



**GAMBARAN PENGELOLAAN BERKAS KLAIM RAWAT JALAN  
BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT UMUM  
KALIWATES JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh

**Risma Silviana  
NIM 132110101203**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**GAMBARAN PENGELOLAAN BERKAS KLAIM RAWAT JALAN  
BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT UMUM  
KALIWATES JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat  
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Risma Silviana  
NIM 132110101203**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

## PERSEMBAHAN

Bismillahirrohmanirrohim, dengan penuh ucapan syukur Alhamdulillah, skripsi ini saya persembahkan kepada :

1. Kedua orang tua tercinta (Bapak Susiadi dan Mama Ratmi), kedua mertua (Bapak Suyuti dan Ibu Sri Hartini) yang telah memberikan kasih sayang yang luar biasa, doa dan segala pengorbanan selama menempuh pendidikan perkuliahan.
2. Suami Terhebatku, Muhammad Farid Zaini dan Putri cantik sholeha mama, Shaqeena Fazrina Zaini, yang selalu menjadi motivasi terbesar saya untuk menyelesaikan Skripsi ini. Terimakasih untuk kesabaran kalian yang luar biasa.
3. Kedua adik tersayang, Febby Wahyu Pramudita dan Afrizal Aldiansyah Putra, yang selalu memberikan banyak bantuan dengan tulus.
4. Om Zainal Abidin dan tante Sulifah yang selalu memberikan support yang luar biasa.
5. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

**MOTO**

"Dan tidakkah mereka memperhatikan bahwa Allah yang Melapangkan rezeki bagi siapa yang Dia Kehendaki dan Dia (pula) yang Membatasi (bagi siapa yang Dia Kehendaki).

Sungguh, pada yang demikian itu benar-benar terdapat tanda-tanda (kebesaran Allah) bagi kaum yang beriman "  
(Terjemahan QS. Ar-Rum[30]:37).\*

"Tidak perlu menjadi yang TERHEBAT.  
Cukuplah menjadi Pribadi yang BERGUNA"  
(MFZ)

---

\*)Departemen Agama Republik Indonesia. 2010. Al-Qur'an dan Terjemahan Disertai Tajwid dan Blok Warna. Jakarta: Lutan Lestari

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Risma Silviana

NIM : 132110101203

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Gambaran pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS kesehatan di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan prinsip ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Maret 2018

Yang menyatakan

Risma Silviana

NIM 132110101203

**PEMBIMBING**

**SKRIPSI**

**GAMBARAN PENGELOLAAN BERKAS KLAIM RAWAT JALAN  
BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT UMUM  
KALIWATES JEMBER**

oleh  
**Risma Silviana**  
**NIM 132110101203**

**Pembimbing**

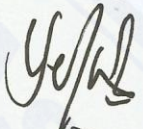
Dosen Pembimbing Utama : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes  
Dosen Pembimbing Anggota : Christyana Sandra, S.KM, M.Kes

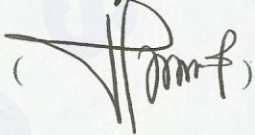
PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Gambaran Pengelolaan Berkas Klaim Rawat Jalan BPJS kesehatan di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

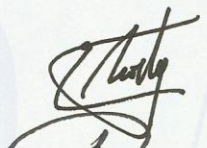
Hari : Kamis  
Tanggal : 26 April 2018  
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Pembimbing

