

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit

Rumah Sakit Bantuan 05.08.04 Lawang, atau dikenal sebagai Rumkitban 05.08.04 Lawang atau RS Brawijaya, merupakan rumah sakit militer yang terletak di Jl. Sumber Waras No. 32 Lawang Malang Jawa Timur berdiri tahun 1967 yang di beri nama BKIA (Balai Kesehatan Ibu dan Anak) di Jl. Raya Surabaya Malang.



Gambar 4. 1 Gedung dan Lokasi Rumkitban Lawang (Tahun 2022).

Sebagai unsur pelaksana Kesdam V/Brawijaya mempunyai tugas pokok memberikan pelayanan kesehatan bagi prajurit, PNS dan keluarganya dan memberikan dukungan kesehatan bagi Komando. Prioritas program kerja adalah meningkatkan profesionalisme SDM, meningkatkan kemampuan alkes yang ada, sosialisasi serta meningkatkan pemasaran rumah sakit ke masyarakat, sehingga menjadi pilihan bagi personil dan keluarganya serta masyarakat pada umumnya.

Visi Rumah Sakit mewujudkan Rumkitban Lawang menjadi rumah sakit yang melayani Prajurit, PNS dan keluarganya dan masyarakat umum dengan di landasi profesionalism, disiplin, bermoral, solidaritas dan paripurna. Adapun misinya antara lain: a) Memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, terjangkau dan paripurna dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

b) Menyelenggarakan dukungan kesehatan yang handal, pelayanan yang prima dan fungsi organik yang seksama.

Pelayanan kesehatan di Rumkitban Lawang terdiri dari pelayanan gawat darurat, rawat jalan dan rawat inap. Pelayanan gawat darurat melayani selama 24 jam terdiri dari gawat darurat medis, Bedah dan evaluasi pasien. Unit Gawat Darurat di lengkapi dengan peralatan emergency, ventilator transport, monitor dan defibrilator, IGD, Poli Klinik Spesialis, KIA, Gadar Pengunjung, Laboratorium dan Instalasi Farmasi. Tenaga perawat dan dokter yang bersertifikat ATLS, BTCLS, ACLS serta yang berpengalaman sesuai bidangnya. Pelayanan rawat jalan dilaksanakan di Poliklinik spesialis obsgyn, poli bedah, poli penyakit dalam, dan kesehatan anak, penyakit dalam, mata, anastesi, bedah mulut, gigi, saraf, radiologi dan patologi klinik. Sedangkan fasilitas pelayanan ruang rawat inap di Rumkitban terdiri dari:

- | | |
|------------------|---------|
| a. VIP | : 4 TT |
| b. Kelas 1 | : 4 TT |
| c. Kelas 2 | : 16 TT |
| d. Kelas 3 | : 16 TT |
| e. Ruang Isolasi | : 2 TT |
| f. Ruang ICU | : 3 TT |
| g. Ruang RR | : 2 TT |
| h. Non Kelas | : 5 TT |

Rumkitban Lawang mempunyai beban kerja untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada antara lain:

- Kesatuan TNI-AD yang berada di wilayah Korem 083 /BJ.
- Kesatuan TNI-AU Lanud Abd Saleh
- Kesatuan TNI-AL Lanal Malang
- Masyarakat TNI-AD lainnya yang berada di wilayah Korem 083/BJ yang memerlukan pelayanan kesehatan.
- Masyarakat umum yang berada di kota Malang dan sekitarnya.
- Ikut serta di dalam memberikan dukungan kesehatan dalam rangka PAM, TMMD, Baksos Kesehatan, Safari KB.

Personil di Rumkitban 05.08.04 Lawang TOP/DSPP sesuai dengan peraturan Kasad Nomor:Perkasad / 265 / XII / 2007 tentang organisasi dan tugas kesehatan Komando Daerah Militer (ORGAS KESDAM) antara lain:

a. Berdasarkan Pangkat/Golongan (Tahun 2022)

Tabel 4. 1 Pangkat/Golongan personil di Rumkitban Lawang.

