

**PROSES PENGELOLAAN KLAIM PASIEN BPJS UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT DR. R. ISMOYO KOTA KENDARI
TAHUN 2016****Nia Lewiani¹ Lisnawaty² Akifah³**Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo¹²³nialew@yahoo.co.od¹ lisnaradiyah@gmail.com² akifahf@gmail.com³**ABSTRAK**

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. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Bagaimana Proses Pengelolaan Klaim Pada Pasien BPJS Unit Rawat Inap Di Rumah Sakit Dr.R.Ismoyo Kota Kendari Tahun 2017. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologis. Teknik penentuan informan dengan prosedur *purposive sampling* dan prosedur kuota. Informan dalam penelitian ini terdiri atas 2 yaitu informan kunci yaitu kepala rekam medis serta informan biasa yaitu Dokter, Petugas rekam medis, Verifikator. Hasil penelitian menunjukkan bahwa verifikasi berkas klaim dimulai dari verifikasi administrasi kesehatan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan, dan verifikasi menggunakan software verifikasi. Verifikasi administrasi berupa verifikasi berkas klaim. 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. Berkas klaim dalam pengklaiman BPJS diharapkan agar bisa dilengkapi oleh pihak peserta agar dalam verifikasi berkas klaim yang diajukan bisadiverifikasi langsung dan di entry lebih cepat di program *INA CBG's* agar dalam verifikasi administrasi bisa lebih cepat

Kata Kunci: Pengelolaan klaim, Rumah sakit, berkas klaim, SDM, *INA CBG's***ABSTRACT**

Completeness of the document file becomes an important part of the claims process. If the hospital can meet the complete document, then it is likely the faster reimbursement of health care costs that have been given. The purpose of this study was to find out How to the claims process management of BPJS patient in inpatient unit of Dr. R. Ismoyo hospital of Kendari city in 2016. This type of study was a qualitative study with phenomenologist approach. Informant determining technique was purposive sampling procedures and quota procedures. The informant in this study consists of two key informants namely the head of their medical records unit and regular informants i.e. doctor, medical records clerk, and verifiers. The results showed that the verification of the claim file was started from health administration verification, services administration verification, service verification, and verification using the verification software. The administrative verification was verification of the claim file. File claims in verification include Participant Eligibility Letter (PEL) and evidence of services that include diagnoses and procedures as well as the signature of the physician who responsible to the patient. Once a file has been verified, it was examined about the suitability of the claim file between letter of participant eligibility with the data which inputted into INA CBGs application. In case of discrepancy of data the file was returned to the hospital for equipped. Claim file in the BPJS claim is expected to be completed by the participants in order to in verification of claim file submitted can be direct verified and faster entry in INA CBG's programs so that the administration could be faster in verification

Keywords: Claims management, Hospital, claims file, human resources, *INA CBG's*

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iurannya dibayar oleh pemerintah. Untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan pemerintah membentuk badan hukum yaitu badan penyelenggara jaminan sosial Kesehatan yang disingkat dengan BPJS Kesehatan¹

WHO merumuskan tiga dimensi dalam pencapaian *universal coverage* yaitu seberapa penduduk yang dijamin, jenis pelayanan kesehatan yang dijamin dan proporsi biaya kesehatan yang masih ditanggung oleh penduduk. Dimensi pertama adalah jumlah penduduk yang dijamin. Dimensi kedua adalah layanan kesehatan yang dijamin (sebatas rawat inap atau termasuk rawat jalan). Dimensi ketiga adalah proporsi biaya kesehatan yang dijamin (biaya kesehatan seluruhnya dijamin pemerintah atau penduduk harus membayar sebagian biaya rumah sakit). Perluasan jaminan ketiga dimensi tergantung pada kemampuan keuangan suatu Negara dan pilihan penduduknya².

Untuk program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, Implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pengaturan teknis pelaksanaan lebih lanjut program JKN dituangkan dalam berbagai peraturan sebagai turunan dari kedua undang-undang tersebut diatas, baik dalam bentuk peraturan pemerintah (PP), Peraturan Presiden (Perpres), Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes), Surat Edaran (SE) Menteri Kesehatan, Pedoman Pelaksanaan (Manlak), Petunjuk Teknis (Juknis), Panduan Praktis dan lain-lain³.

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.

Wawancara dengan petugas yang menangani klaim BPJS kesehatan di Rumah Sakit Dr.R.Ismoyo

pembayaran klaim diajukan dan diverifikasi setelah lima belas hari kerja dan dibayarkan ke BPJS. Dan masih terdapat masalah atau hambatan dalam proses pengklaiman yaitu kelengkapan administrasi pasien yang masih kurang seperti pasien tidak membawa KTP, kartu keluarga dan lain-lain. Sehingga petugas BPJS kesehatan memberi waktu kepada pasien 3x24 jam melengkapi berkas apabila melewati batas akan dikenakan denda, Dan lama waktu sejak pengklaiman diajukan 6-7 hari.