Tanda tangan

1. DPU : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes (  )  
NIP. 197810162009122001

2. DPA : Christyana Sandra, S.KM, M.Kes (  )  
NIP. 198204162010122003

Penguji

1. Ketua : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes (  )  
NIP. 198207232010121003

2. Sekretaris : Andrei Ramani, S.KM., M.Kes (  )  
NIP. 198008252006041005

3. Anggota : Aditya Mahardika, S.KM (  )  
NIP. 02120130



Mengesahkan  
Dekan

  
Suryowati, S.KM., M.Kes.  
198005162003122002

## PRAKATA

Puji Syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya serta tidak lupa sholawat dan salam kepada junjungan Nabi Muhammad SAW sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM). Skripsi ini bertujuan menggambarkan pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak. Sehingga dalam kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan rasa terima kasih dan penghargaan kepada Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM.,M.Kes selaku pembimbing utama dan Ibu Christyana Sandra, S.KM.,M.Kes selaku pembimbing anggota, yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, koreksi dan saran hingga terselesaikannya skripsi ini.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
3. Andrei Ramani, S.KM., M.Kes., selaku sekretaris penguji sekaligus dosen pembimbing akademik.
4. Kepala RSUD Kaliwates Jember yang telah memberikan data-data yang dibutuhkan penulis.
5. Kepala unit PMR BPJS Kesehatan Jember yang telah memberikan data-data yang dibutuhkan penulis.
6. Teman-teman alih jenis FKM 2013, 2014 dan 2015, terimakasih banyak atas kebersamaan, doa dan semangatnya sehingga penulis bersemangat dalam menyelesaikan studi ini.



7. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, dengan tulus penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga semoga Allah SWT membalas kebaikan Saudara/Saudari semua.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya, penulis menyampaikan terima kasih.

Jember, Maret 2018

Penulis

## RINGKASAN

**Gambaran pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS kesehatan di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember;** Risma Silviana; 132110101203; 2018; 60 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember

Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional maka pemerintah sebagai institusi tertinggi yang bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan harus memenuhi kewajiban dalam penyediaan sarana pelayanan kesehatan. Pemerintah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk JKN melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). RSUD Kaliwates Jember mengalami keterlambatan pengajuan klaim BPJS kesehatan. Kurang berperannya Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan perawat dalam melengkapi dokumen klaim, dan tidak lengkapnya dokumen bukti pelayanan sehingga mengakibatkan lambatnya penyerahan dokumen klaim dari ruang perawatan ke petugas ruang medik dan kepada petugas klaim BPJS Kesehatan. Berdasarkan data kunjungan pasien rawat jalan diantaranya 12% pada bulan Juni 2016, 9% pada bulan Juli 2016, dan 10% pada bulan Agustus 2016 yang mengalami keterlambatan berkas klaim. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan pengelolaan berkas klaim Rawat Jalan BPJS Kesehatan di RSUD Kaliwates Jember.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Responden pada penelitian ini adalah Bagian pendaftaran, dan verifikator. Metode pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan observasi. Analisis data yang digunakan adalah statistik deskriptif dengan penyajian data berbentuk tabel dan *textular*

Hasil penelitian ini menunjukkan bagaimana proses pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di RSUD Kaliwates Jember. Kegiatan proses ini meliputi pelayanan, pengolahan berkas, *coding* dan pengajuan klaim pada verifikator BPJS kesehatan. Pada proses pelayanan, pasien peserta BPJS rawat jalan harus memenuhi dokumen yang terdiri dari identitas pasien BPJS dan surat

rujukan. Masalah yang sering terjadi dalam proses pelayanan adalah petugas tidak lengkap mengisi dokumen pasien. Pada proses pengolahan data, berkas dari pasien diperiksa kelengkapan berkasnya serta diperiksa kesesuaian Lembar Bukti Pelayanan (LBP) dengan billing. Apabila sudah lengkap dan sesuai berkas tersebut akan di *coding*, namun apabila masih terdapat kesalahan berkas tersebut direvisi kembali. Petugas pendaftaran atau perawat poli sering tidak mengisi data pasien dengan lengkap. Pada saat *Coding*, masalah yang sering ditemui dalam *coding* adalah petugas dan computer yang digunakan untuk mengkodekan belum memenuhi syarat hanya terdiri dari 1 petugas dan 1 komputer, hal itu menyebabkan proses pengkodekan menjadi lama dan petugas *coding* terhambat dalam mengkodekan. Selanjutnya adalah petugas, kendala yang sering ditemui dalam proses verifikasi adalah masih adanya berkas yang tidak terisi oleh petugas poli atau rekam medik sehingga menambah pekerjaan bagi petugas verifikasi. *Output* pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di RSUD Kaliwates Jember meliputi ketepatan dalam melakukan klaim BPJS. Berkas klaim diajukan setiap tanggal 10 bulan berikutnya. Berkas yang tidak lengkap akan dikembalikan oleh BPJS kesehatan kepada verifikator dengan memberikan tenggang waktu 2 hari untuk revisi.

