

<b>Hubungan Imunisasi Rutin Lengkap Terhadap Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak Usia 36-59 Bulan Di Indonesia (Analisis Data Riskesdas Tahun 2018)</b> <i>Lisa M<sup>1</sup>, Amrina Rosyada<sup>1*</sup></i>	1-12
<b>Literature Review Gambaran Terapi Plassma Konvalesen Untuk Pasien Covid-19</b> <i>Yossi Pramita Sinaga<sup>1*</sup>, Francisca Romana Sri S<sup>2</sup>, Tyas Ning Yuni Astuti A<sup>3</sup></i>	13-31
<b>Konsep Penguatan Kepatuhan Masyarakat Terhadap Isolasi Mandiri Berbasis Pemberdayaan dan Partisipasi Masyarakat</b> <i>Sutrisno<sup>1</sup>, Sitti Nur Djannah<sup>2</sup>, Solikhah<sup>3</sup></i>	32-45
<b>Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) Pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Dongo Kabupaten Bima Tahun 2020</b> <i>Hamdin<sup>1</sup>, Abdul Hamid<sup>2</sup></i>	46-51
<b>Analisis Manajemen Risiko Dengan Metode HIRADC Pada Industri Meubel UD Ulum Jaya</b> <i>Muhammad Ilham Rizqi Dermawan<sup>1</sup>, Moch. Sahri<sup>1*</sup></i>	52-61
<b>Analisis Stres Kerja Pegawai Bidang Pelayanan Kesehatan dalam Penanggulangan Covid-19 di Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkalis Tahun 2021</b> <i>Jehan Al Habib Murvi<sup>1</sup>, Endang Purnawati Rahayu<sup>2</sup>, Aldiga Rienarti Abidin<sup>3</sup>, Herniwanti<sup>4</sup>, Asri<sup>5</sup></i>	62-78
<b>Faktor Determinan Kejadian Diabetes Melitus</b> <i>Holis Tiawati<sup>1*</sup>, Thresya Febrianti<sup>2</sup></i>	79-85
<b>Analisis Stakeholder Kebijakan Akreditasi Puskesmas Kabupaten Bengkalis tahun 2021</b> <i>Agustina<sup>1</sup>, Kiswanto<sup>2</sup>, Budi Hartono<sup>3</sup>, Zainal Abidin<sup>4</sup>, Zulfan Sa'am<sup>5</sup></i>	86-105
<b>Mobilitas Mahasiswa Perguruan Tinggi Bidang Kesehatan Selama Pandemi</b> <i>Ratna Frenty Nurkhalim<sup>1</sup>, Indah Susilowati<sup>2</sup>, Endah Retnani Wismaningsih<sup>3</sup>, Lia Agustina<sup>4*</sup></i>	106-114
<b>Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Cibaregbeb</b> <i>Ela Mulyana<sup>1)</sup>, Rita Damayant<sup>2)</sup>, Sabarinah<sup>3)</sup></i>	115-124
<b>Importance Performance Analysis Sebagai Analisis Total Quality Management (TQM) Apotek Kimia Farma Di Kota Semarang</b> <i>Ratna Wulandari<sup>(1)</sup>, Insiroh Nur Hidayati<sup>(1)</sup></i>	125-136
<b>Peran Bidan Dalam Pemberian Konseling Pada Pelaksanaan Antenatal care (ANC) Di Puskesmas</b> <i>Florentina Kusyanti<sup>1</sup></i>	137-145
<b>Persepsi Remaja Terhadap Bahaya Covid-19</b> <i>Anastasia Bella Widiyanta<sup>1</sup>, Natalia Ratna Yulianti<sup>2</sup>, Eka Wahyuningrum<sup>3</sup></i>	146-153
<b>Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Terkomplikasi Yang Menjalani Hemodialisa Di Rs "X" Kota Semarang</b> <i>F.X. Sulistiyanto W.S<sup>1</sup>, Erna Prasetyaningrum<sup>2</sup></i>	154-162
<b>Analisis Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Perorangan (UKP) Di Puskesmas Sebelum dan Selama Pandemi Covid-19</b> <b>Literature Review</b> <i>Havida Aini Fauziyah<sup>1</sup>, Inge Dhamanti<sup>1,2,3</sup></i>	163-173
<b>Uji Aktivitas Antibakteri Masker Gel Peel Off Ekstrak Daun Pletekan (Ruellia Tuberosa L.) Terhadap Staphylococcus Aureus</b> <i>Ahmad Fuad Masduqi<sup>1</sup>, Mighfar Syukur<sup>2*</sup></i>	174-183
<b>Kajian Tingkat Pengetahuan Dan Kecemasan Terhadap Pandemi Covid-19 Pada Masyarakat Pesisir Di Kecamatan Moyo Utara Kabupaten Sumbawa</b> <i>Neti Apriati<sup>1</sup>, Iga Maliga<sup>2</sup>, Nikodimus R Sumargo<sup>3</sup></i>	184-194
<b>Pemetaan Penyakit Hipertensi Pada Wanita Usia 25-45 Tahun Di Puskesmas Tlogosari Kulon Pada Tahun 2019 Dan 2020</b> <i>Trianaldha Avina Farma<sup>1</sup>, Suharyo<sup>2*</sup></i>	195-205
<b>Hubungan Umur, Masa Kerja dan Kuliah Online Dengan Kinerja Dosen Pada Masa Pandemi Covid-19 di Universitas "X" kota Semarang</b> <i>Supriyono Asfawi<sup>1*</sup>, MG Catur Yuantari<sup>1</sup>, Yusthin M. Manglapy<sup>1</sup>, Yohanes Pratama<sup>1</sup>, Rini Wulandari Hariono<sup>1</sup>, Wening Wiworo Palupi<sup>1</sup></i>	206-216
<b>Kesiapan Orang Tua Dalam Mempersiapkan Adaptasi Siswa Sekolah Dasar Pada Awal New Normal</b> <i>Fitria wulandari<sup>1</sup>, aprianti<sup>2</sup>, Dian Puspitaningtyas L<sup>3</sup></i>	217-227
<b>Literature Review: "Analisis Implementasi Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat"</b> <i>Maya Chrisdita<sup>1</sup>, Antono Suryoputro<sup>1</sup>, Septo Pawelas Arso<sup>1</sup></i>	228-239
<b>Pengaruh Kualitas Air pada Pertumbuhan Tanaman Bayam Merah</b> <i>Eko Hartini<sup>1</sup>, Sri Handayan<sup>2</sup>, Eti Rimawati<sup>2</sup></i>	240-248
<b>Analisis Deskriptif Masalah Kesehatan Pada Nelayan di Desa Kemojan, Karimun Jawa, Jepara</b> <i>Pramitasari Ratih<sup>1</sup>, Yoni Setyo Nugroho Bayu<sup>2</sup>, Haika<sup>3</sup></i>	249-257
<b>Minat Pencarian Informasi Selama Pandemi Covid-19 Di Indonesia: Studi Google Trends</b> <i>Adrina Esther Liaw<sup>1</sup>, Fidia Paramitha Putri<sup>1</sup>, Meiliza Ayu Qamarani<sup>1</sup>, Nabilah Thifal Balma<sup>1</sup>, Selly Tiyaningrum<sup>1</sup>, Sesa Magabe<sup>1</sup>, Rizma Adlia Syakurah<sup>2</sup></i>	258-267
<b>Pembiayaan Klaim Pasien Di Rsup Dr. Kariadi Semarang Selama Pandemi Covid-19</b> <i>Faik Agiwahyunto<sup>1*</sup>, Evina Widianawati<sup>2</sup>, Widya Ratna Wulan<sup>3</sup>, Via Ayusasmita<sup>4</sup>, Dedy Setiadi<sup>5</sup></i>	268-281



