yang perlu dilengkapi agar proses pengklaiman dapat berjalan dengan lancar, seperti yang dijelaskan oleh informan berikut ini :

“Surat Rujukan, kartu BPJS, KTP sama kartu keluarga. Terus SEP ditandatangani pasien, laporan individual, billing RS, rincian pasien umum, ringkasan masuk dan keluar pasien diisi lengkap, resume medis diisi lengkap, kartu JKN-KIS dan kartu identitas termasuk berkas lainnya, laporan polisi jika pasien kecelakaan, berkas penunjang medis (hasil lab, hasil foto rontgen, hasil USG dan operasi), persetujuan komite medis bagi klaim level 3, Kelengkapan pengajuan seperti FPK, Kwintasi, Berita Acara, dan Berkas Klaim”. (RZ, kepala ruang Chesmix)

Tahapan selanjutnya dilakukan verifikasi administrasi pelayanan yang dimana dilakukan proses yang sangat panjang mulai dari pasien masuk, mendaftar dan mengumpulkan semua berkas yang dibutuhkan seperti Surat Rujukan, kartu BPJS, KTP

sama kartu keluarga, sampai keluarnya nomor SEP dan dilakukan tahap selanjutnya sampai pada dilakukannya verifikasi pada akhir bulan. Verifikasi administrasi pelayanan bertujuan untuk melihat status klaim yang diajukan apakah layak secara administrasi, tidak layak atau pending dan bertujuan untuk menghindari terjadinya eror verifikasi dan potensi double klaim. Dalam proses verifikasi administrasi pelayanan biasanya terjadi ketidak lengkapan pengisian berkas yang menyebabkan penundaan pembayaran klaim oleh BPJS cabang. Jika terjadi ketidak lengkapan maka berkas klaim akan dikirim kembali ke rumah sakit untuk diperbaiki atau dilengkapi, setelah semua berkas telah lengkap maka pihak rumah sakit kembali mengirim berkas-berkas tersebut ke BPJS cabang.

Tahap selanjutnya adalah verifikasi pelayanan. Verifikasi pelayanan dilakukan proses membandingkan data identitas peserta dengan identitas pada bukti pelayanan dan memastikan kesesuaian diagnose atau prosedur yang diklaimkan. Proses verifikasi pelayanan memiliki beberapa tahapan mulai dari pasien masuk sampai pada terbitnya EPK sehingga klaim dibayarkan oleh BPJS Kesehatan cabang. Ha tersebut sesuai dengan hasil wawancara dari kepala ruang Chesmix berikut ini :

“Pasien mendaftar di ruang kartu, terus ke loket BPJS terus di terbitkan SEP. kalau setelah SEP terbit pasien ke poli yang di mana dia tuju, setelah di poli dia masuk pasiennya menyerahkan SEP-nya terus di tinggal di poli. Setelah menyerahkan SEP pasien tersebut keluar dari poli dan terus ambil obat di apotik. Berkas SEP yang dari pasien yang berada di poli di setor di ruang chesmix pada jam 1 setelah pelayanan selesai perhari. Setelah SEP ada di ruang chesmix data tersebut di input kedalam aplikasi INA CBG’s. Setelah di input pada akhir bulannya itu pada tanggal 30 di lakukan verifikasi, setelah itu data dikirim melalui telegram disesuaikan datanya jika tidak sesuai. Kalau tidak sesuai dikasi kembali kalau ada nomor SEP yang kurang biasa ada yang kurang, ada aplikasinya di BPJS itu, langsung otomatis muncul dan dikirim kembali ke rumah sakit supaya perbaiki, terus kalau sudah diperbaiki dikirim lagi, kalau sudah cocok dan seterusnya sampai terbit EPK-nya sehingga di bayarkan oleh BPJS cabang”. (RZ, kepala ruang Chesmix)

Dalam proses verifikasi pelayanan terdapat beberapa berkas yang diverifikasi. Seperti yang dijelaskan kepala ruang chesmix berikut ini :

“Itu di ruang kartu setelah di setor KTP atau kartu keluarga dan kartu BPJS-nya semua di cocokan, memang dia punya kartu BPJS atau tidak, kan banyak kasus yang pake kartunya orang”. (RZ, 25 tahun)

Informan menambahkan mengenai permasalahan yang dihadapi dalam proses verifikasi pelayanan sebagai berikut :

Masalah biasanya... kode diagnosa penyakitnya biasa tidak sesuai, karena biasa di kode lalu tidak sesuai dengan penunjang, jadi dikembalikan, dikonfirmasi kembali ke dokter memang ini tidak sesuai lalu diteruskan.. diganti, dilengkapi ataudipending, kalau dipending diajukan ke yang lebih ahli untuk kode diagnosa seperti itu, nanti.. disesuaikan hasil keputusan tim, namanya DPM (Dewan Pertimbangan Medis).. misalnya ada masalah-masalah diagnosa yang kami, verifikasi dan pihak rumah sakit yang tidak sesuai masalah diagnosa kami pending berkasnya.. lalu kami ajukan ke DPM nanti DPM yang menentukan kalau misalnya DPM disini tidak bisa, nanti kami ajukan ke DPM Divre di makassar, kalau tidak bisa.. maka dibawa ke pusat di jakarta..Contohnya, tanda tangan dari dokternya tidak ditanda tangani lalu diagnosa.. diagnosa yang tidak jelas, itu kendalanya.

Tahapan selanjutnya dilakukan verifikasi pelayanan yang tidak jauh beda dengan verifikasi administrasi pelayanan dimana dilakukan proses yang sangat panjang mulai dari pasien masuk dan mendaftar sampai keluarnya nomor SEP sampai dilakukannya verifikasi pada akhir bulan. Verifikasi administrasi pelayanan bertujuan untuk melihat status klaim yang diajukan apakah layak secara administrasi, tidak layak atau pending dan bertujuan untuk menghindari terjadinya eror verifikasi dan potensi double klaim. Dalam proses verifikasi administrasi pelayanan biasanya terjadi ketidak lengkapan pengisian berkas yang menyebabkan penundaan pembayaran klaim oleh BPJS cabang. Jika terjadi ketidak lengkapan maka berkas klaim akan dikirim kembali ke rumah sakit untuk diperbaiki atau dilengkapi. Yang membedakan antara verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan terletak pada berkas yang diverifikasi, di mana dalam verifikasi pelayanan yang dilakukan yaitu mencocokkan KTP, kartu keluarga dan kartu BPJS, apakah pasien tersebut memang memiliki kartu atau tidak.