Kesimpulan dari penelitian ini bahwa pengelolaan berkas klaim pasien rawat jalan mengalami keterlambatan dikarenakan minimnya petugas verifikator, dan petugas poli tidak lengkap dalam melakukan pengisian berkas. Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan bagi pihak Rumah Sakit Kaliwates menambah jumlah petugas verifikator, meningkatkan kinerja petugas poli serta memberikan ruang kerja yang nyaman kepada verifikator.

## SUMMARY

*Overview of BPJS Kesehatan outpatient claim files management at Kaliwates Public Hospital (RSU) Jember; Risma Silviana; 132110101203; 2018; 60 pages; Department of Administration and Health Policy, Faculty of Public Health, Jember University*

Health development is a part of national development, thus the government as the highest institution which have responsibility for health maintenance, must fulfill the obligation in provision of health service and facilities. The Government issued Law No. 40 of 2004 on National Social Insurance System (SJSN) which mandates that social insurance is compulsory for all residents including JKN (National Health Insurance) through a Social Insurance Administration Organization (BPJS). Kaliwates Hospital has a delayed submission Health BPJS claims. Lack of role of Doctor in charge of Patient (DPJP), incompetency of nurse in completing the claim document, and the incompleteness of service proof document, resulting to the slow submission of claim documents from the medical ward to the medical officer and to the BPJS Kesehatan officer. Based on outpatient visits data, in amounts of 12% in June 2016, 9% in July 2016, and 10% in August 2016 claims files were delayed. This study aims to describe the outpatient claim files management of Health BPJS at Kaliwates Hospital.

This was a descriptive study. Respondents in this study were the registration officer and verifier. Methods to collect the data were using questionnaires and observation. Data analysis was using descriptive statistic with presentation of data in form of table and textular

Results of this study indicated the process of Health BPJS outpatient claims file management in Kaliwates Hospital. Activities of this process included services, file processing, coding and claim submission Health BPJS verifier. In service process, patient of BPJS outpatient must fulfill document consisting of BPJS patient identity and referral letter. The problem which was often occurs in the service process is, the officers filled out the patient's document incompletely. In data processing, the completeness of patient's file and conformity of Service Proof Slip (LBP) was checked by billing. If it was complete and appropriate, the file would be sent to coding process. If the file was error, then it has to be revised

again. Administration officer or polyclinic nurse often did not fill the patient data completely. At the time of coding, problems that often encountered was the officer and computers used to coding are not yet eligible. There was only consists of 1 officer and 1 computer which caused the process of coding become too long and hampered. Next was the officers, the obstacles that were often encountered in the verification process is there were files which were not filled by officers or medical records. That caused some additional works for the verifier. Output of Health BPJS outpatient claim files management at Kaliwates Hospital covered accuracy in making BPJS claims. The claim file was submitted every 10th day of the month. Incomplete files would be returned by Health BPJS to the verifier within 2 days for revisions.

This study conclude that the outpatient claim file management is delayed because of the lack number of verifier officer, and polyclinic officers which not fill the files completely . It is expected for Kaliwates Hospital to increase the number of verifier, improve the performance of polyclinic officers and provide a comfortable workspace for the verifier.