---

---

**Volume 21, Nomor 1, April 2021**

**Ketua Redaksi**

Dr. Drs. Slamet Isworo, M.Kes

**Penyunting**

Eddy Rachmani, SKM, M.Kom, Ph.D

Dr. Drs. Slamet Isworo, M.Kes

Dr. dr. Zaenal Sugiyanto M.Kes

Dr. MG Catur Yuantari, SKM, M.Kes

Dr. Poerna Sri Oetari, S.Si, M.Si.Ling

Suharyo, M.Kes,

Eti Rimawati SKM, M.Kes

Kismi Mubarokah, M.Kes

Vilda Ana Veria, S.Gz, M.Gizi,

**Editor**

Fitria Wulandari, SKM, M.Kes

**Sekretariat**

Lice Sabata, SKM

**Desain Dan Layout**

Puput Nur Fajri, SKM

**Alamat Redaksi**

Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Jl. Nakula I No. 5-11 Semarang

Telp/Fax. (024) 3549948

Email : [visikes@fkes.dinus.ac.id](mailto:visikes@fkes.dinus.ac.id)

Website : [Http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/visikes/ndex](http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/visikes/ndex)

---

---

**Visikes** Diterbitkan Mulai Maret 2002

Oleh Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro

---

## **Pembiayaan Klaim Pasien Di Rsup Dr. Kariadi Semarang Selama Pandemi Covid-19**

Faik Agiwahyunto<sup>1\*</sup>, Evina Widianawati<sup>2</sup>, Widya Ratna Wulan<sup>3</sup>, Via Ayusasmitha<sup>4</sup>, Deddy Setiadi<sup>5</sup>

<sup>1,2,3</sup> Faculty of Health, Dian Nuswantoro University, Semarang, Central Java, Indonesia

<sup>4</sup> Faculty of Humanities, Dian Nuswantoro University, Semarang, Central Java, Indonesia

<sup>5</sup> Medical Record Unit, Dr. Kariyadi Hospital, Semarang, Central Java, Indonesia

**Received** : 09-02-2022

**Accepted** : 17-03-2022

**Published** : 30-04-2022

---

### **ABSTRACT**

RSUP Dr. Kariadi Semarang sees both outpatients and inpatients to assess their health status and condition. Patient's health status and condition are classified into two groups: comorbid and co-incident. Patient claims are funded based on status and health conditions of comorbid and co-incident patients. The objectives of this research were to know about the patient claim financing procedures of RSUP Dr. Kariadi Semarang during covid-19 pandemic. This research was descriptive qualitative using phenomenological. Primary data sources quotations were chosen using either purposeful sampling or criterion-based selection. Interviews were methods for gathering data. Data analysis using flow model of analysis and interactive analysis model. The results were covid-19 with comorbidity or covid-19 with co-incident in patients because guarantor was different, case will be entered twice if it was co-incident. If condition was comorbid, claim was handled separately. Previously, claim was made for covid-19 case, and if covid-19 case was completed but comorbidities persisted, guarantor was changed from Ministry of Health to BPJS Health. Conclusion was during covid-19 pandemic, procedures of RSUP Dr. Kariadi Semarang's patient claim financing process are two, such as guarantor from Ministry of Health and BPJS Health.

**Keywords:** *Patient claim, financing, process*

*\*Corresponding Author: E-Mail: faik.agiwahyunto@dsn.dinus.ac.id*

### **PENDAHULUAN**

Kasus Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) terus meningkat dan menyebar dengan cepat ke seluruh Indonesia. Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI melaporkan pada 26 Mei

2020, bahwa jumlah total kasus yang dikonfirmasi telah mencapai 23.165, dengan 1.418 kematian (CFR: 6,1 persen) (Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19, 2020). Sejak Desember 2020 hingga Januari 2021, terjadi peningkatan

kasus COVID-19 yang signifikan. Pada 5 Desember 2020, data menunjukkan 563.680 kasus yang dikonfirmasi, 17.478 kematian (CFR: 3,1%), dan 466.178 pasien sembuh. Pada 29 Januari 2021, ada 1.051.795 kasus yang dikonfirmasi, 29.518 kematian (CFR: 2,8 persen), dan 852.260 kasus sembuh, menurut data. <sup>(1,2)</sup>

. COVID-19 menjadi tantangan bagi rumah sakit dalam mengaktifkan kembali prosedur bencana sebagai fasilitas perawatan kesehatan primer dalam menangani pasien COVID-19. Rumah sakit harus meningkatkan manajemen layanan klinis dengan standarisasi fasilitas dan peralatan. Biaya perawatan pasien COVID-19 di rumah sakit relatif tinggi karena mengharuskan penggunaan ruang isolasi khusus, selain komponen perawatan mahal lainnya seperti antivirus, terapi oksigen, dan perawatan intensif dengan ventilator untuk mengobati pasien yang parah dan kritis. <sup>(3,4)</sup>

Pemerintah menanggung seluruh biaya perawatan pasien COVID-19 sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2016 tentang Pembebasan Biaya Untuk Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu (PIE). Kementerian Kesehatan dapat mengklaim pendanaan untuk pasien COVID-19 yang dirawat melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Kementerian Kesehatan menetapkan 132 rumah sakit rujukan COVID-19 untuk melayani kasus COVID-19 melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor

HK.01.07/Menkes/275/2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanganan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu/COVID-19. Selanjutnya, untuk mempersiapkan peningkatan pasien COVID-19, Pemprov telah menetapkan 921 rumah sakit rujukan COVID-19 per 24 November 2020. <sup>(5)</sup>