Proses verifikasi selanjutnya adalah verifikasi menggunakan *software verifikasi*. Verifikasi Menggunakan *Software Verifikasi* adalah kegiatan penilaian berkas klaim dengan menggunakan software INA CBGs. Software yang dimaksud oleh peneliti adalah jenis aplikasi pendukung yang digunakan oleh petugas terkait dengan pengelolaan klaim BPJS di RSUD Kota Kendari jenis aplikasi yang digunakan untuk pengelolaan klaim BPJS Kesehatan adalah aplikasi yang digunakan oleh petugas coding (*grouping*) untuk melakukan perhitungan biaya klaim BPJS yaitu aplikasi INA CBGs versi 4.0. Aplikasi lain yang digunakan adalah

oleh petugas verifikasi BPJS yaitu aplikasi pembuatan SEP dan aplikasi verifikasi klaim. Hal tersebut sesuai dengan hasil wawancara dengan informan berikut ini :

"Iya menggunakan, software yang digunakan dalam proses pengajuan klaim adalah aplikasi INA CBGs versi 4.0. Software verifikasi itu yang di gunakan oleh pihak BPJS. Software verifikasi di gunakan karena jumlah pasien yang banyak, kalau tidak memakai software itu tidak mungkin karena pasti penanganan pasien butuh proses yang lama". (RZ, kepala ruang Chesmix)

Informan menambahkan mengenai petugas verifikasi yang menjalankan proses verifikasi sebagai berikut :

"Verifikator di sini dari pihak BPJS cabang sendiri". (RZ, kepala ruang Chesmix)

Dalam proses verifikasi menggunakan software verifikasi terdapat keuntungan dan kerugian masing-masing, seperti yang dijelaskan kepala ruang Chesmix berikut ini :

"Keuntungannya itu proses klaimnya lebih gampang dan cepat yang tidak memakan waktu lama di bandingkan dengan yang manual, juga lebih tepat jika menggunakan software dalam diagnosa atau ada tindakan yang tidak sesuai dengan diagnosa, karena bisanya ada kasus diagnosa lain dan tindakan yang di lakukan juga lain. Kalau di softwrenya itu terbaca kesalahannya. Contohnya kayak syaraf masuk di poli syaraf ada tindakan seperti jahit luka, hal tersebut tidak sesuai harusnya tindakan yang dilakukan seperti psikoterapi.

Kalau kerugiannya itu tergantung lagi jangan sampe jaringan mungkin tidak bagus jadi tidak bisa hitung jumlah tarifnya atau bisa ada juga kendala kendalanya dari rumah sakit. Software itu dia ada pembaharuan karna kan yang bikin software INA CBG's itu bukan BPJS yang bikin itu kemenkes tim dari NCC kantor kementerian kesehatan kalau misalnya biasa ada pembaharuan terus misalnya lama itu lagi yang menjadi kendala di rumah sakit karna tidak bisa mengentry dan mengajukan begitu. Intinya kalau software INA CBG's yang kalian tanyakan itu langsung dibuatnya dari tim NCC tim pembuat tarif dari kementerian kesehatan". (RZ, kepala ruang Chesmix)

Dalam proses verifikasi menggunakan software verifikasi terdapat beberapa masalah seperti yang dijelaskan oleh informan kepala ruang Chesmix berikut ini :

Masalahnya, pada saat melakukan verifikasi. Masalahnya biasa aplikasi error kadang tidak muncul tarif INA CBG's nya. Masalah yang lain masalah penginputan itu biasanya dari perawat belum lengkap jadi menghambat juga verifikasi. Sebenarnya kalau software itu INA CBG's itu di rumah sakit kalau kami cuman terima datanya dari mereka. Kalau misalnya

yang ditanyakan oleh verifikatornya itu kendala verifikasi bukan software, karena kalau kendala verifikasi biasa memang ada kalau dokter tidak isi resume medis. (RZ, kepala ruang Chesmix)

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa software yang digunakan dalam proses pengajuan klaim adalah aplikasi INA CBGs versi 4.0 dan aplikasi lain yang digunakan adalah aplikasi untuk penerbitan SEP dan aplikasi untuk verifikasi klaim. Penggunaan software dirasakan sangat membantu petugas verifikator dalam melakukan verifikasi berkas klaim yang akan diajukan, karena dengan aplikasi ini pihak RS tidak perlu menghitung biaya/tarif untuk setiap tindakan dan pengobatan yang dilakukan karena dengan memasukkan kode diagnosis penyakit maka biaya dari tindakan dan pengobatan tersebut langsung diketahui dan lebih memudahkan penginputan data dengan waktu yang cepat.

Dalam proses verifikasi menggunakan software verifikasi terdapat kelebihan dan kekurangan masing-masing. Kelebihan dari menggunakan software pada proses verifikasi itu salah satunya prosesnya cepat dan tidak memakan waktu lama, sedangkan kerugiannya sendiri itu salah satunya seperti dalam proses penginputan jaringan yang kurang bagus sehingga tidak bisa melihat tarifnya.

Petugas Ruang Chesmix

Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Rekam Medis menyatakan rekam Medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen tentang pasien yang berisi identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis lain pada sarana pelayanan kesehatan untuk rawat jalan, rawat inap baik dikelola pemerintah maupun swasta. Adapun dalam proses pengklaiman perlunya kelengkapan data dari rekam medis pasien agar proses pengklaiman dapat berjalan, adapun data yang perlu dilengkapi dapat dilihat dari hasil wawancara di bawah :

"Foto copy kartu, resume, KTP, kartu keluarga, surat rujukan, SEP, SJP, pengantar opname, terus bukti penunjang seperti tindakan operasi, hasil lab, hasil foto rontgen, hasil USG, kalau kecelakaan hasil laporan polisi". (RZ, kepala ruang Chesmix)

Selain itu informan menambahkan bahwa :

"Yang harus ada itu yang pertama rincian kwitansi misalnya rincian umunya surat rujukan, SEP, KTP, kartu BPJS atau Kartu KIS, kartu keluarga terus ringkasan masuk dan keluar, resume, ruang transfusi, operasi, tunjangan perawat, kalau tidak ditanda tangan sama dokternya berarti dikasih kembali karena harus di tanda tangan dokter. Kasih kembali lagi diruang perawatan. Pokoknya yang tidak lengkap dikasih kembali diruangan, itu buat penyaringan dulu

tugasnya dari rumah sakit kalau orang BPJS itu cuman legalisasi orang BPJS itu dicek apakah kartunya masih aktif atau tidak ada KTP-nya kalau misalnya mereka sudah dibuat penjaminannya nanti BPJS yang legalisasi atau dicek kembali, terus kalau pemeriksaan penunjang harus lengkap kaya pemeriksaan lab ada hasil labnya kalau difoto ada hasil fotonya kalau oprasi ada laporannya". (RZ, kepala ruang Chesmix)

Salah satu penyebab keterlambatan klaim terkait dengan kurangnya data karena tidak lengkapnya isian data dan ruang Chesmix dari pasien seperti yang dijelaskan informan berikut ini :

"Iya salah satunya kendala keterlambatan klaim karena data tidak lengkap, di akibatkan karena data dalam isian ruang Chesmix tidak lengkap". (RZ, kepala ruang Chesmix)

Berdasarkan hasil penelitian didapat informasi bahwa salah satu penyebab keterlambatan dalam proses pengklaiman yaitu karena ketidak lengkapan isi-an data rekam medis. Data yang harus dilengkapi dalam rekam medis sangat beragam yaitu surat rujukan, SEP, KTP, kartu BPJS atau Kartu KIS, kartu keluarga terus ringkasan masuk dan keluar, resume, ruang transfusi, operasi, tunjangan perawat. Semua berkas tersebut harus dilengkapi agar proses pengklaiman selanjutnya tidak terhambat dan tidak terjadi keterlambatan pada proses pembayaran klaim.