Pada tahun 2014 jumlah kunjungan peserta BPJS rawat inap sebanyak 2,274 pasien dan yang diklaimkan 2,244 pasien dan pada tahun 2015 jumlah kunjungan peserta BPJS rawat inap sebanyak 2,540 dan yang diklaimkan sebanyak 2,508 hal ini dikarenakan kurang lengkapnya berkas pasien rawat inap Rumah sakit Dr.R.Ismoyo⁴.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut mengenai Studi Pengelolaan Klaim Pasien BPJS Di unit Rawat Inap Rumah Sakit Dr.R.Ismoyo Tahun 2017.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologis yang bertujuan untuk memperoleh informasi secara mendalam mengenai pengelolaan klaim pasien BPJS pada unit rawat inap rumah sakit Dr.R.Ismoyo Kota Kendari⁵. Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Desember hingga selesai. Di wilayah Rumah Sakit Dr.R.Ismoyo Kota Kendari Tahun 2016.

Peneliti berperan sebagai instrument utama penelitian, dimana informan kunci dan informan biasa sebagai instrument pendukung dengan menggunakan alat bantu panduan wawancara, alat rekam, serta panduan observasi.

HASIL

1) Gambaran Informan Penelitian

- a. Informan kunci penelitian ini terdiri dari 1 orang, yaitu : LM, adalah Verifikator BPJS Rumah Sakit, berjenis kelamin laki-laki, dan berumur 25 tahun.
- b. Informan biasa penelitian ini terdiri dari 5 orang, yaitu : R, adalah Verifikator BPJS Center, berjenis kelamin perempuan dan berumur 24 tahun. LMS, adalah Dokter Penanggung Jawab Pasien , berjenis kelamin laki-laki dan berumur 28 tahun. IT, adalah Petugas Rekam Medis, berjenis kelamin laki-laki dan berumur 34 tahun.

2) Fasilitas Kesehatan

a. Berkas Klaim

Data apa saja yang harus di isi di rekam medik pasien ?

Data-data yang direkam medik pasien? yang pertama...identitas pasien, nama, umur, jenis kelamin, nomor rekam medik data pada saat masuk pasien? mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik yang didapat serta terapi rencana pemeriksaan selanjutnya apa yang akan di lakukan. Bila tidak terjadi kelengkapan data pasien , maksudnya seperti bagaimana? diagnosis? didiagnosis semua pasien, tidak mungkin tidak di diagnosis, terapi itu sesuai diagnosis. Kalau diagnosis pasti dilengkapi semua. (LMS, 28 tahun)

Apa saja yang harus ada dalam rekam medik pasien ?

Yang harus ada.. pasien BPJS saja atau pasien ? rincian kwitansi misalnya rincian umumnya rujukan, SEP.. memakai KTP, kartu BPJS atau Kartu KIS.. kartu keluarga... ringkasan masuk dan keluar, resume, ruang transfusi, operasi, tunjangan perawat, bila tidak ditanda tangan oleh dokter berarti dikembalkani? Iya.. dikembalikan harus di tanda tangani oleh dokter. Lalu dikembalikan lagi diruang perawatan.. dokter... yang tidak lengkap dikembalikan diruangan perawatan toh, 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. (IT,35 tahun).

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 dibatalkan 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. (LM, 25 tahun)

Data apa saja yang dibutuhkan untuk proses pengklaiman?

Berkas pasien, lalu foto kopi bpjs.. fotokopi kartu keluarga, semua berkas-berkas pengklaiman yang ada diberkas-berkas yang diklaim? Hanya itu saja!(LM, 25 tahun).

Bagaimana proses langkah-langkah pengajuan berkas klaim?

Langkah-langkahnya.. Dari perawatan lalu dibawa ke BPJS untuk di input untuk aplikasi namanya aplikasi INA-CBGs, diberikan INA-CBGs dalam satu bulan, lalu dibawa ke BPJS Center.(LM, 25 tahun).

Adakah instrumen khusus yang digunakan dalam pengajuan berkas klaim?

Seperti kelengkapannya? Seperti laporan hasil baca.. laporan operasi, EKG.. serta USG. (LM, 25 tahun).

Apa hal-hal yang diperhatikan dalam pengajuan berkas klaim?

Yang perlu diperhatikan seperti kelengkapan berkas senamersi dokter dan diagnosa... penunjang-penunjang lainnya, biasanya jika tidak lengkap dikembalikan lagi ke perawatan, lalu seperti catatan perawat dan laporan operasi...(LM, 25 tahun).

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.

3. Verifikator BPJS

1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan.

Siapa yang melakukan verifikasi berkas klaim?

Untuk verifikasi yang menangani pihak BPJS center (LM, 25 tahun).

Verifikator itu yg sudah ada SK nya dari kantor pusat yang menyatakan bahwa dia verifikator. Kalo untuk BPJS itu tp kalo rumah sakit ada sendiri dia tim nya, mereka bikin SK direktur rumah sakitnya to. Untuk BPJS itu ada juga SK dari PPSDM dari kantor pusat. Seperti itu.(R, 25 tahun).

Apa ada program tertentu untuk membantu program verifikasi?

Programnya dalam bentuk txt. Rata-rata itu belum diolah. Kemudian dirubah ke excel. Lalu dikirim ke BPJS semua datanya dilihat bila sudah sesuai dengan berkas dan SEP. Bila sudah sesuai. Programnya yaitu INA CBG's ini dalam bentuk txt dan lewat telegram, kalau memakai flashdisk bisa saja bervirus kalau

telegram bisa saja langsung terkirim dan datanya aman. (LM, 25 tahun).