Menurut data BPJS Kesehatan per 2 September 2020, total klaim yang diajukan rumah sakit sebanyak 103.519 dengan biaya Rp 6.336.426.538.300,-. BPJS Kesehatan telah memverifikasi 93.371 (90 persen) klaim dengan biaya Rp 5.539.856.881.100,-. Jumlah total klaim dalam proses verifikasi BPJS Kesehatan adalah 10.696 (10%) dengan biaya Rp.845.486.614.800 <sup>(6)</sup>. Verifikasi klaim rumah sakit sebanyak 46.716 klaim atau 50,03 persen dari seluruh klaim dengan biaya Rp 3.250.143.479.600,-. Sisanya sebanyak 46.084 gugatan atau 49,36%, dipersengketakan dengan total biaya rp 2.289.712.647.300. <sup>(6)</sup>. Jumlah total klaim yang diajukan hingga akhir Desember 2020 adalah Sebesar Rp. 22.913.196.207.000, dan jumlah yang dibayarkan ke rumah sakit sebesar Rp. 14.526.648.658.510,-. (63,3 %) Saldo terutang sebesar Rp. 8.386.547.548.490,-. 36,6%). <sup>(7)</sup>.

Beban rumah sakit yang merawat pasien COVID-19 meningkat sebagai akibat dari penundaan pembayaran klaim COVID-19. Menurut data rumah sakit online per 1 September 2020, jumlah total pasien COVID-19 yang dirawat oleh rumah

sakit adalah 459.566. <sup>(8)</sup> Menurut Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI), 40 hingga 60 persen dari total klaim pasien COVID-19 di fasilitas kesehatan swasta tidak dibayarkan karena anggaran kementerian belum dicairkan. Ini telah menghambat arus kas rumah sakit swasta. <sup>(9)</sup> Realitas penurunan pendapatan, biaya operasional yang tinggi, dan keterlambatan pembayaran klaim berpengaruh pada kelangsungan layanan. <sup>(10)</sup> Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tentang prosedur pembiayaan klaim pasien RSUP Dr. Kariadi Semarang selama pandemi covid-19.

#### METODE PENELITIAN

Penelitian ini bersifat deskriptif kualitatif menggunakan fenomenologis. Kutipan sumber data primer dipilih menggunakan pengambilan sampel yang bertujuan atau pemilihan berbasis kriteria. Informan penelitian adalah informan

utama. Informan adalah informan primer pertama Rumah Sakit, Koordinator Coding Casemixes, dan informan primer kedua, Koordinator Perawat Ruang Penanganan Covid-19, serta informan triangulasi pertama, Kepala Unit Rekam Medis, dan informan triangulasi kedua, Ketua Gugus Tugas Penanganan Covid-19. Wawancara adalah metode untuk mengumpulkan data. Triangulasi sumber digunakan untuk triangulasi data. Analisis data menggunakan model flow analisis dan model analisis interaktif.

#### HASIL

Informantion untuk informan penelitian:

IU 1 = Koordinator Coding Casemixes

IU 2 = Koordinator Perawat Ruang Penanganan Covid-19

IT 1 = Kepala Unit Rekam Medis

IT 2 = Ketua Satgas Penanganan Covid-19

Tabel 1. Prosedur Pendaftaran Pasien

Kode	Jawaban
IU 1	Pasien yang tiba di rumah sakit harus jelas sejak awal. Skrining gejala covid dilakukan pada awal penerimaan pasien (hanya untuk irjal di semua instalasi rawat jalan) dengan mengisi website corona kariyadi. Prosedur pasien masuk melalui UGD dan poliklinik tetap sama jika pasien menggunakan BPJS Kesehatan, dan semuanya harus mendaftar secara online, kecuali untuk keadaan darurat di UGD. Sudah jelas dari UGD dan Rajal Poly apakah pasien perlu dirawat di rumah sakit atau tidak untuk semua jenis penyakit. Dan kebutuhan untuk tes covid ditentukan oleh apakah ada diagnosis covid yang jelas atau tidak, dan ini juga berlaku untuk pasien yang akan dirawat di rumah sakit.
IU 2	Alur prosedur untuk pasien dari masuk ke rawat inap dan keluar tetap sama; satu-satunya perbedaan adalah bahwa antigen cepat diperlukan di Dr. RSUP. Kariyadi untuk pasien rawat inap. Ketika seorang pasien masuk sebagai rujukan dan membawa surat bebas COVID, ia tetap harus dites Covid di rumah sakit ini. Jika bebas covid, dapat diobati bersama pasien non-covid lainnya; namun, jika antigennya positif, itu harus dikonfirmasi dengan Tes Swab PCR dan tes pendukung lainnya. Tes suportif lainnya juga dilakukan pada pasien yang antigennya bersih. Selanjutnya, untuk pasien covid yang memiliki komorbiditas berat, mereka memasuki ruang elang 5B, 6B.

INI 1	Alur prosedur tetap sama, tetapi ada perbedaan yang signifikan: ketika tes covid dilakukan pada pasien yang akan dirawat di rumah sakit, file rekam medis secara otomatis ditambahkan. Itu adalah hak prerogatif dokter yang bertugas di sana dengan ketentuan yang ada dari Permenkes dan Perpres yang diturunkan ke Keputusan Direktur RSUP Dr. RSUP. Kariyadi untuk diagnosis utama covid-19.
INI 2	Prosedur perawatan pasien di RSUP dr. Kariyadi tetap sama; satu-satunya perbedaan adalah bahwa dia sekarang dirawat di rumah sakit, dengan tes swab dan tes pendukung lainnya ditambahkan. Terlepas dari kenyataan bahwa pasien tersebut adalah pasien rujukan dengan sertifikat bebas Covid, semua tes dilakukan di kantor dr Kariyadi. Dokter yang bersangkutan, baik dokter yang bertugas atau dokter yang bertanggung jawab atas pasien, yang memutuskan apakah akan menegakkan diagnosis covid atau tidak. Kalau kasus covid yang parah, bisa dirawat di sini (RSUP Kariyadi), tapi kalau tidak ada pemberat atau pendampingan dan pasien masih hidup, dokter dari RSUP Kariyadi merekomendasikan isolasi mandiri dengan obat-obatan.

