



# BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Nomor : 858/VII-01/0520  
Hal : **Prosedur Penjaminan Operasi  
Katarak dan Rehabilitasi Medik**

Surabaya, 13 Mei 2020

Yth. **Direktur RS Mata Undaan**  
di-  
Surabaya

Sehubungan dengan terbitnya Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 1 Tahun 2020 tentang Prosedur Penjaminan Operasi Katarak dan Rehabilitasi Medik dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional, maka kami menyampaikan ketentuan tentang penjaminan pelayanan operasi katarak dan rehabilitasi medik sebagai berikut :

1. Ketentuan penjaminan pelayanan operasi katarak

- 1.1. BPJS Kesehatan menjamin pelayanan operasi katarak berdasarkan indikasi medis dan sesuai dengan standar pelayanan
- 1.2. Pelayanan operasi katarak diberikan oleh dokter yang telah memiliki kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 1.3. Alur pelayanan operasi katarak dilaksanakan berjenjang sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku.
- 1.4. Penjaminan operasi katarak dilakukan sesuai dengan indikasi medis:
  - a. penurunan tajam penglihatan dengan visus kurang dari 6/18;
  - b. jika visus > 6/18 maka ada ditemukan adanya kondisi lain, seperti glaukoma fakomorfik, glaukoma fakolitik, dislokasi lensa dan anisometropia; atau visualisasi fundus pada mata yang masih memiliki potensi penglihatan dibutuhkan, sementara katarak menyulitkan visualisasi tersebut; atau katarak traumatika dan komplikata; dan/atau katarak pada bayi dan anak.
- 1.5. Pelayanan operasi katarak dapat dilakukan melalui tindakan:
  - a. *Phacoemulsification*;
  - b. *Small Incision Cataract Surgery (SICS)*;
  - c. *Extra Capsular Cataract Extraction (ECCE)*; atau
  - d. *Intra Capsular Cataract Extraction (ICCE)*.

## 2. Ketentuan penjaminan pelayanan rehabilitasi medik

- 2.1. BPJS Kesehatan menjamin pelayanan rehabilitasi medik berdasarkan indikasi medis dan sesuai dengan standar pelayanan
  - 2.2. Pelayanan rehabilitasi medik sesuai dengan poin 2.1 di atas dilakukan di FKRTL yang memiliki dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi (Sp KFR)
  - 2.3. Dilaksanakan sesuai dengan standarisasi yang telah ditetapkan Menteri Kesehatan.
  - 2.4. Pelayanan rehabilitasi medik dilakukan rujukan sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku.
  - 2.5. Penjaminan rehabilitasi medik diberikan dengan ketentuan:
    - a. Pelayanan didahului dengan konsultasi atau uji fungsi (assesment) oleh dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi (dimana lembar assesment tertuang secara detail tentang rekomendasi tindakan rehabilitasi medik yang akan dilakukan, selama berapa kali dalam seminggu dan banyaknya rehabilitasi yang dibutuhkan dalam satu siklus);
    - b. Dilengkapi dengan lembar formulir rawat jalan yang memuat lembar tindakan uji fungsi dan prosedur kedokteran fisik dan rehabilitasi yang dikeluarkan oleh dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi;
    - c. Sesuai dengan rekomendasi program terapi dalam lembar formulir rawat jalan yang dikeluarkan oleh dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi; dan
    - d. Pelayanan yang telah direncanakan dalam lembar formulir rawat jalan serta telah dilakukan evaluasi oleh dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi. Dimana pelayanan rehabilitasi medik dilakukan sesuai jadwal poli dan dibawah pengawasan dokter spesialis pemberi assesment awal.
3. Pelayanan operasi katarak dan rehabilitasi medis tersebut diberikan dengan memperhatikan dengan memperhatikan aspek kendali mutu dan kendali biaya. Dalam menjalankan hal tersebut BPJS Kesehatan dapat meminta Organisasi Profesi untuk melakukan audit medis bersama dengan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya (TKMKB).
4. Peraturan ini mulai berlaku sejak 01 Juni 2020. Dimana verifikasi pasca klaim terhadap kaidah coding pelayanan rehabilitasi medik sebelum 1 Juni 2020 yang telah ditangkap oleh tim anti fraud kantor cabang tetap berlaku.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