No	Pangkat/ Gol	Kekuatan	
		TOP / DSPP	NYATA
1.	PA	3	2
2.	BA	2	5
3.	TA	0	1
4.	PNS Gol IV	0	1
5.	PNS Gol III	0	8
6.	PNS GOL II	17	8
7.	PNS Gol I	0	0
Jumlah		22	25

Berdasarkan pangkat/golongan terdapat golongan PA 3 personel, BA 2 personel PNS IV 1 personil, Golongan III 8 personil, Golongan II 17 personil.

b. Berdasarkan Kualifikasi

Tabel 4. 2 Kualifikasi Personil Rumkitban Lawang pada tahun 2022.

No.	Kualifikasi	Kekuatan			Jumlah
		Militer	PNS	Karyawan	
1	Medis	2	2	3	7
2	Paramedis	5	12	35	52
3	Non Paramedis	1	3	21	25
Jumlah		8	17	59	84

Berdasarkan kualifikasi terdapat 7 personil sebagai tenaga medis, 52 personil tenaga paramedis dan 25 personil tenaga non paramedis dengan rincian 8 personil dari militer, 17 personil PNS dan 59 personil status karyawan.

c. Tenaga Medis, Paramedis dan Non Paramedis

Tabel 4. 3 Kualifikasi Jenjang Pendidikan Personil Rumkitban Lawang.

No.	Tenaga Medis	Militer	PNS	Karyawan	Jumlah
1.	S.2 Kedokteran	1	-	-	1
2.	S.1 Kedokteran	1	2	2	5
3.	S.1 Kedokteran Gigi	-	-	1	1
4.	S 2 Kebidanan	-	-	-	-
5.	S.1 Keperawatan	-	4	5	9
6.	S.1 Apoteker	-	-	1	1
7.	D.4 Kebidanan	-	3	0	3
8.	D.3 Kebidanan	-	2	6	8
9.	D.3 Keperawatan	2	2	8	12
10.	D.3 Perawat Gigi	1	-	1	2
11.	D.3 Fisioterapi	-	-	1	1
12.	D.3 Gizi	-	-	1	1
13.	S.1 Gizi	-	1	-	1
14.	D.3 Farmasi	-	-	2	2
15.	D.3 Rekam Medik	-	-	4	4
16.	D.3 Analisis Kesehatan	-	-	3	3
17.	S .1 Teknik Informasi	-	-	2	2
18.	D.3 Kesekretariatan	-	-	1	1
19.	D.1 Komputer	-	-	1	1
20.	SMK Farmasi	-	-	2	2
21.	SPK	2	-	-	2
22.	SPRG	-	-	-	-
23.	SMA/SMK	1	3	9	13
24.	SMP	-	-	3	3
25.	SD	-	-	5	5
Jumlah		8	17	59	84

Sumber: Data Sekunder Tahun 2022

Berdasarkan kualifikasi jenjang pendidikan personil di Rumkitban Lawang yaitu S2 Kedokteran 1 orang, S1 kedokteran umum 5 orang, Kedokteran gigi 1 orang, S1 Keperawatan 9 orang, S1 Apoteker 1 orang, D4 Kebidanan 3 orang, D3 Kebidanan 8 rang, D3 Keperawatan 12 orang, D3 Fisioterapi, Gizi, Kesektariatan masing-masing 1 orang, D3 Rekam medik 4 orang, D3 Analisis kesehatan 3 orang SMK Farmasi 2 orang, SPK 2 orang, SMA/SMK 13 orang, SMP 3 orang dan SD 5 orang.