BPJS Kesehatan

Dalam proses pengklaiman tahapan terakhir dilakukan oleh pihak BPJS cabang. Pihak BPJS cabang melakukan verifikasi dan menentukan akan membayarkan klaim yang diajukan oleh pihak rumah sakit atau tidak. Jika semua berkas yang diberikan rumah sakit sudah dilengkapi maka pihak BPJS Cabang akan membayarkan klaim, tetapi jika berkas belum lengkap maka pihak BPJS Cabang akan mengembalikan berkas ke pihak rumah sakit untuk dilengkapi kembali. Dokumen yang dilengkapi oleh rumah sakit dapat dilihat dari hasil wawancara petugas BPJS Cabang berikut ini :

"Kalau proses pengklaiman data yang harus di lengkapi yang pertama formulir kode, yang di isi oleh dokter diagnosa apa setelah itu ada pihak yang mengkode dan kode tersebut yang di ajukan. Terus resume medis foto copy, kalau ada apa laporan operasi, fotocopy laporan operasi atau tindakan lain upaya selain operasi terus ada yang namanya laporan individual itu keluaran dari aplikasi INA CBG's. Laporan individual tersebut yang dilakukan untuk verifikasi, kode apa yang di input apakah sesuai dengan diagnosa dokter, terus BIL rumah sakit atau tarif rumah sakit atau total biayanya pasien dan jaminan SEP atau surat elegibilitas peserta, dilengkapi juga berkasnya pasien di lengkapi fotocopy KTP atau kartu keluarga". (R, petugas BPJS Cabang)

Informan menambahkan mengenai proses pembayaran klaim yang diajukan oleh rumah sakit sebagai berikut :

"Kalau proses pembayaran itu sesuai dengan permenkes yaitu 15 hari kerja setelah berkas di terima lengkap di cabang. Jadi umpamanya hari ini rumah sakit memasukkan klaim berarti 15 hari kedepan baru di bayarkan ke rumah sakit, itu ada di permenkes. Jika ada data yang belum lengkap, maka belum di hitung 15 hari. Nanti setelah data tersebut lengkap baru mulai terhitung 15 hari". (R, petugas BPJS Cabang)

Berdasarkan hasil penelitian didapat informasi bahwa BPJS Cabang membayarkan klaim dari RS apabila seluruh data telah dilengkapi, jika terjadi ketidaklengkapan maka data tersebut dikembalikan kepihak rumah sakit untuk dilengkapi. Setelah semua data lengkap barulah pihak BPJS cabang akan membayarkan klaim yang diajukan oleh rumah sakit. Untuk mekanisme pembayaran klaim ada perbedaan antara FKTP dengan FKRTL. Untuk FKRTL, BPJS Kesehatan akan membayarkan klaim dengan sistem paket INA CBGs dan di luar paket INA CBGs.

DISKUSI

Proses Verifikasi berkas klaim pada fasilitas kesehatan pasien BPJS kesehatan Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Tahun 2017.

Dalam keberhasilan pengajuan klaim pasien BPJS yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari ini sangat dibutuhkan kerja keras yang tinggi dalam proses melakukannya. Karena manajemen yang baik akan mendapatkan hasil yang memuaskan dan sebaliknya apabila manajemen yang tidak baik dalam melakukan pengelolaan berupa laporan keuangannya pada piutang pasien BPJS akan mendapatkan resiko yang besar.

Pengajuan klaim rawat inap di rumah sakit Umum Daerah Kota Kendari pertama-pertama rumah sakit mengentry data berkas klaim ke software INA-CBGs dalam bulanan. Setelah selesai pengentry-an berkas klaim ke BPJS untuk verifikasi jika ada berkas atau *coding* INA CBGs yang tidak sesuai maka pihak verifikasi BPJS menyerahkan berkas ke rumah sakit untuk dilengkapi. Jika sudah dinyatakan lengkap dan tidak ada permasalahan kekurangan kelengkapan dalam coding maka rumah sakit memberikan kembali berkas yang sudah di verifikasi tersebut ke BPJS kemudian BPJS akan membayar sebesar nilai yang tertulis di berkas tersebut.

Verifikasi Berkas Klaim

Proses verifikasi berkas klaim dimulai dari pengumpulan berkas klaim pada saat pasien mendaftar sampai dengan pengajuan berkas klaim ke petugas verifikasi BPJS. Pada tahap awal, petugas verifikasi akan memeriksa kelengkapan berkas yang

dibawa oleh pasien apabila berkas yang dibawa oleh pasien sudah lengkap, maka petugas BPJS akan membuat Surat Eligibilitas Peserta.

Kemudian pasien melakukan pendaftaran kembali dengan membawa SEP ke loket pendaftaran rumah sakit. setelah melakukan pendaftaran di loket rumah sakit, pasien langsung menuju poli yang dituju tanpa membawa berkas apa-apa. Berkas yang ada di loket pendaftaran rumah sakit akan dilakukan pengecekan kepesertaan terlebih dahulu dibagian rekam medis. Setelah semuanya lengkap maka berkas tersebut akan dikirimkan ke poli masing-masing oleh kurir yang ada jadi pasien untuk mendapatkan pelayanan tidak membawa berkas ke poli.

Dari pelayanan yang diperoleh dikeluarkan berkas yang terkait dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien diantaranya bukti tindakan, diagnosa, resep obat dan tandatangan dokter yang merawat. Data tersebut tercantum dalam resume medis dan jika resume medis tersebut belum terisi dengan lengkap, maka resume medis akan dikembalikan kepada dokter yang merawat untuk diisi kembali dengan lengkap. Proses selanjutnya adalah melakukan *coding* untuk menemukan jumlah tarif yang harus dibayarkan oleh pihak BPJS. Berkas dari poli dikirim kebagian ruang chesmix setiap harinya paling lambat jam 1 siang, lalu dilakukan pengcodingan oleh petugas *coding*. Pengcodingan paling cepat selama 2 hari hal ini karena jumlah pasien yang banyak sehingga membutuhkan waktu yang lama untuk melakukan *coding*. Setelah pengcodingan selesai berkas dikirim ke bagian administrasi klaim untuk dilakukan pengentryan ulang berkas.

Hambatan yang biasanya menyebabkan berkas klaim lama pada saat pengcodingan adalah ketinggalan tanda tangan dokter yang membuat bagian coding harus mencari dokter terlebih dahulu dan lama pada saat pengcodingannya. Keluaran yang dihasilkan dari proses entry klaim adalah data berupa *softcopy* (TXT file) dan *hardcopy* (laporan individu pasien) yang akan diberikan ke petugas verifikasi BPJS untuk dilakukan verifikasi klaim JKN. Berkas dikirim ke pihak BPJS setiap tanggal 15 dibulan berikutnya. Tetapi pada kenyataan di rumah sakit selalu terjadi keterlambatan pengiriman klaim ke pihak BPJS. Biasanya pihak RS baru mengirimkan berkas ke pihak BPJS pada akhir bulan berikutnya. Dengan terjadinya keterlambatan pengiriman oleh pihak RS maka pembayaran yang dilakukan oleh pihak BPJS juga akan terlambat. Kelengkapan berkas merupakan salah satu persyaratan untuk pengelolaan klaim. Jika berkas yang akan diverifikasi tidak lengkap maka akan menyebabkan pengelolaan klaim akan terganggu. Berkas yang harus disediakan tersebut adalah berkas yang dibawa pasien untuk melakukan

pendaftaran administrasi yaitu KTP/KK, Surat Rujukan dan Kartu Peserta.