Tabel 2. Rujukan dari Rumah Sakit Tipe D, C, atau B (PPK I atau PPK II) dengan diagnosis primer tidak COVID-19 (Korobid atau Co-Insident Convincing) dan penegakan kode diagnostik utama diperlukan untuk pasien yang datang melalui Instalasi Rawat Jalan (IRJAL) atau Instalasi Gawat Darurat (IGD). Jika pasien memiliki JKN atau jika dia tidak memiliki JKN,

Kode	Jawaban
IU 1	Pedoman PMK 446 Tahun 2020 dalam pelayanan penetapan diagnosis covid dimana terdapat komorbid dan penyakit penyerta merupakan aturan yang diberlakukan bahwa pasien yang dirawat adalah pasien Covid dan non-covid, meskipun ada kondisi yang menyertai penyakit tersebut. Aliran perawatan pasien tetap tidak berubah; semua pasien yang dirawat di rumah sakit harus terlebih dahulu didiagnosis dengan tes Covid. Pasien JKN dan non-JKN, serta pasien rujukan, diperlakukan sama. Kondisi komorbid dapat disebabkan oleh Covid atau oleh penyakit yang sudah dimiliki pasien. Kondisi komorbid dapat disebabkan oleh Covid atau penyakit yang sudah ada pada pasien. Untuk menegakkan kode diagnosis untuk pasien Covid dengan komorbid atau co-incident, harus dilihat pada resume medis pasien, bagaimana dokter merujuknya, kemudian koder dan pengkodean casemix mengikuti.
IU 2	Alur prosedur rekam medis tidak menjadi masalah bagi perawat; intinya pasien yang masuk dan akan dirawat harus diskruining untuk covid terlebih dahulu. Pasien yang dirawat dengan COVID-19 ringan (tanpa komorbiditas atau dengan komorbiditas terkontrol, serta tanda-tanda gejala yang dapat segera diobati dan tidak memberatkan secara fisiologis) disarankan untuk mencari perawatan rawat jalan di bawah pengawasan dan perawatan dokter.
INI 1	Selalu perhatikan riwayat medis pasien saat menegakkan kode diagnostik primer dan diagnosis sekunder. Jika pasien sudah memiliki penyakit komorbid seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung, dan lain-lain, dan pasien terpapar covid, diagnosis utama harus diselesaikan terlebih dahulu. Dan kode diagnostik mengikuti dari ini, seperti halnya tulisan dokter, yang juga didasarkan pada aturan PMK 446/2020 yang diungkapkan oleh Keputusan Direktur Rumah Sakit, dan SOP juga disiapkan oleh Komite Medis dan Direktur Divisi Layanan Medis. Untuk pasien komorbid harus dilihat terlebih dahulu, namun jika ada pasien dengan komorbid seperti pasien patah tulang dan saat masuk UGD dan dirawat di rumah sakit ada indikasi Covid, maka otomatis akan dilakukan 2 klaim yang dikoordinasikan dengan dokter penanggung jawab terlebih dahulu (ada 2 dokter yang bertugas, yaitu Sp.Orthopedics dan Sp.Lung), serta diagnosis utama yang klaimnya kepada Kementerian Kesehatan tentang covid dibuat, Covid; dan diagnosis sekunder adalah patah tulang, tetapi diagnosis utama yang digunakan

	untuk klaim jkn adalah fraktur dan diagnosis sekunder adalah Covid. Ini sudah menjadi aturan standar, dan pengkodean juga akan mengikutinya. Begitu juga untuk pasien dengan kondisi melahirkan.
INI 2	Sebagai Koordinator Gugus Tugas, saya telah memberikan dan mensosialisasikan kepada seluruh penyedia layanan medis bahwa ketika menulis diagnosis medis utama bagi pasien yang telah terkonfirmasi mengidap COVID dan yang juga memiliki komorbid, maka covid tersebut ditangani terlebih dahulu, namun obat komorbid tetap diberikan sesuai dengan apa yang tertulis dalam maklumat tersebut. Akibatnya, jika tidak ada pemberat yang komorbid dengan Covid, pasien disarankan untuk mengisolasi diri atau mengisolasi secara terpusat. Ketika seorang pasien menunjukkan gejala covid dan komorbiditasnya memburuk, ia membutuhkan perawatan intensif. Dalam hal diagnosis, jelas bahwa jika komorbid adalah pasien prolanis, atau jika komorbid diperoleh selama proses pengobatan sebagai akibat dari covid, covid menjadi diagnosis primer, dan komorbid menjadi diagnosis sekunder. Ini berbeda dengan insiden bersama dan ibu melahirkan, di mana ada dua klaim berbeda yang harus segera ditangani. Intinya, penegakan diagnosis medis pasien didasarkan pada kondisi darurat atau kritis pasien.

Tabel 3. Proses skrining pasien yang masuk rumah sakit ini dengan indikasi Covid-19 dan dengan penyakit komorbid dan atau kejadian bersama dalam pelayanan rawat inap dan rawat jalan

Kode	Jawaban
IU 1	<p>Seperti yang telah dinyatakan sebelumnya, proses penyaringan sudah dilakukan untuk kondisi di mana proses klaim untuk covid dan non-covid jelas dari PMK 446/2020 juga. Jika seorang pasien datang dengan kondisi, misalnya, kasus kanker tulang dari salah satu Rumah Sakit Daerah di Jawa Tengah, dan hasil tes COVID-19 negatif, ia harus diuji lagi di RSUP Dr. Kariyadi, dan ternyata positif. Jadi diagnosis utama adalah covid, bukan kanker tulang, dan lini pengobatan pertama adalah covid. Jadi perawatannya adalah kondisi TTV-nya atau keluhannya mengarah ke COVID-19.</p> <p>Jika pasien tidak pernah mengeluh tentang arah COVID-19, tetapi keluhan utama saya adalah saya tidak bisa berjalan dan dirujuk ke RUMAH Sakit Kariyadi karena itu, kenapa diagnosis utamanya adalah covid dan diagnosis sekunder adalah kanker tulang? Mengapa ini masalahnya?</p> <p>Pasien yang datang berobat akan diperiksa terlebih dahulu oleh dokter di poli atau UGD, dan jika sudah covid, data pelayanan dan rekam medis akan dikirim ke COVID-19, dan diagnosis utamanya adalah itu, kemudian komorbid penyakit komorbid. Namun, jika, misalnya, kanker tulang, COVID-19 diobati terlebih dahulu sambil memantau keluhan dari kanker tulang, dan jika COVID-19 telah membaik, perawatan lebih lanjut untuk kanker tulang akan dilakukan; dengan kata lain, DRM tidak dimulai pada 0 hari. Itu berbeda ketika datang untuk melahirkan; jika parturition adalah parturition, maka parturition dilakukan serta prosedur pengobatan COVID-19.</p>
IU 2	Tujuan perawatan pasien adalah untuk mengikuti instruksi medis; jika seorang pasien datang dengan beberapa keluhan, seperti komorbid atau komorbid, perawatan difokuskan pada masalah yang paling mendesak. Jika keduanya juga mendesak, kedua terapi dilakukan. Kami dari keperawatan diserahkan kepada URM, yang bertanggung jawab atas klaim untuk covid-19 dan JKN, untuk proses klaim.
INI 1	Dalam kasus seperti itu, masalah penegakan pengkodean juga didasarkan pada apa yang ditulis dan dipenuhi oleh dokter. Intinya, proses klaim pasien Covid dengan komorbid atau komorbid adalah dengan melihat status pasien yang benar-benar paling mendesak. Komunikasi antara casemix dan dokter sangat penting untuk