4.2 Persyaratan data/berkas klaim JKN pasien rawat inap

Pelaksanaan klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah salah satu komponen penting dalam penyelenggaraan layanan kesehatan bagi peserta program JKN di Indonesia. Program JKN, yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, bertujuan untuk memberikan akses yang lebih luas ke layanan kesehatan berkualitas kepada masyarakat. Salah satu bentuk layanan kesehatan yang dicakup dalam program ini adalah perawatan rawat inap di rumah sakit.

Proses klaim berkas JKN di Rumkitban Lawang mencerminkan langkah-langkah penting dalam pelaksanaan program JKN di rumah sakit tersebut. Tahapan pertama melibatkan petugas administrasi ruangan yang bertugas untuk mengumpulkan sejumlah dokumen kunci, seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), rekening tagihan, salinan Kartu Indonesia Sehat (KIS), Kartu Tanda Penduduk (KTP), Kartu Keluarga, surat rujukan (apabila pasien dirujuk dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama - FKTP), hasil pemeriksaan penunjang, dan resume medis pasien. Hal ini sejalan dengan wawancara berikut:

“Petugas administrasi ruangan membuat klaim lembar SEP, rekening tagihan, foto copy KIS, KTP, kartu keluarga, surat rujukan (jika dirujuk dari FKTP), hasil pemeriksaan penunjang dan resume medis, dan diserahkan ke petugas loket penerimaan untuk mencocokkan pada billing system, petugas rekam medik mengkoding diagnosa pasien sesuai INA-CBGs. (W11f1b)”

Selanjutnya, berkas-berkas ini diserahkan kepada petugas loket penerimaan yang berperan penting dalam tahap verifikasi. Di sini, berkas-berkas tersebut diperiksa dan dibandingkan dengan data yang ada dalam sistem billing rumah sakit. Hal ini bertujuan untuk memastikan kecocokan informasi antara berkas klaim dan data yang tercatat di dalam sistem.

Setelah tahap verifikasi ini selesai, berkas klaim JKN kemudian diteruskan ke petugas rekam medik. Tugas mereka adalah melakukan proses pengkodean diagnosa pasien sesuai dengan pedoman teknis yang telah ditetapkan dalam INA-

CBGs (*Indonesia Case-Based Groups*). Ini adalah tahap kritis dalam proses klaim, karena pengkodean diagnosa yang akurat memiliki dampak langsung pada besaran klaim yang akan diajukan kepada BPJS Kesehatan. Hal ini sejalan dengan wawancara berikut:

“Saat berkas klaim tiba, kami melakukan pengkodean diagnosa. Setelah itu, berkas dikirim ke tim verifikasi rumah sakit. (W2If2a)”

Hasil dari klaim JKN tersebut sesuai dengan Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional disebutkan bahwa prosedur pelayanan fasilitas kesehatan rujukan diawali dengan administrasi identitas peserta Jaminan Kesehatan Nasional meliputi surat rujukan dan SEP pelayanan. Setelah pelayanan administrasi, kelanjutan dari proses pengajuan klaim di fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS yaitu rekapitulasi pelayanan dan diakhiri dengan pemberian kode serta entri data melalui aplikasi INA-CBGs.

Petugas rekam medik melakukan proses kodefikasi diagnosa yang termuat pada form klaim pelayanan dan kemudian diperiksa oleh tim verifikasi internal di Rumkitban Lawang sebelum diteruskan ke BPJS Kesehatan untuk pemeriksaan lebih lanjut. Sebagai langkah terakhir, berkas pengajuan klaim ditandatangani oleh direktur rumah sakit atau pejabat yang mewakili, sebelum kemudian dikirim ke BPJS Kesehatan untuk diproses lebih lanjut. Karena JKN mewajibkan untuk mengikuti ketentuan yang telah ditetapkan mencakup prosedur pengajuan klaim sesuai dengan Permenkes Nomor 76 tahun 2016 tentang pedoman INA-CBGs, sebelum diverifikasi terdapat beberapa proses yang harus dilakukan oleh fasilitas kesehatan seperti melakukan entri data, *coding* dan *grouping* dengan menggunakan *software* INA-CBGS (*Indonesian Case Based Groups*).