Adakah prosedur dalam melakukan verifikasi ?
Iya, prosedurnya ada. (LM, 25 tahun).

Apakah dalam berkas klaim harus ada Surat Eligibilitas Peserta (SEP)?

Memang harus memakai SEP (R, 24 tahun).

Harus ada SEP (Surat Eligibilitas Peserta) karena SEP adalah tanda bahwa peserta tersebut secara administrasi klaim sah. SEP (Surat Eligibilitas Peserta) harus ada salah satunya sebagai identitas dan tanda bahwa pasien telah diverifikasi status kpesertaannya dan secara administrasi sah sebagai pasien yang dijamin oleh BPJS Kesehatan. SEP (Surat Eligibilitas Peserta) hanya untuk membuktikan bahwa pasien sah secara administrasi klaim. Akan tetapi SEP bukan sebagai bukti penjaminan peserta. Intinya bila sudah terbit SEP, belum tentu lolos verifikasi klaim medis serta secara verifikasi administrasi.

Permasalahan yang dihadapi?

Data yang tidak sesuai, masalah-masalah diagnosa dan masalah laporan yang belum. (LM, 25 tahun).

Apa saran dari masalah yang dihadapi?

Sarannya datanya harus lengkap semua, seperti nomor rekam medik dan tulisan dokter harus diperbaiki lagi karena nanti tidak bisa dibaca, dan perawatan harus lebih dilengkapi lagi dari berkas rekam medis, kalau tulisan dokter bisa ditulis lagi oleh perawat, perawat biasanya menanyakan lagi oleh dokter, jadi bisa ditanyakan lagi yang tidak jelas. (LM, 25 tahun).

Berdasarkan hasil penelitian bahwa 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 koding yang dilakukan, apakah diagnosis yang dimasukkan kedalam aplikasi sesuai dengan diagnosis yang diberikan oleh dokter apa tidak.

2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Bagaimana Proses melakukan verifikasi?

Proses melakukan verifikasi dari data INA CBGs' dikirim melalui telegram disesuaikan datanya jika tidak sesuai. Bila tidak sesuai dikembalikan bila ada nomor SEP yang kurang

biasanya ada yang kurang, ada aplikasinya di BPJS, di SEP itu bagiannya, langsung otomatis muncul dan dikirim kembali ke saya lalu saya perbaiki, dan setelah cocok dikirim kembali ke saya. Datanya langsung muncul lalu dikirim ke BPJS. (LM, 25 tahun).

Kelengkapan yang verifikasi administrasi Pelayanan?

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. (LM, 25 tahun).

Apakah ada instrument khusus?

Kalau alatnya SEP dengan INA CBG's dan manual dicocokkan berkasnya, dan dilihat laporan operasi, dan patograf dan laporan lain, hanya itu saja kalau untuk instrumen lain tidak ada lagi. (LM, 25 tahun).

Bagaimana kesesuaian antara verifikasi administrasi kepesertaan dan verifikasi administrasi pelayanan jika tidak sesuai?

Kalau tidak sesuai tidak dilayakkan! Karena biasa banyak yang memakai kartu orang lain, kalau di administrasi kepesertaan itu yang dicek, kesesuaian antara identitas dengan kartu pasien. Harus ada KTP, SIM atau kartu keluarga, supaya bisa dicek ini kartunya atau bukan. kalau verifikasi pelayanan verifikasi berkas supaya berkas-berkas yang dari Rumah Sakit. kalau pelayanan kepesertaan itu dari peserta pasien, kalau verifikasi pelayanan itu dari pihak Rumah Sakiti, semua diagnosa, ada lembar diagnosanya dan ditanda tangan oleh dokter. Seperti kalau verifikasi pelayanan itu harus ada tanggal masuknya pasien, keluarnya.. diagnosanya apa tanda tangan dan dia dirawat dikelas berapa. (LM, 25 tahun).

Permasalahan yang dihadapi dengan proses administrasi pelayanan ?

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 menanyakkan sendiri ke pasiennya, kalau pihak BPJS sudah tidak disini.. nanti lewat via telfon.. (LM, 25 tahun).

Untuk sarannya itu mengatasi masalah yang tadi ?

Kalau sarannya itu.. semakin diperketat kembali kalau untuk.. sebelum dibuatkan dikonfirmasi memang semuanya, khususnya juga pihak Rumah sakit harus lebih jeli lagi kalau misalnya melihat kasus-kasus begitu.. kecelakaan.. kasus yang bukan dengan medis. (LM, 25 tahun).

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

3) Verifikasi pelayanan

Bagaimana proses untuk verifikasi pelayanan?

Proses verifikasi pelayanan? intinya kalau Rumah Sakit sudah mengajukan kita memakai aplikasi yang bisa verifikasi, kalau kita aplikasi SEP, kalau Rumah sakit aplikasi INA CBGs. Itu namanya aplikasi SEP, kalau dari pihak rumah sakit memberikan kami yang diolah di aplikasi dan dari itu lalu dicek. (LM, 25 tahun).