	menentukan kode diagnosis dan memastikan bahwa dokter memahami proses klaim di kemudian hari.
INI 2	Hal utama untuk diagnosis pada pasien ini adalah apakah itu COVID atau komorbid atau komorbidnya berdasarkan data yang diperoleh oleh dokter di UGD atau poliklinik tentang tanda dan gejala pasien. Jika menunjukkan tanda-tanda covid, seperti sesak napas, demam tinggi, dan gejala lain yang sudah tercantum dalam SOP, jelas bahwa covid adalah diagnosis utama. Sementara itu, jika pasien tidak menunjukkan gejala Covid melainkan komorbiditas, penyakit komorbid akan menjadi satu-satunya diagnosis utama dan menyertainya. Jika ada insiden bersama atau komorbiditas yang perlu ditangani, mereka akan secara otomatis mengikutinya. Namun, ketika datang untuk menegakkan kode diagnostik, itu sepenuhnya tanggung jawab coder dan casemix, yang bekerja sama dengan tim medis untuk melakukannya.

Tabel 4. Klaim pasien yang dirawat melalui UGD atau rujukan yang merupakan komorbid atau kasus co-incident

Kode	Jawaban
IU 1	<p>Klaim akan mengikutinya. Misalnya, pasien sedang hamil dan akan melahirkan, tetapi selama pemeriksaan UGD, pasien ditemukan menderita COVID-19. Akibatnya, itu diklasifikasikan sebagai insiden bersama, dan pasien adalah pasien JKN. Dalam JKN, kode diagnosis utama adalah pengiriman, dan kode diagnosis sekunder adalah covid. Namun, kode diagnosis utama untuk klaim kepada Kementerian Kesehatan mengenai masalah covid adalah COVID-19, dan kode diagnosis sekunder adalah parturition. Sementara itu, perawatan secara otomatis berjalan beriringan, sehingga apa yang tertulis dalam laporan CPPT (Catatan Kemajuan Pasien Terpadu) tidak. Jika kasus COVID-19 tidak selesai, terlepas dari kenyataan bahwa pengiriman telah selesai, kasus parturition ditutup, dan kasus COVID-19 terus menulis kemajuannya.</p> <p>Hal yang sama berlaku untuk kasus-kasus parturition seperti halnya untuk patah tulang. Yang berbeda adalah kasus komorbid, yang keduanya diperoleh pada pasien ketika dikonfirmasi dengan COVID-19 atau sebelumnya.</p> <p>Pada kasus komorbid, misalnya, jika seorang pasien memiliki HT, DM, dan COVID-19, dan juga mengeluh tentang kondisi penyakitnya, seperti angina pectoris, diagnosis utamanya masih COVID-19, dengan angina pectoris dan HT sebagai diagnosis sekunder. Masih ada satu klaim, apa yang terjadi jika masalah COVID-19 pasien selesai tetapi komorbiditasnya tidak? Klaim COVID-19 ditutup atau diajukan, kemudian klaim COVID-19 kemudian ditutup atau diajukan, dan klaim tetap terbuka untuk klaim dengan komorbid sebagai diagnosis utama, tetapi tidak perlu menjadi diagnosis sekunder untuk COVID-19.</p>
IU 2	Perawat tidak memiliki wewenang atas masalah klaim. Namun, intinya perawat memberikan perawatan sesuai dengan standar keperawatan yang berlaku di RSUP Dr. Kariyadi, dan semuanya didokumentasikan dalam DRM, terutama pelaporan CPPT pasien. Ide dasarnya adalah bahwa hanya ada satu DRM, dan ketika tiba di URM, itu menjadi otoritas di sana jika dua klaim dibuat. Aspek yang paling penting adalah bahwa semua layanan keperawatan disediakan.
INI 1	Bagian coder dan casemix telah menyelesaikan masalah klaim. Dan semua pedoman sudah termasuk dalam SOP.
INI 2	Kami sudah memiliki tim untuk menangani klaim. Tim casemix dibagi langsung untuk kasus COVID-19 yang tercantum di bawah ini. Sudah ada tim casemix INA-CBG untuk JKN, dan klaim COVID-19 Kemenkes berada di bawah pengawasan langsung Komite Medis dan terus dilakukan oleh teman-teman URM di bagian casemix yang memang ditugaskan ke bagian klaim COVID-19. Akibatnya, tidak akan ada tumpang tindih.



Tabel 5. Masukan klaim pasien

Kode	Jawaban
IU 1	Masalah dengan memasukkan klaim ke dalam sistem yang dijelaskan sebelumnya. Pertama, harus ditetapkan bahwa ini adalah kasus COVID-19 dengan komorbiditas atau COVID-19 dengan komorbiditas. Jika kasusnya adalah insiden bersama, itu akan dimasukkan dua kali karena penjaminnya berbeda. Jika itu adalah kondisi komorbid, klaim ditangani secara terpisah dan terpisah. Sebelumnya, klaim dibuat untuk kasus COVID-19, dan jika kasus COVID-19 selesai tetapi komorbiditas tetap ada, penjamin beralih dari Kementerian Kesehatan ke BPJS Kesehatan.
IU 2	Perawat tidak melakukan ini; semua aktivitas tindakan keperawatan pada pasien dicatat dalam satu DRM, baik elektronik maupun manual. Perawat hanya mengetahui sebagian dari proses klaim, yaitu untuk klaim Covid, penjaminnya adalah Kementerian Kesehatan RI, dan untuk kasus non-COVID-19 (JKN), itu adalah BPJS Kesehatan.
INI 1	Penginputan klaim dilakukan sesuai dengan DRM (kondisi pasien) pasien dan berbagai penjamin.
INI 2	Jelas bahwa kesehatan pasien adalah yang utama. Jika seorang pasien masuk dengan kondisi COVID-19 dan co-incident, otomatis akan masuk dua kali dalam sistem klaim, karena Kementerian Kesehatan-RI tidak mau menanggung biaya pasien yang kasusnya berada di luar COVID-19, dan baik BPJS Kesehatan maupun BPJS Ketenagakerjaan. Kasus COVID-19 tercakup. Ini tidak terjadi pada pasien Covid-19 dengan komorbiditas, sehingga diagnosis utamanya otomatis COVID-19 sehingga klaim dapat dilikuidasi dan dapat menutupi semua yang belum tercakup oleh pembiayaan.