Proses pelaksanaan klaim JKN ini mencakup sejumlah tahapan yang melibatkan berbagai pihak di rumah sakit dan juga BPJS Kesehatan. Keseluruhan proses ini harus dijalankan dengan ketelitian tinggi, karena kesalahan atau ketidaklengkapan dalam pengumpulan berkas atau pengkodean diagnosa dapat

berdampak pada besaran klaim yang diajukan oleh peserta program JKN. Hal ini sejalan dengan wawancara berikut:

“Kelalaian dalam pengumpulan dokumen, kesalahan dalam diagnosa, dan perbedaan interpretasi antara pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan. (W5If3a)”

Keterangan tersebut dapat diketahui bahwa permasalahan yang sering terjadi selama proses klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melibatkan beberapa aspek, termasuk ketidaklengkapan dokumen, kesalahan entri data, perselisihan mengenai prosedur dan persyaratan klaim sesuai dengan JKN, kendala sistem, serta ketidakterediaan diagnosa yang sesuai dengan ketentuan JKN dalam proses *grouping*. Masalah-masalah seputar diagnosa dalam klaim JKN di Rumkitban Lawang melibatkan ketiadaan diagnosa yang sesuai dengan standar JKN, ketidaksesuaian diagnosa, dan juga kelalaian dalam proses pengumpulan dokumen. Dalam beberapa kasus, ketidaksepakatan dan perbedaan interpretasi antara pihak rumah sakit dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan turut menjadi penyebab masalah dalam proses klaim. Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi permasalahan yang sering muncul selama pelaksanaan klaim JKN ini dan mencari solusi untuk mengatasi hambatan-hambatan tersebut, sehingga layanan kesehatan yang lebih baik dapat diberikan kepada masyarakat.

4.3 Kodefikasi Klaim JKN Pasien Rawat Inap

Proses koding dan entri data pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumkitban Lawang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mencakup beberapa tahap. Tahapan tersebut mencakup pengumpulan data pasien, identifikasi diagnosa dan prosedur, serta penggunaan kode seperti ICD-10 untuk diagnosa dan ICD9CM untuk prosedur. Selanjutnya, data pasien yang telah dikodekan dimasukkan ke dalam Sistem Informasi Manajemen Rekam Medis Rumah Sakit (SIM-RS). Proses di awal melibatkan pengkodean diagnosa pasien dengan menggunakan ICD-10 dan ICD-9 serta aturan yang terdapat dalam INA-

CBGs. Kemudian data dimasukkan ke dalam sistem untuk diverifikasi oleh petugas pengelola klaim JKN. Setelah data pasien telah diverifikasi, selanjutnya adalah melakukan pengajuan klaim. Pengajuan klaim dilakukan melalui sistem E-Klaim yang sudah disediakan oleh JKN. Hal ini sejalan dengan wawancara berikut:

“Proses coding dan entri data pasien JKN sesuai SOP yang meliputi beberapa tahapan, yaitu pengumpulan data pasien, identifikasi diagnosa dan prosedur, Setelah identifikasi diagnosa dan prosedur melakukan proses coding, seperti ICD-10 untuk diagnosa dan ICD9CM untuk prosedur, selanjutnya data pasien yang telah dikodekan dimasukkan ke dalam SIM-RS. (W6If1a)”

Hal ini sesuai dengan Permenkes Nomor 76 tahun 2016 tentang pedoman INA-CBGs, sebelum diverifikasi terdapat beberapa proses yang harus dilakukan oleh fasilitas kesehatan seperti melakukan entri data, coding dan grouping dengan menggunakan software INA-CBGS (*Indonesian Case Based Groups*). Merupakan perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis. Untuk menggunakan aplikasi ini rumah sakit harus memiliki kode registrasi yang dikeluarkan oleh Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan selanjutnya akan diaktivasi sesuai dengan kelas rumah sakit serta regionalisasinya.