Bagaimana kesesuaian antara verifikasi administrasi dan verifikasi pelayanan?

kalau saya paling sesuai hak kelas, karena biasa peserta disini di aplikasi pasien kelas.. 2 ternyata pasien dirawat di kelas.. 3, dicek sesuai dengan dimana pasien dirawat bukan berdasarkan yang ada di aplikasi jadi

kalau misalnya pasien harusnya kelas 2 tetapi pasien dirawat dikelas 3.. akan tetap dibayar dimana sesuai kelas pasien dirawat. Kalau kepesertaanya sama pelayanannya yang biasa tidak sesuai diajukan karena biasa pasien seharusnya sesuai dengan haknya tetapi biasa tidak sesuai dengan haknya. (LM, 25 tahun).

Ada permasalahan yang dihadapi dalam verifikasi pelayanan?

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 atau dipending, 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, verifikator 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. (LM, 25 tahun).

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa verifikasi berkas klaim dimulai dari verifikasi administrasi kesehatan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan, dan verifikasi menggunakan software verifikasi. Verifikasi administrasi berupa verifikasi berkas klaim. 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.

4) Verifikasi Menggunakan Software Verifikasi Keuntungan dan kerugian menggunakan software?

Kalau keuntungan dan kerugiannya itu saya rasa kalau untungnya kami bisa lebih

mudah lebih cepat mengetahui, diagnosa akhirnya cuman kalau kerugiannya tergantung juga, jangan sampai jaringan mungkin tidak bagus jadi tidak bisa hitung jumlah tarifnya atau bisa juga kendala-kendalanya dari rumah sakit. Software itu ada pembaharuan karena yang membuat software INA CBG's itu bukan BPJS yang membuat adalah kementerian kesehatan tim dari NCC kantor kementerian kesehatan kalau misalnya ada pembaharuan lalu lama itu lagi yang menjadi kendala di rumah sakit karena tidak bisa mengentry dan mengajukan begitu. Intinya kalau software INA CBG's yang kamu tanyakan itu langsung dibuatnya dari tim NCC tim pembuat tarif dari kementerian kesehatan, itu yang mereka paket rumah sakit dasarnya yang mereka ajukan ke BPJS. (R, 24 tahun)

Ada keuntungan dan kerugian menggunakan software INA CBG's?

Keuntungannya menggunakan software seperti memudahkan penginputan data pasien dan bisa mempercepat proses pengklaiman lalu kerugiannya paling diagnosa tidak bisa masuk di software, kalau ini rumah sakit tipe C jadi tidak bisa masuk di tipe C. kode diagnosa ada yang tidak bisa masuk di aplikasi INA CBG's, seperti waktu itu diagnosa tidak muncul tarifnya. Tidak semua diagnosa penyakit ada di software, mungkin itu. Kan kode-kode tertentu juga itu tidak masuk, inikan tipe C. (Verifikator Pengkodean, LM 25 tahun)

Apakah ada masalah yang dihadapi melakukan verifikasi menggunakan software?

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. (LM 25 tahun)

Apa masalah yang dihadapi dalam verifikasi dengan menggunakan software?

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 otomatis seperti kak awir tidak bisa kode kalau tidak ada diagnosa yang di tulis dokter, hanya kalau untuk software INA CBG's adanya di rumah sakit. Karena yang memiliki software INA CBG's itu pihak rumah

sakit nantinya mereka entry di aplikasi, diagnose, namanya, dan tindakannya apa, hasilnya yang keluar itulah yang ditagihkan ke kami yang diverifikasi. Dibuat oleh tim NCC kementerian kesehatan, dasarnya penagihan menggunakan software INA CBG's. rumah sakit yang memiliki wewenang membuka software ini seperti password, user. Kalau SEP untuk mengetahui kartu pasien aktif atau tidak, bisa atau tidak, kalau software INA CBG's untuk verifikasi di rumah sakit. Intinya kalau rumah sakit setelah entry lalu di serahkan ke BPJS, BPJS yang verifikasi kalau misalnya ada kendala BPJS akan dikembalikan ke verifikator rumah sakit, untuk dikonfirmasi ke dokter misalnya dilengkapi dan tidak ada verifikasinya, tidak ada transfuse, tidak ada bukti, tapi kalau kita mau mengetahui langkah-langkah step by step nya verifikasi bagaimana. Tetapi kalau mau mengetahui apa saja yang saya verifikasi itulah yang kak awir berika ke saya, SEP, berkas pendukungnya seperti laporan operasi, laporan dana. (R 25 tahun)

Apa saja yang dibutuhkan dalam proses verifikasi?

Dalam proses verifikasi menggunakan software harus menggunakan software INA CBG's karena data-data yang diinput masuk dalam aplikasi semua pasien sehingga pada saat proses verifikasi data dikirim ke verifikasi BPJS lalu diverifikasi. Begitu saja. Soalnya data pasien masuk dalam aplikasi. Data-data pasien masuk ke software. (LM 25 tahun)

Bagaimana jika terjadi ketidaksesuaian antara verifikasi administrasi dan verifikasi pelayanan?