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa verifikasi berkas klaim dimulai dari pengumpulan berkas pasien hingga *entry* klaim dilakukan yang menghasilkan keluaran klaim berupa *TXT* yang akan dikirimkan kepada pihak BPJS Kesehatan. Pengumpulan berkas pasien bertujuan untuk penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang merupakan salah satu syarat untuk verifikasi berkas klaim yang akan diajukan kepada BPJS Kesehatan. Setelah berkas terkumpul maka dilakukan pemeriksaan berkas klaim dan dilakukan pengkodean menggunakan ICD 10 dan ICD 9 CM. Pada saat pengkodean ini lah proses perhitungan biaya dari setiap tindakan yang dilakukan. Perhitungan dilakukan dengan menggunakan software INA CBGs dan akan keluar tarif yang akan dibayarkan untuk pelayanan yang diberikan kepada pasien. Setelah pengkodean selesai dilanjutkan pengentryan klaim tersebut dan dilakukan pemeriksaan ulang agar tidak terjadi kesalahan pada pengkodean dan penetapan tarif sebelum dikirimkan ke BPJS Kesehatan.

Berdasarkan hasil wawancara mengenai verifikasi berkas klaim, dapat diketahui bahwa klaim yang akan disampaikan kepada BPJS Kesehatan harus sudah lengkap dan sudah siap dibayarkan. Jika dalam kondisi tidak lengkap untuk dibayarkan maka akan menyebabkan klaim tersebut dipending karena adanya kesalahan ketidaklengkapan berkas pasien serta informasi yang disampaikan. Seringnya terjadi kesalahan dalam verifikasi klaim dalam hal ini PPK tidak dibuat sadar dengan kesalahannya dari awal pada pengajuan pertama pasien.

Berdasarkan pendapat Provost and Peterson (2006) bahwa klaim yang disampaikan ke pihak verifikasi BPJS harus dalam kondisi yang siap untuk dibayarkan. Jika klaim tersebut dalam kondisi yang tidak siap untuk dibayarkan maka klaim tersebut akan menjalani proses adjudikasi yang berlarutlarut. Penyebab kondisi klaim yang tidak siap untuk dibayarkan biasanya ada beberapa informasi yang tidak lengkap, tidak benar atau yang menggambarkan diagnosa dan perawatan yang tidak memenuhi syarat untuk pembayaran, sehingga waktu pengajuan klaim mundur minggu berikutnya. walaupun klaim tersebut pada akhirnya akan dibayarkan tetapi setelah dilakukan revisi sampai semua lengkap. Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari masih sering terjadi kesalahan dalam verifikasi klaim sehingga masih ada klaim yang dikembalikan dengan status pending. Walaupun dari pihak RS langsung memperbaiki dan mengirim kembali ke pihak BPJS tapi hal ini tetap saja dapat mengakibatkan terjadinya keterlambatan dalam pengajuan klaim dan pembayaran klaim.

Berdasarkan Petunjuk Teknis Verifikasi Berkas Klaim BPJS Kesehatan (2014) menyatakan bahwa semua kelengkapan berkas klaim dari proses *entry* sampai pengkodean telah dilakukan dan jika dianggap sudah memenuhi kelengkapan maka berkas klaim tersebut siap dikirim ke Pihak BPJS Kesehatan dalam bentuk *TXT* untuk dilakukan verifikasi dan diklaim serta ditentukan jumlah tarif pembayaran kesehatan. Dan jika terjadi ketidaksesuaian dalam berkas klaim maka berkas klaim akan dikembalikan oleh pihak BPJS ke Rumah Sakit.

Verifikasi Berkas klaim merupakan bagian dari verifikasi administrasi, yang mana berkas klaim yang di verifikasi meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta tandatangan dokter penanggung jawab pasien. Setelah berkas diverifikasi, diteliti kesesuaian berkas klaim antara surat eligibilitas peserta dengan data yang diinput kedalam aplikasi INA CBGs. Apabila terjadi ketidaksesuaian data maka berkas dikembalikan ke pihak RS untuk di lengkapi. Kesesuaian berkas juga dilihat dari coding yang dilakukan, apakah diagnosis yang dimasukan kedalam aplikasi sesuai dengan diagnosis yang diberikan oleh dokter apa tidak. Tahapan selanjutnya dilakukan verifikasi administrasi dan verifikasi lanjutan. Verifikasi administrasi bertujuan untuk melihat status klaim yang diajukan apakah layak secara administrasi, tidak layak atau pending. Pada verifikasi lanjutan bertujuan untuk menghindari terjadinya eror verifikasi dan potensi *double* klaim.

Sistem pemrosesan klaim secara elektronik dapat meninjau dan melakukan pemeriksaan asuransi kesehatan. Sistem pemrosesan klaim secara elektronik termasuk sistem manfaat, sistem pemeriksaan otomatis, sistem pembayaran dan sistem pelacakan pembayaran. Sistem pembayaran dilakukan kepada penyedia pelayanan kesehatan dengan menggunakan transfer dana secara elektronik. Pembayaran sistem pelacakan memungkinkan penyedia pelayanan kesehatan untuk dapat memantau status pembayaran klaim setelah pengiriman. Pembayaran yang dilakukan disertai dengan kode ringkasan diagnostic (DRG) dan pengobatan yang menggambarkan kondisi pasien serta perawatan yang diberikan.

Verifikasi berkas klaim yang dilakukan pihak BPJS berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa klaim yang diterima dari pihak RS dilakukan pengecekan ulang berupa verifikasi administrasi dan verifikasi lanjutan untuk menghindari adanya error verifikasi dan *double* klaim. Pembayaran yang dilakukan oleh pihak BPJS menggunakan metode INA CBGs. Aplikasi secara terkomputerisasi dapat mempermudah dalam melakukan verifikasi hingga melakukan pembayaran.

Alur penyampaian berkas yang diterima oleh pihak rumah sakit yang menginap di ruang rawat inap dengan menggunakan program BPJS ini sangat panjang prosesnya. Pertama pasien yang menginap di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari tepatnya di ruang rawat inap berkasnya diterima oleh pihak verifikasi ruangan untuk diperiksa kelengkapannya. Kemudian setelah di verifikasi ruangan selesai berkas tersebut akan dikirim ke verifikasi klaim BPJS untuk pendataan biaya yang harus ditanggung oleh pihak yang sakit pada pasien BPJS. Setelah selesai pihak verifikasi klaim akan melaporkan ke ruang Chesmix untuk mendata penyakit yang dideritanya dengan menggunakan banyak diagnosa penyakitnya dan setelah selesai di data pihak rekam medis akan melaporkan bahwasanya sudah selesai dibetulkan. Kemudian berkas di kirim lagi ke pihak verifikasi klaim untuk pendataan lebih lanjut mengenai proses yang dilakukan oleh pihak sebelumnya apakah sudah benar apa tidak. Dan kalau sudah benar pihak rumah sakit Umum Daerah Kota Kendari akan menyampaikan klaim berkas keuangan ke verifikasi klaim untuk dibuatkan keseluruhan klaim pasien BPJS dan kalau sudah terlaksana maka klaim tersebut akan di kirim ke pihak BPJS.