Waktu yang dibutuhkan untuk berkas klaim dari pendaftaran sampai kepada proses pengkodean dan entri data adalah 1x24 jam pasca pasien keluar rumah sakit. Namun, secara umum, proses tersebut dapat memakan waktu beberapa jam hingga beberapa hari tergantung pada tingkat kesulitan dan jumlah data yang harus diolah. Untuk pasien yang tidak memerlukan perawatan khusus dan memiliki dokumen lengkap, proses pengkodean dan entri data biasanya dapat diselesaikan dalam waktu beberapa jam hingga satu hari kerja. Namun, jika pasien memerlukan perawatan khusus dan dokumen tidak lengkap atau tidak jelas, maka waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan proses tersebut dapat memakan waktu lebih lama, bahkan bisa mencapai beberapa hari atau lebih. Hal ini sejalan dengan wawancara berikut:

“Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan proses pengkodean dan entri data pasien JKN pada umumnya 1x24 jam pasca pasien KRS. (W7If1a)”

Keterangan tersebut dapat diketahui bahwa waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan proses pengkodean biasanya mencapai 1 x 24 jam pasca pasien keluar dari rumah sakit, walaupun waktu ini dapat bervariasi tergantung pada volume klaim dan kompleksitasnya. Hal ini menunjukkan bahwa Rumkitban Lawang telah menetapkan standar waktu yang memadai untuk memastikan bahwa pengkodean dilakukan dengan akurat dan dalam waktu yang sesuai. Pada dasarnya, ini merupakan upaya untuk menghindari keterlambatan dalam pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan.

Kondisi berkas klaim yang sudah masuk ke unit kodefikasi klaim di rumah sakit harus sudah lengkap dan sesuai dengan persyaratan dan kelengkapan dokumen yang telah ditetapkan. Berkas klaim yang diterima akan diteliti dan diperiksa untuk memastikan kelengkapan dokumen seperti identitas pasien, diagnosis, tindakan medis yang dilakukan, dan dokumen pendukung lainnya seperti hasil laboratorium dan radiologi. Jika terdapat dokumen yang kurang lengkap atau tidak sesuai persyaratan, maka rumah sakit akan meminta dokumen tambahan kepada pasien atau dokter yang merawat pasien. Setelah berkas klaim dianggap lengkap dan sesuai, maka berkas tersebut akan dilakukan proses pengkodean dan entri data pasien JKN di rumah sakit.

Proses pengkodean dan entri data pasien JKN di Rumkitban Lawang dengan aplikasi pendukung sudah sesuai dengan ketentuan, termasuk SIMRS, INA CBGs, dan E-Klaim. Ketiga aplikasi tersebut digunakan bersama-sama dalam proses pengelolaan klaim JKN dimulai dari pendaftaran pasien, pemeriksaan, pengkodean, hingga pengajuan klaim ke JKN, khususnya di Rumkitban Lawang menggunakan perangkat lunak INA-CBGs untuk menjalankan proses koding data pasien. Hal ini sejalan dengan wawancara berikut:

” Untuk melakukan proses koding data pasien, rumah sakit menggunakan beberapa aplikasi pendukung seperti SIM RS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit, Aplikasi INA-CBGs (Indonesian Case Based Groups) dan E-klaim JKN. (W9If1a)”

Keterangan tersebut dapat diketahui bahwa aplikasi pendukung yang digunakan dalam melakukan proses koding menggunakan SIMRS, INA CBGs dan E-Klaim. Aplikasi SIM RS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit) merupakan sistem informasi berbasis komputer yang digunakan untuk mengelola data dan informasi di rumah sakit, termasuk data pasien. Aplikasi INA-CBGs (*Indonesian Case Based Groups*) merupakan aplikasi khusus untuk melakukan pengkodean diagnostik dan prosedural pasien berdasarkan standar INA-CBGs. Sedangkan aplikasi E-klaim BPJS Kesehatan yang digunakan untuk mengajukan klaim JKN secara online, termasuk menginput data pasien dan klaim yang diajukan. Ketiga aplikasi tersebut biasanya digunakan bersama-sama dalam proses pengelolaan klaim JKN di rumah sakit, dimulai dari pendaftaran pasien, pemeriksaan, pengkodean, hingga pengajuan klaim ke JKN.