Akan tetap diverifikasi tetapi kalau ada yang tidak sesuai antara verifikasi administrasi dan verifikasi pelayanan tetapi ada perbaikan. Dan dilengkapi terdahulu. lalu diverifikasi ulang jika ada yang tidak sesuai dan dikembalikan lagi ke pihak rumah sakit lalu dilihat lagi mana yang tidak sesuai dan menggunakan software INA CBG'S. laporan yang dikirim ke BPJS bukan softwarenya. (LM 25 tahun)

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 memasukan kode diagnosis penyakit maka biaya dari tindakan dan pengobatan tersebut langsung diketahui.

5) Petugas Rekam Medik

Berapa orang petugas rekam medik?

Direkam medis berjumlah enam orang petugasnya yang satu orangnya dari petugas pengkodean BPJS. (IT, 34 tahun)

Bagaimana proses penyeteroran dokumen klaim rumah sakit ke BPJS ?

Ini rawat Jalan atau rawat Inap? yang pertama pasien datang ke pendaftaran lalu membawa surat rujukan BPJS setelah itu dibawa ke... BPJS center untuk dibuatkan SEP, setelah dibuatkan SEP dibawa ke.. Poli atau di UGD. Kalau dokter menyarankan untuk rawat inap jadi rawat inap, kalau rawat jalan, rawat jalan saja.. kendalanya.. biasa kalau pasien lupa membawa kartu BPJSnya. Diberikan waktu 24 jam, dan 3 hari itu untuk melengkapi berkasnya, kalau selama 3 hari berkasnya tidak lengkap maka dijadikan pasien umum. Menjamin dulu berupa biaya administrasi dokter kalau sudah ada kartunya dikembalikan uangnya. Begitu! (IT, 34 tahun)

Apa saja yang harus ada dalam rekam mediknya pasien?

Yang harus ada yang pertama kalau pasien rawat inap harus ada fotokopi KTP, Fotokopi BPJS, fotokopi KK dan disertakan juga dengan status rawat inapnya.. harus ada! Untuk medis lembar satu, lembar dua .. yang kelengkapan-kelengkapan berkasnya. statusnya itu beda antara penyakit dalam, bedah, obgyn dengan anak itu berbeda, berbeda isi dalamnya, yang membedakan hanya bagian untuk penyakit dalam berbeda, bedah berbeda, obgyn berbeda, anak berbeda, saraf juga berbeda. Yang membedakan itu kalau selalu ada laporan tindakannya, kalau internet begitu kalau penyakit dalam begitu, obgyn harus memakai patograp? Iya patograp, dan pemeriksaan anastesi kalau penyakit dalam begitu saja, tidak lagi memakai laporan tindakan... patograp rawat inap di operasi begitu saja. (IT, 34 tahun)

Kualitas sumber daya manusianya petugas Rekam Medik ?

Kalau disini sudah tersedia untuk alumni pendidikan D3 rekam medik bapak sendiri ini.. tapi dia.. ditugaskan.. di pengkodean BPJS disini kita organiknya..kalau ada.. maksudnya kesulitan di rekam medik kan jelasnya konsultasi sama awir dia yang lebih tahu karena dia pernah kuliahkan.. maksudnya.. tamatannya memang Rekam Medik dia yang bertanggung jawab, walaupun penugasannya pengkodean tapi untuk.. pertanggung jawabannya direkam medik tetap rekam medik kita hanya anggotanya.. (IT, 34 tahun)

Apakah keterlambatan karena tidak lengkapnya pengisian data rekam medik pasien ?

Maksudnya bagaimana? Oh iya.. memang berpengaruh karena biasanya seperti dokter tidak menuliskan hasil diagnosa pasien lalu dikembalikan ke perawat dan perawat menghitung lagi bila sudah akan dikembalikan lagi ke dokter, dalam satu hari, ini kalau masalah yang seperti itu. hal itu sangat berpengaruh. (LM, 25 tahun)

Berdasarkan hasil penelitian didapat informasi bahwa jumlah petugas yang bertugas mengurus klaim dari pihak RS ada 3 orang dan 1 orang dari pihak BPJS Kesehatan yang bertugas di RS. Sesuai dengan tujuan dari penelitian bahwa pengelolaan klaim dapat berjalan dengan lancar jika petugas yang berhubungan langsung dengan klaim memiliki pemahaman dan keterampilan yang baik sehingga klaim dapat diproses dengan baik.

DISKUSI

Sumber utama dalam keberhasilan pengelolaan klaim pasien BPJS yang ada di Rumah Sakit Dr.R.Ismoyo 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.

Kelengkapan berkas merupakan salah satu persyaratan untuk pengelolaan klaim. Jika berkas-berkas yang akan diverifikasi tidak lengkap maka akan menyebabkan pengelolaan klaim akan terganggu. Berkas-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.

Klaim yang disampaikan ke pihak verifikator 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 berlarut larut. 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 lengkap⁶. Di Rumah Sakit Dr. R.Ismoyo 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.

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 Sakit⁷.

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 koding 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 diagnostik (DRG) dan pengobatan yang menggambarkan kondisi pasien serta perawatan yang diberikan⁸.

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.