Tabel 6. Kelanjutan proses klaim pada pasien dengan kasus utama COVID-19 yang memiliki komorbiditas dan/atau kejadian bersama

Kode	Jawaban
IU 1	Masalah dengan pencairan klaim adalah kecerdasan dan keterampilan casemix atau teman-teman yang memiliki tanggung jawab bagian klaim. Ada syarat untung rugi untuk kasus komorbid atau co-incident. Ide dasarnya adalah bahwa pasien yang masuk dan dirawat di rumah sakit harus dilakukan swab, dan swab dapat dan tidak dapat diklaim. Swab PCR tidak dapat diklaim jika pasien memiliki hasil swab negatif. Swab PCR adalah apa yang dibutuhkan. Namun, hasilnya bisa diklaim jika hasil swab PCR-nya positif. Hal itu kemudian sangat berpengaruh untuk dapat mencairkan dalam kondisi COVID-19 dengan kasus diagnosis sekunder yang ada pada pasien. Misalnya, jika seorang pasien masuk dengan kondisi kanker tulang, skrining Covid dilakukan, dan hasilnya positif, pasien ditambahkan ke bagian komorbid kanker tulang. Sementara COVID-19 adalah diagnosis yang paling umum. Hasil klaim berpotensi tinggi. Padahal faktanya pasien hanya menerima swab PCR, rontgen dada, dan perawatan dasar sebanyak 5 kali. Belum ada tindakan yang diambil dalam kasus kanker tulang. Untung dan rugi seharusnya tidak menjadi masalah di Kariyadi karena tujuannya adalah untuk melayani pasien dan itu adalah rumah sakit milik pemerintah.
IU 2	Perawat tidak ada hubungannya dengan masalah klaim untung dan rugi.
INI 1	Untung dan rugi relatif, tetapi dalam kehidupan sehari-hari, hal yang paling penting bagi mereka yang bertanggung jawab atas bagian klaim adalah memberikan layanan sesuai dengan aturan, sehingga pasien dapat dilayani dengan sempurna. Jika satu pasien meninggal, masih ada pasien lain yang menutupi kerugian. Akibatnya, dalam kasus, pertama-tama harus ditentukan apakah komorbiditas dan komorbiditas ada. Ini adalah dasar dari segalanya.
INI 2	Masalah kerugian klaim tidak pernah menjadi hambatan. Kuncinya adalah kolaborasi antara teman-teman komite medis dan teman-teman URM yang

	bertanggung jawab atas bagian klaim untuk covid dan JKN. Karena semua informasi sudah tersedia.
--	---

Tabel 7. Jumlah klaim untuk pasien dengan kasus COVID-19 utama dan mereka yang memiliki komorbid atau kasus co-incident

Kode	Jawaban
IU 1, IU 2, IT 1, IT 2	Jumlahnya bervariasi sesuai dengan situasi pasien.

Tabel 8. Jika rumah sakit ini menerima bantuan dalam penanganan klaim COVID-19, maka ada aturan baku yang selalu berubah sesuai kondisi.

Kode	Jawaban
IU 1	Bantuan dari luar (Philanthropy Party) akan mengurangi faktor klaim untuk kasus Covid. Akibatnya, pertama-tama harus diperjelas.
IU 2	Kami, sebagai perawat, tidak menyadari hal ini.
INI 1	Bantuan itu sudah ada dalam sistem dan akan mengurangi faktor klaim untuk kasus COVID-19.
INI 2	Selama itu dicatat, bantuan berkurang.

Tabel 9. Alur prosedur layanan data rekam medis pada kasus Instalasi Rawat Inap (IRNAP) dengan pasien komorbid dan pasien COVID-19

Kode	Jawaban
IU 1	Tidak akan ada perbedaan dalam klaim. Semuanya jelas selama data tersedia dan ditulis.
IU 2	Data keperawatan ditulis dengan jelas dalam DRM pasien, dan semua data dicatat sebagai satu unit.
INI 1	Data telah dicatat sebagai 1, jadi menggesernya tidak akan berpengaruh pada klaim. Dan itu ditangani oleh tim khusus untuk memastikan bahwa semuanya direkam dan tidak ada data yang hilang .
INI 2	Semua data tentang pasien komorbid atau ko-insiden tidak ambigu.

Tabel 10. Kasus yang beredar di masyarakat terkait dengan pasien yang meninggal akibat COVID-19, meskipun faktanya penyakit itu telah ada sejak lama.

Kode	Jawaban
IU 1	Itu masalah media, bukan masalah politik.
IU 2	Itu tidak terjadi ketika datang ke media. Semua pasien yang masuk rumah sakit dites, dan jika mereka dinyatakan positif COVID-19, itu positif, dan komorbid atau komorbid dijelaskan dalam resume medis pasien, yang dapat dibawa pulang oleh keluarga pasien.
INI 1	Ini adalah masalah media; Hal-hal di rumah sakit tidak seperti itu.
INI 2	Dokter telah membahas secara spesifik. Jika pasien meninggal dan ada covid yang jelas, semuanya ada di resume medis pasien, dan perawat dan dokter yang bertanggung jawab telah menjelaskan semuanya.

Tabel 11. Pasien yang mengunjungi rumah sakit menjalani pemeriksaan awal untuk menentukan apakah mereka memiliki gejala COVID-19.

Kode	Jawaban
IU 1, IU 2, IT 1, IT 2	Ya, itu diperlukan, seperti yang dinyatakan di web. Anggota komite medis adalah orang-orang yang disimpan.

Tabel 12. Tes dan vaksin COVID-19 tersedia untuk petugas

Kode	Jawaban
IU 1, IU 2, IT 1, IT 2	Ada, memang. Jika vaksin disediakan oleh pemerintah. Sebelumnya, tes tersedia dan diperlukan; nah, jika ada yang menunjukkan gejala COVID-19, mereka diminta untuk melakukan tes swab PCR di RSUP Kariyadi secara langsung dan diisolasi di sini.

## PEMBAHASAN

### Peraturan COVID-19 tentang Pembiayaan Layanan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2016 tentang Pembebasan Biaya Pasien Untuk Penyakit Infeksi Emerging Tertentu, pembiayaan bagi pasien yang dirawat untuk penyakit infeksi emerging tertentu dapat diklaim kepada Kementerian Kesehatan melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. COVID-19 secara khusus dibahas dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (KMK) nomor 238 tahun 2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Pelayanan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu bagi Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19), yaitu mulai berlaku pada 6 April 2020. Keputusan ini kemudian disempurnakan sebagai acuan dalam pembiayaan pelayanan COVID-19 melalui Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01/07/MENKES/446/2020, yang ditetapkan pada 22 Juli 2020, dan isinya

menyesuaikan dinamika perkembangan penanganan pasien COVID-19.