Hasil ini sesuai dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (2020) menyatakan bahwa ketentuan proses entri aplikasi INA-CBGs akan dilakukan oleh petugas koder atau administrasi klaim rumah sakit dengan menggunakan data dari resume medis, perlu juga diperhatikan mengenai kelengkapan data administratif untuk tujuan klaim. Proses entri data ke dalam aplikasi INA-CBGs dilakukan setelah pasien selesai mendapat pelayanan di rumah sakit. Langkah awal yang dilakukan adalah mengentri data berupa data sosial seperti nama, jenis kelamin, tanggal lahir sampai dengan tarif rumah sakit atau ADL (*Activity Daily Living*) jika ada. Selanjutnya melakukan koding yaitu dengan memasukkan kode diagnosis dengan ICD 10 dan kode prosedur dengan ICD 9 yang di coding dari resume medis pasien. Setelahnya maka aplikasi akan muncul hasil grouping.

Aplikasi yang digunakan untuk proses koding data pasien sudah sesuai dengan kebutuhan rumah sakit dan standar yang ditetapkan oleh JKN. Beberapa hal

yang perlu diperhatikan dalam kesesuaian penggunaan aplikasi antara lain kemampuan untuk mengakomodasi semua jenis layanan kesehatan yang tersedia di rumah sakit, seperti pelayanan rawat inap, rawat jalan, unit gawat darurat, dan sebagainya. Kemampuan untuk melakukan kalkulasi INA-CBGs dan menentukan kode-kode yang tepat untuk setiap layanan yang diberikan kepada pasien. Kemampuan untuk mengintegrasikan data pasien dengan sistem manajemen rekam medis elektronik yang digunakan di rumah sakit. Dan kemudahan penggunaan aplikasi, sehingga memudahkan petugas dalam melakukan proses koding data pasien.

Masalah yang sering dihadapi dalam proses koding adalah tidak spesifiknya diagnosa yang tercantum dalam Dokumen Rencana Jaminan Pelayanan (DRJP) pasien. Hal ini dapat menyebabkan kesulitan dalam menentukan kode diagnosis yang tepat, sehingga dapat berdampak pada ketepatan pengelompokan pasien ke dalam kelompok penyakit yang sesuai, dan akhirnya memengaruhi besaran klaim yang akan diajukan ke JKN. Selain itu, masalah lain yang sering dihadapi adalah kesalahan penulisan nomor rekam medis, kesalahan penulisan kode tindakan medis, dan ketidaksesuaian antara diagnosis dan tindakan medis yang dilakukan. Hal ini sejalan dengan wawancara berikut:

“Tidak spesifiknya diagnosa yang tercantum dalam DRJP pasien, menyebabkan kesulitan menentukan kode diagnosis sehingga berdampak pada ketepatan pengelompokan pasien ke dalam kelompok penyakit yang sesuai yang memengaruhi besaran klaim yang akan diajukan ke JKN. (W10If1a)”

Dari keterangan tersebut dapat diartikan bahwa untuk mengatasi masalah tersebut sebaiknya petugas kodefikasi melakukan sebaiknya komunikasi dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan minta informasi yang lebih spesifik tentang kondisi medis pasien. Ini akan membantu untuk mengetahui lebih jelas kondisi medis pasien dan memudahkan dalam proses koding. Pastikan sudah menggunakan kode diagnosis yang tepat dan sesuai dengan kondisi medis pasien yang merujuk pada daftar kode diagnosis resmi seperti ICD-10 untuk memastikan

bahwa kode diagnosis yang gunakan sesuai dengan kondisi medis pasien. Dengan melakukan beberapa langkah di atas dapat mengatasi masalah dalam proses coding karena tidak spesifiknya diagnosa yang tercantum dalam Dokumen Rencana Jaminan Pelayanan (DRJP) pasien. Selain itu, juga akan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan memastikan bahwa informasi yang dikodekan akurat dan spesifik.