Dari hasil penelitian tentang proses pengelolaan klaim pasien BPJS di unit rawat inap rumah sakit Umum Daerah Kota Kendari pertama pasien mendaftar ke loket pendaftaran dengan membawa kartu BPJS, kartu keluarga, KTP beserta surat rujukan dari puskesmas, setelah itu pasien diarahkan ke loket BPJS Center untuk pembuatan SEP (Surat Eligibilitas Peserta) pasien akan diarahkan ke Poliklinik yang dituju setelah selesai pemeriksaan oleh dokter apabila ada penanganan lebih lanjut tentang penyakit pasien maka akan diarahkan untuk dirawat inap setelah setelah itu berkas pasien diarahkan kembali ke loket BPJS untuk perubahan SEP (Surat Eligibilitas Peserta) ke rawat inap apabila dokter memperbolehkan untuk pulang dan kelengkapan berkasnya setelah selesai maka berkas pasien akan di bawah ke ruangan pengcodangan untuk diklaimkan. Hal ini tercantum dalam Petunjuk Teknis Verifikasi Berkas Klaim BPJS Kesehatan (2014) yang menyatakan bahwa dalam verifikasi berkas klaim semua kelengkapan berkas harus dilengkapi untuk diverifikasi dan diajukan ke pihak BPJS Cabang untuk diklaimkan dan dibayarkan ke Pihak Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari.

Hasil penelitian ini relevan dengan Fretta Raymanel (2012) proses klaim rumah sakit dimulai dari melengkapi berkas dokumen sebagai syarat pengajuan klaim oleh petugas coding rumah sakit, lalu berkas klaim diverifikasi oleh verifikasi BPJS center. Verifikasi adalah meneliti, memeriksa kelengkapan, keabsahan dan kelayakan klaim yang diajukan. Setelah

dilakukan verifikasi, berkas klaim dikirim ke kantor Cabang BPJS kesehatan. Berkas klaim yang sampai ke kantor cabang BPJS Kesehatan disetujui oleh Kepala Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan (MPKR) untuk diserahkan ke unit keuangan. Kemudian staf unit keuangan membuat surat perintah membayar yang ditanda tangani oleh Kepala Unit Keuangan dan Kepala Cabang, barulah SPM diserahkan ke bank yang bekerjasama untuk dilakukan pembayaran ke rekening faskes.

Berdasarkan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan (2014) yang menyatakan bahwa dalam proses Verifikasi harus menggunakan SEP sebagai bukti kepesertaan, dalam proses pengajuan berkas klaim sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan.

Menurut Edward dan Daniel (1998) rumah sakit memiliki masalah nyata untuk menentukan apakah pasien yang datang memenuhi syarat untuk memperoleh pelayanan atau tidak. Ketika seorang pasien mencari pelayanan kesehatan di rumah sakit maka petugas akan menanyakan apakah pasien memiliki asuransi kesehatan dan petugas meminta pasien untuk menunjukkan bukti kelayakan dari asuransi kesehatan tersebut berupa kartu kepesertaan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan mengenai kelengkapan berkas verifikasi klaim dapat disimpulkan bahwa kepesertaan yang dimiliki oleh pasien merupakan bukti nyata apakah pasien tersebut memenuhi syarat untuk memperoleh pelayanan atau tidak. Oleh sebab itu kelengkapan berkas dianggap penting karena berkas inilah yang akan menentukan pasien akan memperoleh pelayanan atau tidak. Berkas ini juga yang akan berpengaruh kepada keuangan rumah sakit apakah dapat dibayarkan semua pelayanan yang diberikan atau tidak. Tetapi pada kenyataannya di rumah sakit bahwa masih ada pasien yang tidak membawa berkas yang lengkap dan pihak rumah sakit juga masih terjadi kekurangan atau kesalahan dalam proses verifikasi klaim.

Hasil penelitian ini relevan dengan hasil penelitian Ulfah (2013) dalam penelitiannya tentang hubungan kelengkapan dokumen rekam medis terhadap persetujuan klaim jakmkesmas oleh verifikasi dengan system INA CBGs periode triwulan IV tahun 2011 di RSI sultan agung. Menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap jamkesmas dengan persetujuan klaim jamkesmas. Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis sangat penting dilakukan. Rekam medis berfungsi sebagai tanda bukti sah yang dimiliki oleh setiap pasien dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Oleh karena itu, rekam medis yang lengkap harus diisi dengan lengkap dan jelas tentang semua pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Dari alur penyampaian berkas pasien BPJS tersebut diatas didapatkan berupa pengumpulan klaim pasien BPJS yang akan diserahkan ke pihak BPJS untuk pembayarannya. Dalam tindakan tersebut pihak rumah sakit Umum Daerah Kota Kendari mengalami hambatan untuk pengklaiman secara penuh dikarenakan adanya ketidaksengajaan dalam proses penanganan berkas pasien. Selanjutnya tindakan untuk pengumpulan klaim juga terhambat karena adanya hal tersebut membuat pengumpulan klaim kurang baik. Dari hasil kurang baiknya dalam kegiatan tersebut maka pihak Rumah Sakit Umum Daerah melakukan pengklaiman pasien BPJS yaitu yang sudah ada dahulu untuk kelengkapannya mulai dari awal sampai akhir kemudian dikirimkan ke pihak BPJS.

Proses Verikator Klaim Pada Pasien BPJS Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari.

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari sebelum dilakukan pengecekan terhadap kelayakan berkas persyaratan oleh petugas verifikator BPJS. Petugas menyiapkan dokumen klaim yang telah dilakukan *grouper* sesuai paket INA CBGs oleh petugas klaim. Proses administrasi klaim BPJS adalah petugas klaim menyiapkan dokumen klaim berupa hasil pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien sesuai tarif rumah sakit kepada verifikator BPJS, petugas verifikasi BPJS melakukan pengecekan terhadap kelayakan dokumen klaim meliputi layak kepesertaan, layak medik, dan layak bayar, dokumen yang sudah dicek oleh petugas verifikasi untuk layak diklaimkan akan direkap dari semua data pasien satu bulan, data yang tidak lengkap biasanya disebabkan oleh tidak adanya surat rujukan dan pasien tidak menyerahkan fotokopi kartu keluarga. Hal ini merujuk pada Juknis Verifikasi Berkas Klaim Tahun 2014 tentang Verifikasi Berkas Klaim BPJS Kesehatan.

Hasil penelitian ini relevan dengan hasil penelitian Tyas Ardhyta (2015) di RSJD Dr.Amino Gondohutomo bahwa sebelum dilakukan pengecekan terhadap kelayakan persyaratan berkas oleh petugas verifikator BPJS, petugas verifikator menyiapkan dokumen-dokumen klaim yang telah di *grouper* sesuai paket INA CBGs oleh petugas klaim BPJS yaitu data yang tidak lengkap biasanya disebabkan oleh tidak adanya surat rujukan misalnya pasien tidak menyerahkan fotocopy kartu keluarga serta diagnosa ketergantungan zat.

Verifikator BPJS memiliki beberapa proses, antara lain :

Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBGs. Berdasarkan

Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan (2014) yang menyatakan bahwa dalam proses Verifikasi harus menggunakan SEP sebagai bukti kepesertaan, dalam proses pengajuan berkas klaim sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan.

Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah : a) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan; b) Apabila terjadi ketidaksesuaian 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 Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi pelayanan adalah : a) Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau *softcopy*-nya). ketentuan *coding* mengikuti panduan *coding* yang terdapat dalam Juknis INA-CBGs. b) Episode rawat Inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inap dan/atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap. c) Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya.