Pola pembayaran klaim COVID-19 didasarkan pada tingkat INA CBGs, yang diisi ulang berdasarkan lama perawatan, yang dihitung sebagai biaya per hari, untuk memastikan bahwa pembiayaan efektif dan efisien. <sup>(11)</sup> Rumah Sakit mengajukan klaim penggantian biaya perawatan pasien COVID-19 kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan cq. Direktur Pelayanan Kesehatan Rujukan, dengan tembusan ke BPJS Kesehatan sebagai verifikator, dengan dokumen yang memenuhi persyaratan. Rumah sakit dapat mengajukan klaim setiap 14 (empat belas) hari kerja. Berita Acara Verifikasi Pembayaran Klaim Tagihan Pelayanan kemudian diterbitkan oleh BPJS Kesehatan paling lambat 7 (tujuh) hari kerja setelah klaim diterima oleh BPJS Kesehatan. Kementerian Kesehatan, khususnya Direktorat Jenderal (Jenderal) Pelayanan Kesehatan, yang membidangi pelayanan kesehatan, akan membayar rumah sakit dalam waktu 3 (tiga) hari kerja

sejak menerima Laporan Verifikasi Klaim dari BPJS Kesehatan.

Jika terjadi perselisihan, data dari integrasi data BPJS Kesehatan dikirim ke aplikasi klaim sengketa Kementerian Kesehatan. Data dari klaim sengketa diverifikasi dan divalidasi oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Data klaim yang sesuai atau memenuhi persyaratan diikuti dengan proses pembayaran; jika data klaim tidak sesuai atau tidak memenuhi persyaratan, rumah sakit melakukan revisi yang dimasukkan ke dalam aplikasi klaim Direktorat Jenderal Kesehatan dan Keselamatan. <sup>(12,11)</sup>.

Regulasi adalah alat untuk memastikan akuntabilitas dan transparansi dalam proses verifikasi. Kriteria dalam peraturan klaim saat pelaksanaan KMK RI Nomor 238 Tahun 2020 dianggap terlalu ketat, sehingga banyak klaim yang tidak dapat diproses atau gagal verifikasi karena ketidakpatuhan terhadap ketentuan. Ada masalah dengan rendahnya realisasi anggaran untuk klaim perawatan pasien COVID-19 pada awal penerapan KMK Nomor 238 Tahun 2020. Hal ini disebabkan oleh banyaknya klaim yang disengketakan dan proses klaim yang panjang yang disebabkan oleh kegagalan rumah sakit untuk mematuhi ketentuan. <sup>(1)</sup> Pada tanggal 24 Juli 2020 diterbitkan KMK nomor 446 tahun 2020 sebagai pengganti KMK nomor 238 tahun 2020, yang diterbitkan tiga bulan sebelumnya, pada bulan April 2020. KMK terbaru ini dianggap memudahkan rumah sakit untuk

menerapkan klaim COVID-19, karena berbagai aturan relaksasi dapat menyederhanakan proses klaim.

Meskipun demikian, rumah sakit masih berantakan sebagai akibat dari perubahan peraturan tiga bulan. Padahal, idealnya, implementasi kebijakan baru harus disertai dengan peningkatan upaya dari pihak pembuat kebijakan untuk melakukan sosialisasi. Sosialisasi adalah bagian penting dari keseluruhan proses agar suatu kebijakan dapat mencapai tujuannya. Meskipun Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan Dinas Kesehatan telah melakukan sosialisasi dengan berbagai pihak terkait, namun perubahan aturan dalam waktu singkat belum mampu mewujudkan persepsi umum dan pemahaman teknis klaim antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Peraturan teknis yang ditetapkan ini dinilai belum lengkap karena ada hal-hal yang belum terakomodasi dalam penjelasan peraturan teknis klaim, seperti: tidak ada peraturan rinci mengenai kasus dengan status suspek, terkonfirmasi, atau probable, tidak ada penjelasan rinci mengenai penyakit komorbid, dan kebetulan kedua hal tersebut menyebabkan banyak perbedaan pemahaman antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit, mengakibatkan sengketa klaim yang lebih tinggi. <sup>(9)</sup>

### **Klaim untuk Rawat Inap**

Mengingat banyaknya kasus sengketa, BPJS Kesehatan telah

mengidentifikasi sejumlah tantangan baik dalam memverifikasi maupun membantah klaim COVID-19 di lapangan. Ini termasuk, misalnya, keterlambatan dalam proses administrasi yang disebabkan oleh kurangnya kelengkapan dan / atau kejelasan file, serta kurangnya masukan untuk mengisi aplikasi. Ada juga temuan auditor potensial seperti klaim ganda, penggunaan ICU atau ventilator di luar kapasitas rumah sakit, pengkodean input yang salah, file pendukung yang tidak sesuai dengan kondisi dunia nyata, dan sumber sumbangan APD dan obat-obatan dari pemerintah / APBN. <sup>(13)</sup> Masalah administrasi dapat timbul sebagai akibat dari pemahaman rumah sakit yang tidak lengkap tentang petunjuk teknis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) untuk mengajukan klaim COVID-19.

Menurut hasil investigasi, masalah klaim sengketa COVID-19 di RSUD didominasi oleh ketidaklengkapan pengisian berkas administrasi sebagai bukti praktik pelayanan bagi pasien di lapangan, seperti kurva penggunaan ventilator yang tidak lengkap (7,8 persen), hasil swab (3,9 persen), dan rapid test (6,8 persen) yang tidak tercantum. Untuk menghindari catatan yang tidak lengkap, disiplin harus diterapkan untuk penyelesaian dokumen, dan aliran perawatan pasien yang jelas diperlukan. <sup>(14)</sup>

Masalah lain yang muncul selama pelaksanaan klaim antara lain: (1).