Kemudian setelah di verifikator ruangan selesai berkas tersebut akan dikirim ke verifikator klaim BPJS untuk pendataan biaya yang harus ditanggung oleh pihak yang sakit pada pasien BPJS. Setelah selesai pihak verifikator klaim akan melaporkan ke rekam medis 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 verifikator klaim untuk pendataan lebih lanjut mengenai proses yang dilakukan oleh pihak sebelumnya apakah sudah benar apa tidak. Dan kalau sudah benar pihak rumah sakit Dr.R.Ismoyo Kota Kendari akan menyampaikan klaim berkas keuangan ke verifikator 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 Dr.R.Ismoyo 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 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 pengkodean untuk diklaimkan. Bahwa dalam verifikasi berkas klaim semua kelengkapan berkas harus dilengkapi untuk diverifikasi dan diajukan ke pihak BPJS Center untuk diklaimkan dan dibayarkan ke Pihak Rumah Sakit DR. R. Ismoyo Kota Kendari.

Proses klaim rumah sakit dimulai dari melengkapi berkas dokumen sebagai syarat pengajuan klaim oleh petugas coding rumah sakit, lalu berkas klaim diverifikasi oleh verifikator 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 dikantor 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 faskes⁹.

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 kepesertaan¹⁰.

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.

Secara umum pengelolaan klaim dirumah sakit Dr.R.Ismoyo sudah berjalan dengan baik tetapi ada kendala yang di alami oleh pihak rumah sakit Dr.R.Ismoyo terutama dibagian verifikator ruangan ataupun lainnya. Kejadian ini dikarenakan adanya kendala-kendala dalam pelaksanaan klaim tersebut, yaitu:

a) Masih adanya susulan berkas pasien

Hal ini dikarenakan ketidaksengajaan 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 ketidaklengkapan proses berkas maka pihak rumah sakit Dr.R.Ismoyo Kota Kendari harus mengembalikan berkas kepada pasien untuk dilengkapi. Dan sedikit terhambat akan adanya pengumpulan klaim yang dilakukan oleh pihak rumah sakit Dr.R.Ismoyo.

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Dr.R.Ismoyo 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.

Dalam penelitiannya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pengklaiman BPJS di rumah 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 resume¹¹.

1. Administrasi Pengajuan Klaim Pada Pasien BPJS Rumah Sakit Dr. R. Ismoyo Kota Kendari.

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Dr.R.Ismoyo sebelum dilakukan pengecekan terhadap kelayakan berkas persyaratan oleh petugas verifikasi BPJS. Petugas menyiapkan dokumen klaim yang telah dilakukan *grouping* 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 verifikasi 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 danya 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.

Di RSJD Dr.Amino Gondohutomo bahwa sebelum dilakukan pengecekan terhadap kelayakan persyaratan berkas oleh petugas verifikasi BPJS, petugas verifikasi menyiapkan dokumen-dokumen klaim yang

telah di *grouping* sesuai paket INA CBGs oleh petugas klaim BPJS yaitu data yang tidak lengkap biasanya disebabkan oleh tidak adanya surat rujukan misalnya dari semua data pasien satu bulan, data yang tidak lengkap biasanya disebabkan oleh tidak aa pasien tidak menyerahkan fotocopy kartu keluarga serta diagnosa ketergantungan zat¹².

Verifikator BPJS memiliki beberapa verifikasi, antara lain :

1) Verifikasi Administrasi

a) 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. Bahwa dalam proses Verifikasi harus menggunakan SEP sebagai bukti kepesertaan, dalam proses pengajuan berkas klaim sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan.

b) Verifikasi Administrasi Pelayanan Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah : a) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana tersebut pada poin 1a diatas (diuraikan termasuk menjelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas); 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 Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

c) Verifikasi Pelayanan Kesehatan 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 1 109 pasien, kelas 2 103 pasien, kelas 3 juga 55 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 di aplikasi jadi kalau harusnya kelas 2 tapi dirawat di kelas 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 perawatan bukan pada kelasnya dalam hal ini naik kelas maka peserta tersebut dikenakan penyesuaian kelas yang sudah diatur dalam BPJS Kesehatan¹³.

2. Verifikasi Menggunakan Software Verifikasi Dalam Proses Pengelolaan Klaim Pada Pasien BPJS

Software yang dimaksud oleh peneliti adalah jenis aplikasi pendukung yang digunakan oleh petugas terkait dengan pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit Dr.R.Ismoyo 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.

1. 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.

2. 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.

3. 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 INA CBGs 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. 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 elektronik. 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 verifikasi 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 Kesehatan¹⁴.

Dari pelayanan yang diperoleh dikeluarkan berkas-berkas yang terkait dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien diantaranya bukti tindakan, diagnosa, resep obat dan tandatangan dokter yang merawat. Data-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 koding untuk menemukan jumlah tarif yang harus dibayarkan oleh pihak BPJS. Berkas-berkas dari poli masing-masing dikirim ke bagian rekam medis setiap harinya paling lambat jam 2 siang, lalu dilakukan pengkodean oleh petugas koding. Pengkodean paling cepat selama 2 hari hal ini karena jumlah pasien yang banyak sehingga membutuhkan waktu yang lama untuk melakukan koding. Setelah pengkodean selesai berkas dikirim ke bagian administrasi klaim untuk dilakukan pengentryan ulang berkas-berkas.