**DAFTAR ISI**

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>PRAKATA</b> .....	viii
<b>RINGKASAN</b> .....	x
<b>SUMMARY</b> .....	xii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xiv
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xvii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xviii
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xix
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xx
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan.....	5
1.4 Manfaat.....	5
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	7
<b>2.1 Jaminan Kesehatan Nasional</b> .....	7
2.1.1 Definisi .....	7
2.1.2 Tujuan .....	7
2.1.3 Prinsip-Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional .....	7
2.1.4 Jenis Program Jaminan Kesehatan Nasional .....	8
2.1.5 Kepesertaan.....	9
2.1.6 Pembiayaan.....	10
<b>2.2 Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut</b> .....	10

<b>2.3 Klaim pelayanan BPJS</b> .....	14
<b>2.4 Prosedur Verifikasi Pengelolaan Berkas Klaim</b> .....	15
2.3.1 Ruang Lingkup Verifikasi Klaim Rawat Jalan .....	15
2.3.2 Proses Verifikasi Berkas Klaim .....	17
<b>2.5 Rawat Jalan</b> .....	19
<b>2.6 Konsep Sistem</b> .....	20
2.4.1 Pengertian .....	20
2.4.2 Ciri-ciri Sistem .....	21
2.4.3 Unsur-unsur Sistem .....	21
<b>2.5 Kerangka Teori</b> .....	23
<b>2.6 Kerangka Konsep</b> .....	24
<b>BAB 3. METODE PENELITIAN</b> .....	25
<b>3.1 Jenis Penelitian</b> .....	25
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian</b> .....	25
3.2.1 Tempat Penelitian.....	25
3.2.2 Waktu Penelitian .....	25
<b>3.3 Unit Analisis</b> .....	25
<b>3.4 Definisi Operasional</b> .....	26
<b>3.5 Data dan Sumber Data Penelitian</b> .....	27
<b>3.6 Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data</b> .....	27
3.6.1 Instrumen Pengumpulan Data .....	27
3.6.2 Teknik Pengumpulan Data .....	28
<b>3.7 Teknik Pengolahan dan Penyajian Data</b> .....	28
3.7.1 Teknik Pengolahan Data .....	28
3.7.2 Teknik Penyajian Data .....	29
3.7.3 Teknik analisa data.....	29
<b>3.8 Alur Penelitian</b> .....	30
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	31
<b>4.1 Hasil Penelitian</b> .....	31
4.1.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Kaliwates .....	31

4.1.2 Proses pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di RSUD Kaliwates Jember.....	36
4.1.3 <i>Output</i> Pengelolaan Berkas Klaim Rawat Jalan BPJS Kesehatan di RSUD Kaliwates Jember .....	51
<b>4.2 Pembahasan</b> .....	52
4.2.1 Proses pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di RSUD Kaliwates Jember.....	52
4.2.2 <i>Output</i> pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di RSUD Kaliwates Jember .....	55
<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	57
5.1 Kesimpulan.....	57
5.2 Saran .....	58
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	59
<b>LAMPIRAN</b>	