4.4 Verifikasi Klaim JKN Pasien Rawat Inap

Verifikasi Klaim JKN merupakan salah satu tahapan penting dalam proses klaim pelayanan kesehatan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tahap ini bertujuan untuk memastikan bahwa klaim yang diajukan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan sudah sesuai dengan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Proses verifikasi klaim ini berlangsung setelah unit kodefikasi di Rumkitban Lawang telah mengumpulkan dan mengkode klaim pasien JKN dengan akurat. Berkas klaim yang masuk ke unit kodefikasi biasanya telah diverifikasi terlebih dahulu memastikan kelengkapan dan keakuratan dokumen-dokumen yang diperlukan. Setelah itu, berkas tersebut akan disampaikan ke unit verifikasi internal rumah sakit sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan.

Pada tahap verifikasi ini, tim verifikasi internal di rumah sakit akan memeriksa berkas klaim lebih lanjut. Mereka akan memastikan bahwa semua dokumen yang diperlukan telah disertakan dan sesuai. Ini mencakup Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis pasien, hasil pemeriksaan penunjang, serta dokumen lain yang mendukung klaim tersebut. Tim verifikasi internal juga akan memeriksa kode diagnosa dan prosedur yang telah diberikan kepada pasien. Mereka akan memastikan bahwa kode-kode ini telah ditentukan sesuai dengan panduan INA-CBGs (Indonesian Case-Based Groups) dan sesuai dengan diagnosa pasien. Hal ini penting karena kode yang salah atau tidak sesuai dapat berdampak pada besaran klaim yang akan diajukan kepada BPJS Kesehatan. Selain itu, tim verifikasi internal juga akan memeriksa kelengkapan dan akurasi data yang tercantum dalam berkas klaim serta memastikan bahwa semua informasi yang terkait dengan pasien,

termasuk identitas pasien, riwayat penyakit, diagnosa, dan pengobatan, telah dicatat dengan benar. Hal ini sejalan dengan wawancara berikut:

*“Setelah pengkodean, klaim diproses oleh tim verifikasi rumah sakit.
(W111f2a)*

Kutipan wawancara tersebut dapat diartikan setelah menyelesaikan pengkodean dan entri data dalam berkas klaim, langkah selanjutnya adalah tahap grouping. Pada tahap ini, pihak rumah sakit menggunakan perangkat lunak INA-CBGs untuk mengelompokkan diagnosa penyakit dan prosedur medis pasien ke dalam kategori yang sesuai. Langkah ini memiliki signifikansi penting dalam menentukan jumlah biaya yang akan diajukan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Setelah proses pengkodean, berkas klaim kemudian diproses oleh tim verifikasi rumah sakit. Setelah itu, tim dari BPJS Kesehatan melakukan pemeriksaan lebih lanjut untuk mencegah terjadinya kecurangan sebelum pembayaran klaim dilakukan.

Hasil ini sesuai dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (2020) menyatakan bahwa proses grouping klaim JKN adalah proses pengelompokan klaim yang diajukan oleh peserta berdasarkan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak rumah sakit. Proses grouping klaim JKN melibatkan beberapa tahapan, di antaranya pihak rumah sakit mengumpulkan klaim. JKN melakukan verifikasi klaim selanjutnya akan mengelompokkan klaim berdasarkan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak rumah sakit. Setelah klaim dikelompokkan, pihak JKN akan menetapkan harga yang akan dibayarkan kepada pihak rumah sakit. Setelah penetapan harga selesai dilakukan, pihak JKN akan melakukan pembayaran klaim kepada pihak rumah sakit.