Ketentuan *coding* rumah sakit mengikuti panduan *coding* yang terdapat dalam Juknis INA CBGs (2014). Dari hasil penelitian tentang Verifikasi pelayanan bila rumah sakit sudah mengajukan dengan menggunakan aplikasi SEP yang dipakai oleh BPJS sedangkan rumah sakit memakai aplikasi INA CBGs setelah itu pihak rumah sakit memberikan *TXT* untuk diolah diaplikasi SEP (surat eligibilitas peserta). Setelah di *coding* grouping untuk pasien jangka waktu satu bulan diisi semua misalnya untuk bulan januari di masukkan total pasien selanjutnya pihak rumah sakit memberikan *TXT* ke pihak BPJS sesuai kelasnya, ditotal pasien kelas 1, kelas 2, dan kelas 3 berapa pasien dibuatkan laporan dan dikirim *TXT* ke BPJS.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan bahwa kesesuaian antara verifikasi administrasi pelayanan dan verifikasi pelayanan kalau paling sesuai hak kelas, karena biasa peserta di aplikasi kelas 2 ternyata dirawat di kelas 3. Maka dari itu dicek sesuai

dengan dimana dia dirawat bukan berdasarkan yang ada diaplikasi jadi kalau harusnya kelas 2 tapi dirawat dikelas 3, tetap dibayar dimana sesuai kelas dirawat. Kalau kepesertaannya sama pelayanannya yang biasa tidak sesuai diajukan karena biasa mereka biasa sesuai dengan haknya tapi biasa tidak sesuai dengan haknya. Berdasarkan hal itu maka Peserta yang melakukan perawat bukan pada kelasnya dalam hal ini naik kelas maka peserta tersebut dikenakan penyesuaian kelas yang sudah diatur dalam BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2015).

Verifikasi Menggunakan Software Verifikasi

Software yang dimaksud oleh peneliti adalah jenis aplikasi pendukung yang digunakan oleh petugas terkait dengan pengelolaan klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Kota Kendari jenis aplikasi yang digunakan untuk pengelolaan klaim BPJS adalah aplikasi yang digunakan oleh petugas coding (*grouping*) untuk melakukan perhitungan biaya klaim BPJS yaitu aplikasi INA CBGs versi 4.0. Aplikasi lain yang digunakan adalah oleh petugas verifikator BPJS yaitu aplikasi pembuatan SEP dan aplikasi verifikasi klaim.

Software INA-CBGs versi 4.0

Software INA-CBGs versi 4.0 digunakan oleh petugas coding (*grouping*) untuk menghitung biaya klaim BPJS berdasarkan tariff INA-CBGs sesuai dengan diagnose dan tindakan yang diberikan kepada pasien.

Software Pembuatan SEP

Software pembuatan SEP merupakan aplikasi yang digunakan untuk mencetak surat Eligibilitas Peserta sebagai bukti bahwa pasien yang dirawat merupakan peserta BPJS dimana biaya pasien selama mendapatkan pelayanan ditanggung oleh peserta BPJS dimana biaya pasien selama mendapatkan pelayanan ditanggung oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Surat Eligibilitas Peserta harus ditandatangani oleh pasien/keluarga pasien dan petugas BPJS kesehatan.

Software Verifikasi Klaim

Software verifikasi klaim digunakan oleh petugas verifikator BPJS untuk melakukan verifikasi atau pengecekan kesesuaian antara data yang ada dengan persyaratan yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim BPJS kesehatan.

Verifikasi Menggunakan Software Verifikasi

1. Purifikasi Data Purifikasi berfungsi untuk melakukan validasi output data INACBGs yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP. Purifikasi data yang terdiri dari : a) No SEP; b) Nomor Kartu Peserta; c) Tanggal SEP.
2. Langkah dalam melakukan purifikasi adalah sebagai berikut : Penarikan data INA-CBG's dapat menggunakan pengiriman file *TXT*.
3. Melakukan proses verifikasi administrasi Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan

dengan bukti pendukung dan hasil entry rumah sakit.

4. Proses Verifikasi Lanjutan

Verifikasi lanjutan dengan tujuh langkah dilaksanakan dengan disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi error verifikasi dan potensi double klaim. Verifikasi lanjutan terdiri dari : a) Verifikasi double klaim untuk dua (atau lebih) pelayanan RITL Tahap ini berguna untuk melihat kasus readmisi atau pasien yang dipulangkan hanya secara administrasi.

5. Finalisasi Klaim

Proses verifikasi berkas klaim dimulai dari pengumpulan berkas klaim pada saat pasien mendaftar sampai dengan pengajuan berkas klaim ke petugas verifikator BPJS. Pada tahap awal, petugas verifikasi akan memeriksa kelengkapan berkas yang dibawa oleh pasien apabila berkas yang dibawa oleh pasien sudah lengkap, maka petugas BPJS akan membuat Surat Eligibilitas Peserta. Kemudian pasien melakukan pendaftaran kembali dengan membawa SEP ke loket pendaftaran rumah sakit. setelah melakukan pendaftaran di loket rumah sakit, pasien langsung menuju poli yang dituju tanpa membawa berkas. Berkas yang ada di loket pendaftaran rumah sakit akan dilakukan pengecekan kepesertaan terlebih dahulu dibagian rekam medis. Setelah semuanya lengkap maka berkas tersebut akan dikirimkan ke poli masing-masing oleh kurir yang ada jadi pasien untuk mendapatkan pelayanan tidak membawa berkas apa-apa ke poli.

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa software yang digunakan dalam proses pengajuan klaim adalah aplikasi INA CBGs versi 4.0 dan aplikasi lain yang digunakan adalah aplikasi untuk penerbitan SEP dan aplikasi untuk verifikasi klaim. Menurut Provost and Peterson (2006), saat ini ada sistem yang digunakan untuk klaim dimana petugas di penyedia layanan kesehatan menggunakan sistem elektronik yang digunakan untuk membuat dan mengajukan klaim asuransi kesehatan dengan sistem pengolahan eletronik. Dengan menggunakan sistem tersebut dapat memotong penggunaan surat untuk pengiriman klaim asuransi dan menghemat waktu keseluruhan.

Berdasarkan hasil penelitian dan observasi mengenai software yang digunakan dalam verifikasi klaim dapat disimpulkan bahwa Software yang digunakan ini sangat membantu pihak RS maupun BPJS Kesehatan dalam melakukan proses verifikasi untuk pengajuan berkas klaim. Penggunaan software dirasakan sangat membantu petugas verifikator dalam melakukan verifikasi berkas klaim yang akan diajukan, karena dengan aplikasi ini pihak RS tidak

perlu menghitung biaya/tarif untuk setiap tindakan dan pengobatan yang dilakukan karena dengan memasukan kode diagnosis penyakit maka biaya dari tindakan dan pengobatan tersebut langsung diketahui.

Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBGs sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBG Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (Permenkes Nomor 27 Tahun 2014 tentang Juknis Sistem INA CBG's).