A. Kepala  
  
Herman Dinata Mihardja

Tembusan :

1. Kedeputan Wilayah Jawa Timur BPJS Kesehatan
2. Dinas Kesehatan Kota Surabaya
3. PERSI Korwil Surabaya

DA/nr/PK.01.01

Lampiran Surat No. 858/VII-01/0520  
Sesuai Nomor 2.5 huruf a,b,c,d



PERHIMPUNAN DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN FISIK  
DAN REHABILITASI INDONESIA  
( P E R D O S R I )  
Sekretariat : Jl. Cakalang Raya No. 28 A Rawamangun Jakarta Timur  
Telp / Fax: (021) 47866390 Email : pperdosri@yahoo.com



Lembar Formulir Rawat Jalan  
Layanan Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi

B

I. Diisi oleh Pasien/ Peserta		No RM/ Reg :
Nama Pasien	:	.....
Tanggal Lahir	:	.....
Alamat	:	.....
Telp/ HP	:	.....
Hubungan dengan tertanggung	:	= Suami/ Istri      = Anak
II		Diisi oleh Dokter SpKFR
Tanggal Pelayanan	:	.....
• Anamnesa	:	.....
• Pemeriksaan Fisik dan Uji Fungsi	:	..... A
• Diagnosis Medis (ICD-10)	:	.....
• Diagnosis Fungsi (ICD-10)	:	.....
• Pemeriksaan Pemunjang	:	.....
• Tata Laksana KFR (ICD 9CM)	:	.....
• Anjuran	:	.....
• Evaluasi	:	..... D
• Suspek Penyakit Akibat Kerja	:	= Ya (.....) = Tidak

Tanda Tangan Pasien

Tempat & Tanggal:

Cap dan Tanda Tangan Dr. SpKFR

(.....)

(.....)

Sesuai Nomor 2.5 huruf c



**PERHIMPUNAN DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN  
FISIK DAN REHABILITASI INDONESIA  
( P E R D O S R I )**

Sekretariat : Jl. Cikadang Raya No. 28 A Rawamangun Jakarta Timur  
Telp./Fax: (021) 47866390 Email: [pbperdosri@yahoo.com](mailto:pbperdosri@yahoo.com)



No. RM	:	.....
Nama Pasien	:	.....
Diagnosa	:	.....

Permintaan Terapi :

PROGRAM	TANGGAL	TTD		
		PASIEN	DOKTER	TERAPIS
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

C

Sesuai Nomor 2.5 huruf a



PERHIMPUNAN DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN FISIK  
DAN REHABILITASI INDONESIA  
( PERDOSRI )

Sekretariat : Jl. Cakalang Raya No. 28 A Rawamangun Jakarta Timur  
Telp /Fax: (021) 47866390 Email : [pbperdosri@yahoo.com](mailto:pbperdosri@yahoo.com)



Lembar Hasil Tindakan Uji Fungsi  
Prosedur Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi

A

PERHIMPUNAN DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN FISIK DAN REHABILITASI INDONESIA ( PERDOSRI ) Sekretariat : Jl. Cakalang Raya No. 28 A Rawamangun Jakarta Timur	
Lembar Hasil Tindakan Uji Fungsi/ Prosedur KFR..... (Koding: .....) )	
No. MR :	L/P :
Nama :	Tanggal :
Tanggal lahir / Usia :	Pemeriksaan :
Alamat / Telepon :	Diagnosis Fungsional :
	Diagnosis Medis :
Instrumen Uji Fungsi/ Prosedur KFR :	
Hasil yang didapat :	
Kesimpulan :	
Rekomendasi :	
	Tanda Tangan
	(Nama Dokter Pemeriksa)
*Kop disesuaikan dengan Institusi/Rumah Sakit masing-masing	