Di Rumkitban Lawang, persyaratan kelengkapan grouping memerlukan resume medis pasien yang secara umum mencakup berbagai informasi, termasuk identitas pasien, riwayat penyakit, gejala, diagnosis, serta pengobatan sebelumnya, beserta jenis pengobatan yang telah diberikan. Untuk memastikan kelengkapan, Petugas memerlukan berkas klaim yang komprehensif, diagnosa pasien yang

akurat, hasil pemeriksaan medis yang valid, serta informasi medis yang tepat dan sesuai dengan kondisi pasien. Hal ini sejalan dengan wawancara berikut:

“Kami memerlukan berkas klaim yang lengkap, diagnosa pasien yang tepat, hasil pemeriksaan medis, serta informasi medis yang akurat dan sesuai. (W13If3a)”

Hasil kutipan ini menunjukkan bahwa prosedur grouping di Rumkitban Lawang untuk rawat inap sesuai dengan SOP dan prosedur JKN. Hal ini menunjukkan bahwa Rumkitban Lawang telah mengikuti standar operasional prosedur yang telah ditetapkan untuk menjaga kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, serta telah mematuhi aturan yang ditetapkan oleh JKN. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa Rumkitban Lawang telah melakukan tindakan yang sesuai dan tepat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien yang membutuhkan rawat inap.

Adapun hambatan atau permasalahan proses pengajuan klaim di Rumkitban Lawang diantaranya ketidaklengkapan dokumen, kesalahan entri data, kendala teknis, seperti masalah jaringan atau sistem yang down, proses verifikasi yang lambat oleh JKN dapat memakan waktu yang lama, terutama jika terdapat banyak pengajuan klaim yang harus diverifikasi. Sedangkan permasalahan atau hambatan yang sering dihadapi dalam proses grouping dan pemeriksaan fraud diantaranya adalah ketidaksesuaian antara diagnosis dan tindakan medis yang dilakukan sehingga menimbulkan keraguan pada proses verifikasi dan pemeriksaan klaim. Berkas klaim yang tidak lengkap atau tidak memenuhi persyaratan, ketidakcocokan antara data pada berkas klaim dengan data yang tercatat di sistem permasalahan yang sering terjadi pada proses pengajuan klaim. Hal ini sejalan dengan wawancara berikut:

“Ketidakcocokan informasi antara berkas klaim dan data medis pasien, serta upaya-upaya potensial untuk memasukkan informasi yang tidak benar dalam klaim. (W15If3a)”

Untuk mengatasi hambatan dan permasalahan yang muncul dalam proses verifikasi klaim JKN di Rumkitban Lawang, berbagai solusi dapat diusulkan. Solusi-solusi ini termasuk peningkatan pendidikan dan pelatihan untuk tim medis dan administrasi, peningkatan koordinasi dan komunikasi antara unit-unit terkait, pemantauan rutin status klaim, pelatihan untuk dokter dan tim medis, pengembangan panduan dan SOP yang jelas, menggunakan kode diagnosis yang tepat dan sesuai dengan kondisi medis pasien yang merujuk pada daftar kode diagnosis resmi seperti ICD-10 untuk memastikan bahwa kode diagnosis yang digunakan sesuai dengan kondisi medis pasien.

Dengan menerapkan solusi-solusi ini, Rumkitban Lawang dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas dalam proses verifikasi klaim JKN, meminimalkan kesalahan, dan memastikan bahwa peserta JKN menerima manfaat yang sesuai dengan hak mereka. Selanjutnya, perbaikan dalam proses verifikasi juga akan membantu rumah sakit dalam memastikan kelancaran pelayanan kesehatan kepada peserta program JKN.