Dari pelayanan yang diperoleh dikeluarkan berkas yang terkait dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien diantaranya bukti tindakan, diagnosa, resep obat dan tandatangan dokter yang merawat. Data tersebut tercantum dalam resume medis dan jika resume medis tersebut belum terisi dengan lengkap, maka resume medis akan dikembalikan kepada dokter yang merawat untuk diisi kembali dengan lengkap. Proses selanjutnya adalah melakukan coding untuk menemukan jumlah tarif yang harus dibayarkan oleh pihak BPJS. Berkas dari poli masing-masing dikirim kebagian ruang chesmix setiap harinya paling lambat jam 1 siang, lalu dilakukan pengcodingan oleh petugas coding. Pengcodingan paling cepat selama 2 hari hal ini karena jumlah pasien yang banyak sehingga membutuhkan waktu yang lama untuk melakukan coding. Setelah pengcodingan selesai berkas dikirim ke bagian administrasi klaim untuk dilakukan pengentrian ulang berkas-berkas.

Proses terakhir dari tugas verifikator BPJS Kesehatan berdasarkan telaah dokumen adalah verifikasi menggunakan software INA CBGs. Tahapan ini yang pertama adalah melakukan purifikasi data. Purifikasi data berfungsi untuk melakukan validasi output data INA CBGs yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP. Purifikasi data terdiri dari No SEP, No Kartu Peserta, Tanggal SEP. Penarikan data INA CBGs dengan menggunakan pengiriman file TXT.

Disini verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dengan hasil *entry* rumah sakit. Selanjutnya verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan pending. Jika status sudah diketahui maka dilakukan proses verifikasi lanjutan.

Proses verifikasi lanjutan ini digunakan untuk menghindari terjadinya eror verifikasi dan potensi double klaim. Verifikasi double klaim digunakan untuk dua (atau lebih) pelayanan RITL. Pada double klaim terjadi jika pasien pada pagi hari mendapatkan pelayanan rawat jalan dan pada sore hari pasien mendapat pelayanan UGD untuk dirujuk ke pelayanan rawat inap. Maka pelayanan yang dilakukan pada pagi hari dapat diklaimkan sedangkan pelayanan IGD pada sore hari tidak dapat diklaimkan. Double klaim dimungkinkan dilakukan pada pelayanan rawat jalan, hal ini jika pelayanan dilakukan dengan penerbitan SEP 2x atau lebih pada hari yang sama.

Kendala dalam proses pengajuan klaim pada pasien BPJS Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari.

Pengelolaan klaim di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari sudah berjalan dengan baik tetapi ada kendala yang di alami oleh pihak Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari terutama dibagian verifikator ruangan ataupun lainnya. Kejadian ini dikarenakan adanya kendala-kendala dalam pelaksanaan klaim tersebut, yaitu:

Masih adanya isian rekam medis pasien yang tidak lengkap

Hal ini dikarenakan adanya pasien yang lupa membawa surat rujukan, adanya perbedaan antara nomor di KTP dan kartu keluarga. Adanya dokter yang lupa tanda menandatangani berkas rekam medic pasien, sehingga menyebabkan berkas rekam medis tersebut harus dikembalikan kepada dokter yang bersangkutan.

Masih adanya susulan berkas pasien

Hal ini dikarenakan ketidak sengaja pegawai yang menangani berkas karena alur berkas yang prosesnya sangat panjang sehingga pihak bagian pendapatan seharusnya langsung mengklaim semua pasien yang berobat dan berhubung ada ke tidak lengkapan proses berkas maka pihak Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari harus mengembalikan berkas kepada pasien untuk dilengkapi. Dan sedikit terhambat akan adanya pengumpulan klaim yang dilakukan oleh pihak Rumah Sakit Umum Daerah. Untuk solusinya adalah dengan perencanaan manajemen yang matang dalam proses alur berkas tersebut

Masih adanya kesalahan pada proses pengcodingan

Hambatan-hambatan yang biasanya menyebabkan berkas klaim lama pada saat pengcodingan adalah ketinggalan tanda tangan dokter yang membuat bagian coding harus mencari dokter terlebih dahulu dan lama pada saat pengcodingannya. Keluaran yang dihasilkan dari proses entry klaim adalah data berupa softcopy (TXT file) dan hardcopy (laporan individu pasien) yang akan diberikan ke petugas verifikator BPJS untuk dilakukan verifikasi

klaim JKN. Berkas dikirim ke pihak BPJS setiap tanggal 15 dibulan berikutnya. Tetapi pada kenyataan di rumah sakit selalu terjadi keterlambatan pengiriman klaim ke pihak BPJS. Biasanya pihak RS baru mengirimkan berkas ke pihak BPJS pada akhir bulan berikutnya. Dengan terjadinya keterlambatan pengiriman oleh pihak RS maka pembayaran yang dilakukan oleh pihak BPJS juga akan terlambat.

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Kelengkapan berkas seperti laporan hasil foto hasil baca, Laporan operasi BKG, USG. Kelengkapan berkas pengisian resume medis dokter, pengisian diagnosa, dan penunjang-penunjang lainnya. Kalau tidak lengkap berkas dikembalikan lagi ke keperawatan, kemudian catatan perawat laporan operasi tindakan, selanjutnya yang melakukan verifikasi berkas klaim adalah pihak BPJS center.

Hasil penelitian ini relevan dengan hasil penelitian Agus Perry Kusuma (2016). Dalam penelitiannya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengklaiman BPJS dirumah sakit Bhayangkara Semarang, Dari total 1985 pasien peserta BPJS pada tahun 2014 diperoleh 95 sampel berkas yang diteliti. Dari 95 berkas terdapat 6 berkas yang tidak lengkap atau terjadi kesalahan, sisanya sudah lengkap dan bisa diverifikasi untuk diklaimkan. Di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang belum ada standar operasional prosedur pengajuan klaim. Sehingga dalam pelaksanaannya terdapat kendala-kendala yang terjadi pada saat klaim yaitu tidak adanya lembar verifikasi yang seharusnya diberikan dibagian pendaftaran. Diagnosa utama tidak ditulis, tidak sesuai tanggal keluar masuk dan kelas perawatan pada gruper dengan dokumen milik pasien, tidak adanya tanda tangan dan nama terang dokter dilembar resume.

Kelengkapan berkas seperti laporan hasil foto hasil baca, Laporan operasi BKG, USG. Kelengkapan berkas pengisian resume medis dokter, pengisian diagnosa, dan penunjang-penunjang lainnya. Kalau tidak lengkap berkas dikembalikan lagi ke keperawatan, kemudian catatan perawat laporan operasi tindakan, selanjutnya yang melakukan verifikasi berkas klaim adalah pihak BPJS cabang.

Hasil penelitian ini relevan dengan hasil penelitian Agus Perry Kusuma (2016). Dalam penelitiannya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengklaiman BPJS dirumah sakit Bhayangkara Semarang, Dari total 1985 pasien peserta BPJS pada tahun 2014 diperoleh 95 sampel berkas yang diteliti. Dari 95 berkas terdapat 6 berkas yang tidak lengkap atau terjadi kesalahan, sisanya sudah lengkap dan bisa diverifikasi untuk diklaimkan. Di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang belum ada standar operasional prosedur pengajuan klaim.

Sehingga dalam pelaksanaannya terdapat kendala-kendala yang terjadi pada saat klaim yaitu tidak adanya lembar verifikasi yang seharusnya diberikan dibagian pendaftaran. Diagnosa utama tidak ditulis, tidak sesuai tanggal keluar masuk dan kelas perawatan pada gruper dengan dokumen milik pasien, tidak adanya tanda tangan dan nama terang dokter dilembar resume.