Berdasarkan hasil penelitian rumah sakit Dr.R.Ismoyo Hambatan-hambatan yang biasanya menyebabkan berkas klaim lama pada saat pengkodean adalah ketinggalan tanda tangan dokter yang membuat bagian koding harus mencari dokter terlebih dahulu dan lama pada saat pengkodeannya. 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.

Berdasarkan wawancara dengan informan bahwa selain itu kendala yang sering dihadapi oleh petugas verifikasi klaim di

rumah sakit adalah tidak ada kode diagnosa penyakit yang ada dalam program INA CBGs karena Rumah Sakit DR.R.Ismoyo Kota Kendari merupakan Rumah Sakit Tipe C yang biasa tidak ada diagnose penyakit jika tergolong dalam rumah sakit tipe C dan biasanya terjadi pergantian harga dalam INA CBGs dari pusat oleh tim NCC Kementerian Kesehatan. Untuk Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas, maka tarif INA-CBGs yang digunakan setara dengan Tarif Rumah Sakit Kelas D sesuai regionalisasi masing-masing.

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.

3. Sumber Daya Manusia pada Rekam Medis pasien BPJS Unit Rawat Inap Rumah Sakit Dr. R. Ismoyo

Kurangnya pengetahuan dan pemahaman penyedia pelayanan kesehatan untuk melihat apakah polis asuransi valid atau tidaknya. Oleh sebab itu petugas yang bekerja

di PPK harus lebih tanggap dan lebih berpengalaman untuk melihat keinginan dari asuransi yang bersangkutan. Pengelolaan klaim yang tidak efektif diakibatkan karena tenaga kerja yang tidak berpengalaman dan dapat menyebabkan permasalahan pada pengelolaan klaim dan pembayaran klaim oleh pihak asuransi sehingga menyebabkan permasalahan pada arus kas rumah sakit¹⁵.

Berdasarkan hasil penelitian dan tinjauan pustaka dapat disimpulkan bahwa SDM merupakan faktor input dalam kinerja rumah sakit. Keterampilan dan pemahaman yang baik akan memberikan hasil kinerja yang baik juga bagi rumah sakit. Khususnya untuk pengelolaan klaim, jika SDM yang tersedia berpengalaman dan memahami klaim dengan baik maka kesalahan dalam verifikasi klaim dapat dihindari. Tetapi pada kenyataannya, di rumah sakit saat ini masih terjadinya kesalahan pada saat pengkodean atau pada saat penarifan yang menyebabkan klaim lama untuk diproses dan menyebabkan kinerja rumah sakit juga menurun.

Sumber Daya Manusia (SDM) berdasarkan hasil penelitian rumah sakit di Dr.R.Ismoyo didapatkan bahwa jumlah petugas yang bertugas mengurus klaim dari pihak RS ada 5 orang dan 1 orang dari pihak BPJS Kesehatan yang bertugas di Rumah Sakit. Untuk SDM belum sesuai karena petugas rekam medis tersebut bukan lulusan perekam medis. Di rumah sakit terdapat satu orang lulusan D3 rekam medik. Perekam medis harus memiliki kualifikasi yaitu DIII Rekam Medis, DIV Rekam Medis/Sarjana Terapi Rekam Medis, Sarjana Rekam Medis, dan Magister Rekam Medis. Dalam hal ini Rumah Sakit DR.R.Ismoyo dalam penyelenggaraan Rekam Medis masih memiliki kekurangan petugas rekam medis¹⁶.

Sesuai dengan tujuan dari penelitian bahwa pengelolaan klaim dapat berjalan dengan lancar jika petugas yang berhubungan langsung dengan klaim memiliki pemahaman dan keterampilan yang baik sehingga klaim dapat diproses dengan baik. Jika petugas klaim tidak memiliki pengetahuan dan pemahaman yang baik dapat menyebabkan kesulitan dalam proses klaim yang dapat mengakibatkan terganggunya arus kas rumah sakit.

Hubungan kelengkapan dokumen rekam medis terhadap persetujuan klaim

jakmesmas oleh verifikator 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. Waktu pengembalian berkas rekam medis rawat inap adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh petugas bagian instalasi rawat inap setelah menyelesaikan dan mengisi berkas rekam medis secara lengkap dan dikembalikan dalam waktu 2 x 24 jam setelah pasien pulang¹⁷.

SIMPULAN

1. Pengelolaan klaim rawat inap di rumah sakit Dr.R.Ismoyo 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 klaim ke BPJS untuk verifikasi jika ada berkas atau coding INA CBGs yang tidak sesuai maka pihak verifikator BPJS menyerahkan berkas kerumah 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.
2. Tahap administrasi klaim yaitu:
 - a. 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
 - b. Verifikasi Administrasi Pelayanan Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah : a) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana tersebut pada poin 1 diatas (diuraikan termasuk menjelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas); 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 dilakukan konfirmasi lebih lanjut.
3. Software yang dimaksud oleh penelitian adalah jenis aplikasi pendukung yang digunakan oleh petugas terkait dengan pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit Dr.R.Ismoyo jenis aplikasi yang digunakan untuk pengelololaan 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 aplikasipembuatan SEP dan aplikasi verifikasi klaim. Proses verifikasi berkas klaim dimulai dari pengumpulan berkas klaim pada saat pasien mendaftar sampai dengan pengajuan berkas klaim kepetugas 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 membuatkan Surat Eligibilitas Peserta.
4. SDM merupakan faktor input dalam kinerja rumah sakit. Keterampilan dan pemahaman yang baik akan memberikan hasil kinerja yang baik juga bagi rumah sakit. Khususnya untuk pengelolaan klaim, jika SDM yang tersedia berpengalaman dan memahami klaim dengan baik maka kesalahan dalam verifikasi klaim dapat dihindari. Tetapi pada kenyataannya, di rumahsakit saat ini masih terjadinya kesalahan pada saat pengkodean atau pada saat penarifan yang menyebabkan klaim lama untuk diproses dan menyebabkan kinerja rumah sakit juga menurun.