Kementerian Kesehatan RI tidak siap mengajukan permohonan sengketa. Sistem untuk mengirimkan kembali revisi klaim yang disengketakan yang memerlukan revisi tidak jelas, sehingga sulit bagi rumah sakit untuk menindaklanjuti; klaim yang telah diajukan tidak dapat dibaca dalam sistem e-claim, yang mengharuskan pengunggahan ulang dokumen <sup>(9)</sup>. (2). Jumlah verifikator klaim sengketa MoH yang ditugaskan untuk memverifikasi sangat terbatas, memperpanjang proses klaim lebih jauh. (3). Permasalahan proses pengajuan klaim rumah sakit antara lain resume medis rumah sakit yang tidak jelas dan/atau tidak lengkap, berkas klaim yang tidak lengkap, petugas yang tidak memahami e-klaim, menu input/entri yang salah dalam sistem aplikasi, dan rumah sakit yang mengajukan kembali saat status tersebut dipersengketakan oleh BPJS Kesehatan, sehingga terjadi klaim ganda. (4). Dalam menentukan kriteria komorbid, terjadi kesalahpahaman antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan. <sup>(12,15)</sup>

Menghadapi pandemi COVID-19, pemerintah di berbagai negara tidak siap untuk menemukan cara yang efektif untuk memerangi wabah tersebut. Demikian pula, rumah sakit harus siap untuk melayani penyakit baru yang tidak ada pengobatan yang diketahui. Dalam waktu singkat, rumah sakit harus menyiapkan fasilitas perawatan khusus dan prosedur pelayanan yang sebelumnya tidak dilakukan. <sup>(16)</sup>. Semua pihak harus mampu

dengan cepat mengatasi pandemi ini. Kebijakan pembiayaan layanan rumah sakit COVID-19 juga telah memaksa BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan untuk mengembangkan proses pembayaran klaim yang akuntabel. Masing-masing pihak harus segera menindaklanjuti setiap kendala atau masalah yang muncul dalam rangka mempercepat proses pembayaran klaim rumah sakit. <sup>(17)</sup>

Di antara upaya yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk mempercepat penyelesaian klaim COVID-19 adalah (1). Melalui Surat Edaran Direktur Jenderal Kesehatan dan Keselamatan No. jp.02.03/III/3602/2020 tentang Percepatan Penyelesaian Klaim dan Klaim Sengketa Pelayanan COVID-19, Kementerian Kesehatan telah menginstruksikan untuk membentuk Tim Penyelesaian Klaim dan Klaim Sengketa (TPKD) di daerah masing-masing. (2) Menyusun Tim Penyelesaian Gugatan Sengketa. (3) Meningkatkan koordinasi langsung antara Tim Penyelesaian Klaim Sengketa dan rumah sakit yang terafiliasi. (4) Bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk meningkatkan persepsi kesetaraan antara verifikator BPJS Kesehatan dan rumah sakit di berbagai daerah mengenai petunjuk teknis klaim COVID-19. (5) Pada dasbor rumah sakit online, meningkatkan aplikasi e-claim dan menyertakan informasi sengketa. <sup>(12,18)</sup>

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Hasil penelitian ini adalah covid-19 dengan komorbiditas atau covid-19 dengan ko-insiden pada pasien karena penjaminnya berbeda, kasusnya akan dimasukkan dua kali jika itu adalah insiden bersama. Jika kondisinya komorbid, klaim tersebut ditangani secara terpisah. Sebelumnya, klaim dibuat untuk kasus covid-19, dan jika kasus covid-19 selesai tetapi komorbiditas tetap ada, penjamin diubah dari Kementerian Kesehatan menjadi BPJS Kesehatan. Kesimpulannya di masa pandemi covid-19, prosedur proses pembiayaan klaim pasien RSUP Dr. Kariadi Semarang ada dua, seperti penjamin dari Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Kementerian Kesehatan RI. Kebijakan, Strategi dan Upaya Pemerintah dalam Implementasi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 446 Tahun 2020. Jakarta; 2020.
2. Kementerian Kesehatan RI. Situasi Terkini Perkembangan COVID-19. 2021.
3. Bartsch SM. Potensi biaya perawatan kesehatan dan penggunaan sumber daya yang terkait dengan COVID-19 di Amerika Serikat. *Urusan Kesehatan*. 2020;396:927–35.
4. Jati SP. Perkiraan Biaya Terkait Penanganan COVID-19 di Indonesia: Apa yang Harus Diperhatikan? *Web Konferensi E3S*. 2020.
5. Kementerian Kesehatan RI. Langkah-langkah Strategis Kemenkes RI. Untuk

- dan dalam Konteks Reformasi Sistem Kesehatan di Indonesia Visi dan Misi Presiden Agenda Pembangunan : Peningkatan SDM Berkualitas dan Berdaya Saing. 2020.
6. BPJS Kesehatan. Update Verifikasi Klaim Penggantian Biaya Perawatan Pasien Covid-19. 2020.
  7. Kementerian Kesehatan RI. Realisasi Anggaran Klaim COVID-19. 2020.
  8. Kementerian Kesehatan RI. Sosialisasi Implementasi Keputusan menteri Kesehatan Nomor 446 Tahun 2020 dan Percepatan Penyelesaian Permasalahan Klaim Dispute [Internet]. 2020. Available from: <https://rekam-medis.id/bpjs-2/>.
  9. ARSSI. Data Dispute Klaim COVID-19 dan Dampaknya bagi operasional Pelayanan RS, Materi pada Seminar ARSSI Jalan Berliku Penyelesaian Dispute Klaim Covid-19, Seberapa Kuat RS Menanggung Beban Operasional? 2021.
  10. Ambarwati W. Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia Analisis Periode Maret 2020-Desember 2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*. 2021;6(1):23–37.
  11. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/446/2020 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan Corona Virus Disease 2019 C. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.
  12. Kementerian Kesehatan RI. Implementasi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 446 Tahun 2020 dan Percepatan Penyelesaian Permasalahan Klaim Dispute-Seminar Percepatan Penyelesaian Permasalahan Pengajuan Klaim COVID-19 di Rumah. Sakit; 2020.
  13. PERSI. Materi Webinar PERSI Kolaboratif, in Serial VI Bagaimana Rumah Sakit Mempersiapkan Klaim Biaya Pasien COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://web.persi.or.id/images/2020/dاتا/ma>
  14. Hidayat R, Hidayat B. Analisis Sengketa Klaim Pasien Covid-19 di Rumah Sakit Universitas Indonesia. Solo, Indonesia; 2020. hlm. 40–9.
  15. Kementerian Kesehatan RI. Monitoring Klaim Pelayanan Pasien COVID-19- Paparan Kementerian Kesehatan Pada Serial Zoom Meeting ARSSI - Percepatan Penyelesaian Dispute Klaim Covid-19. Monitoring Klaim Pelayanan Pasien COVID-19- Paparan Kementerian Kesehatan. 2020.
  16. Akreditasi Kesehatan. Editorial Pembelajaran Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan dari Pandemi

Covid-19 1 Indonesian Healthcare Quality Network IHQN. 2021. p. 1–2.

17. BPJS Kesehatan. Pembiayaan COVID-19 Dijamin oleh Pemerintah BPJS Kesehatan Ikut Berkontribusi, Info BPJS Kesehatan [Internet]. 2020. Available from: <https://bpjskesehatan.go.id/Bpjs/dmdocuments/93e10a>
18. Kementerian Kesehatan RI. Optimalisasi Penyelesaian Klaim COVID-19 – Seminar ARSSI: Jalan Berliku Penyelesaian Dispute Klaim Covid19, Seberapa Kuat RS Menanggung Beban Operasional. 2020.