SIMPULAN

1. Di RSUD Kota Kendari masih adanya hambatan dalam proses pengklaiman. Seperti masih adanya keterlambatan klaim karena ketidaklengkapan berkas pasien. Salah satunya pada proses pengcodingan dimana dokter yang menangani pasien lupa menandatangani rekam medic pasien.
2. Di RSUD Kota Kendari sudah terdapat software verifikasi yang digunakan dalam proses verifikasi pengklaiman yaitu Software INA-CBGs versi 4.0.
3. Di RSUD Kota Kendari masih adanya keterlambatan pembayaran klaim yang dikarenakan berkas pengklaiman yang dikirim ke BPJS Cabang tidak lengkap, sehingga menyebabkan pihak BPJS Cabang mengembalikan berkas klaim untuk dilengkapi kembali.

SARAN

1. Sebaiknya petugas lebih teliti dalam mengumpulkan berkas sehingga tidak ada kekurangan berkas pada bagian sebelumnya sehingga pada saat mengeklaimkan bisa lebih cepat tanpa melengkapi berkas atau lembar yang kurang.
2. Perlunya penambahan petugas klaim dikarenakan apabila terjadi kekurangan dalam klaim BPJS maka petugas klaim dapat berkoordinasi dengan petugas klaim yang lain sehingga tugas tidak akan terhambat dan menumpuk.
3. Perlunya perbaikan komputer dan jaringan internet.
4. Perlunya papan informasi mengenai syarat – syarat pasien BPJS dibagian pendaftaran rawat jalan, sehingga apabila ada pasien yang belum paham tentang persyaratan tersebut langsung bisa membaca tanpa harus petugas pendaftaran yang menjelaskannya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI; 2013.

2. Fitria Enis. 2016. *Prosedur Dan Pembayaran Klaim Kesehatan Pada BPJS Kantor Cabang Jember Tahun 2016*.
3. BPJS, *Buku Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan*.
4. BPJS, *Buku Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*.
5. Barelsein. 1912. *Deskriptif Content Analysis*. Beverly Hills, California : Sage Publications Ltd.
6. Anonim. *Administrasi Klaim BPJS*. [http://www. Bpjskesehatan.go.id/](http://www.Bpjskesehatan.go.id/). Diakses tanggal 2 Desember 2016.
7. Anonim. *Peserta BPJS*. <http://www. Bpjs-kesehatan.go.id/>. Diakses tanggal 2 Desember 2016.
8. Anonim. *Tarif Fasilitas BPJS Kesehatan*. 2016. <https://www. Sepulsa.com/blog/tariff-fasilitas- BPJS>. Diakses 2 Desember 2016.
9. Azwar, Asrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta : Binarupa Aksara.
10. BPJS Kesehatan. (*Buku Panduan Layanan Bagi Peserta BPJS Kesehatan*). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Jakarta.
11. Dedi Alamsyah. 2011. *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Nuha Medika. Yogyakarta.
12. Ilyas, Y. 2001. *Kinerja Teori, Penilaian dan Penelitian*. Pusat Kajian Ekonorni Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Jakarta.
13. Jacobalis. 2000. *Kumpulan Tulisan Terpilih Tentang Rumah Sakit Indonesia dan Dinamika Sejarah, Transparansi, Globalisasi dan Krisis Nasional*. Jakarta : Yayasan Penerbit IDI.
14. Kusairi, M. 2013. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kelengkapan Berkas Klaim Pasien Jamkesmas Di Rsud Brigjend. H. Hasan Basry Kandungan*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Jurusan Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Gajah Mada. http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=64257. Diakses pada tanggal 2 Desember 2016.
15. Molanda, D. 2015. *Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano*. *JIKMU*, Vol. 5, No. 2b April 2015
- Mongli, G. 2006, *Medical*.
16. Noviasari. T. 2016. *Hubungan Kelengkapan Informasi Dengan Persetujuan Klaim BPJS di RSUD Kabupaten Sukaharjo*. Surakarta: Jurusan Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah.
17. Notoadmojo, Soekidjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Puskom Publik Kemenkes RI. 2012. *Dana Jamkesmas untuk Biaya Rawat Inap*.
18. Nugraheni Wahyuningsih Sri. 2015. *Apikes Citra Medika. Evaluasi Jaminan Kesehatan Nasional JKN Di RSUD DR Moewardi Surakarta Tahun 2015*. Vol 5 (2) PP 1-14. Di akses 3 November 2016.
19. *Pengobatan Kanker. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1831-143milyardana-jamkesmas-untuk-biaya-rawat-inap-pengobatan-kanker.html>. Diakses pada tanggal 2 Desember 2016.
20. Putri EA. 2014. *Paham BPJS Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Friedrich-Ebert-Stiftung. Yogyakarta.
21. *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*.
22. *Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*.
23. *Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2103 Tentang Jaminan Kesehatan Nasional, Roadmap JKN*.
24. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/2008 tentang Rekam Medis*.
25. Sari Pramita D. *Analisis Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap Pasie Kanker BPJS Kesehatan Untuk Mendukung Pengelolaan Pembiayaan Kesehatan Di Rumah Sakitt Umum DR. Moewardi Surakarta*. Vol 5(1) PP 1-9 Diakses 3 November 2016.
26. Sabarguna BS. 2009. *Manajemen Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.
27. Siregar, Ch. J.P., dan Amalia, L., 2004, *Farmasi Rumah Sakit, Teori dan Penerapan*, 25 – 49, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
28. Shofari, B. 2004. "PSRM –1 Pengelolaan Sistem Rekam Medis –1". Perhimpunan Organisasi Profesional Rekam Medis dan Informatikan Kesehatan Indonesia. Semarang.
29. Sumarningsih, E. 2008. *Tinjauan Kelengkapan Isi Resume Medis Dalam Upaya Mempercepat Penagihan Klaim Asuransi Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta*. Universitas Esa Unggul. Jakarta Barat. <http://digilib.esaunggul.ac.id/1903/UEU->

- [Undergraduate-1903-skripsiEUIS-tinjauankelengkapan-isi-resume-medis-dalam-upaya-mempercepat-penagihan-klaim-asuransikehatan-di-rumah-sakit-umum-pusat-fatmawati-jakarta.pdf](#). Diakses pada tanggal 2 Desember 2016.
30. Thabrany, Hasbullah.2014. *Jaminan Kesehatan Nasional*.Jakarta : Rajawali Pers.
 31. Ulfah, SM. 2011. *Hubungan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Dengan Persetujuan Klaim Jamkesmas Oleh Verifikator Dengan Sistem INA CBGs Periode Triwulan IV Tahun 2011 Di RSI Sultan Agung Semarang*. Semarang: Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro.
 32. Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
 33. Undang-undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
 34. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. 1990. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.
 35. Yanuari dan Rizky, 2012. *Perbedaan kelengkapan Pengisian Rekam Medis Antara Dokter Umum dan Dokter Spesialis Pada Praktek Swasta mandiri di kecamatan Semarang Selatan Kota Semarang*. Universitas Diponegoro. Semarang. <http://eprints.undip.ac.id/37770/>. Diakses pada tanggal 2 Desember 2016.