SARAN

1. Berkas klaim dalam pengklaiman BPJS diharapkan agar bisa dilengkapi oleh pihak peserta agar dalam verifikasi berkas klaim yang diajukan bisadiverifikasi langsung dan di entry lebih cepat di program *INA CBG's* agar dalam verifikasi administrasi bisa lebih cepat dan bisa mendapatkan pelayanan lebih cepat pula sehingga bias memudahkan peserta dalam pelayanan kesehatan.

2. Verifikasi administrasi kepesertaan seharusnya pihak dokter, perawat, dan peserta harus lebih teliti dalam pengajuan berkas agar dalam proses verifikasi administrasi bisa lebih cepat dan ada yang menjadi kekurangan dalam berkas agar bisa dilengkapi secepatnya baik itu tanda tangan dokter, diagnose penyakit yang kurang jelas maupun kelengkapan berkas lainnya.
3. Dalam verifikasi administrasi pelayanan harus ada kesesuaian antara verifikasi administrasi dan verifikasi pelayanan agar pelayanan kesehatan bisa dilakukan secepatnya tanpa ada hambatan. Kelengkapan berkas dalam hal ini perlu diperhatikan pasien karena jika terjadi ketidaksesuaian maka berkas pasien akan dikembalikan dan diperbaiki lagi sehingga menghambat proses pelayanan. Karena jika terjadi ketidaksesuaian maka pasien tidak akan dilayani.
4. Verifikasi pelayanan harus disesuaikan antara verifikasi administrasi kepesertaan dan verifikasi administrasi pelayanan jadi pentingnya peserta dalam memperhatikan kedua item ini yang tidak terlepas dari verifikasi pelayanan agar pelayanan di pihak rumah sakit lebih cepat untuk kesesuaian administrasi rumah sakit.
5. Dalam software yang digunakan oleh BPJS dalam memverifikasi menggunakan software INA CBG's yang perlu diperhatikan dalam software ini adalah agar kiranya data-data penyakit yang belum lengkap dan belum ada kodenya agar bisa dilengkapi kodenya supaya tidak menyulitkan petugas rekam medis dalam mengkodekan penyakit.
6. Untuk peneliti selanjutnya diharapkan melakukan penelitian lebih lanjut dan lebih mendalam
4. Rumah Sakit DR.R.Ismoyo. 2016. *Profil Rumah Sakit Dr.R.Ismoyo Tahun 2015*. Kendari
5. Sugiyono. 2014. *Memahami penelitian kualitatif*. Alfabeta. Bandung.
6. Provost, WA & Peterson, BE . 2006 . USP. *Payment of health care insurance claims using short-term loans*.
<http://www.google.com/patents/US7072842>
7. BPJS Kesehatan. 2014. *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan*. Jakarta : Direktorat Jendral Pelayanan
8. Peterson, et al. 2002. USP. *Electronic creation, submission, adjudication, and payment of health insurance claims*.
<http://www.google.com/patents/US6343271>
9. Raymanel, Fretta. 2012. *Analisis Manajemen Piutang Pasien Rawat Inap Jaminan Asuransi di Rumah Sakit XYZ Tahun 2012*. FKM UI : Depok
10. Edward, CR & Daniel, KM. 1998. USP . *Automated system and method for providing realtime verification of health insurance eligibility*.
<http://www.google.com/patents/US5832447>
11. Putri EA. 2014. *Paham BPJS Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Friedrich-Ebert-Stiftung. Yogyakarta
12. Ardhitya, Tyas. 2015. *Faktor-faktor yang melatarbelakangi penolakan klaim BPJS oleh Verifikator BPJS di RSUD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015*. Semarang : Prodi Rekam Medis dan SIK Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro
13. BPJS Kesehatan. 2016. *Tarif Fasilitas BPJS Kesehatan 2016*. Jakarta
14. Kementerian Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (CBGs).
15. Lawrence, EP. 1985. USP . *Medical insurance verification and processing system*.
<http://www.google.com/patents/US4491725>
16. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis*. Jakarta:Departemen Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Peraturan Presiden RI nomor 111 tahun 2013 tentang Perubahan atas peraturan presiden nomor 12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan,
2. WHO, 2010, *Universal Health Coverage (online)*. (<http://www.who.int/>)
3. Kementerian Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional

17. Ulfah, S. 2013. *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. Jurnal: Kesehatan Masyarakat. Semarang: Jurusan Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro. Semarang.*
http://eprints.dinus.ac.id/6458/1/jurnal_11929.pdf