**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Definisi Operasional ..... 26



**DAFTAR GAMBAR**

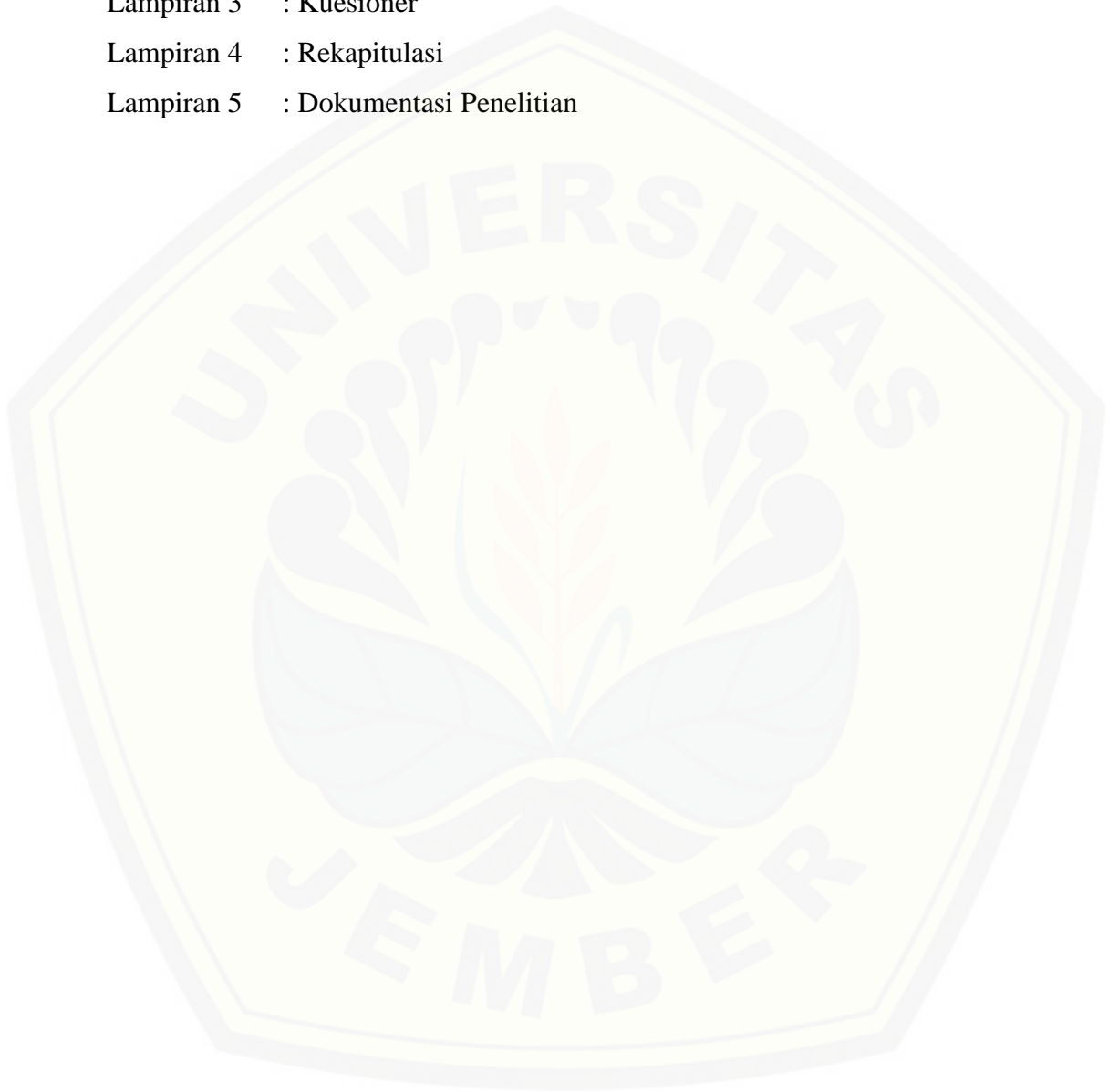
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	23
Gambar 2.2 Kerangka Konsep .....	24
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	30
Gambar 4.1 Alur Klaim Pasien Peserta BPJS Rawat Jalan .....	37
Gambar 4.2 Kartu Peserta BPJS Kesehatan .....	39
Gambar 4.3 Contoh Surat Rujukan .....	41
Gambar 4.4 Contoh Surat Eligibilitas Peserta (SEP).....	42
Gambar 4.5 Contoh LBP .....	43
Gambar 4.6 Alur Pelayanan Faskes Rawat Jalan .....	43
Gambar 4.7 Alur entry data <i>software</i> INA CBG's 4.0.....	46
Gambar 4.8 Variabel Data Sosial Pasien .....	46
Gambar 4.9 Variabel Tarif Rumah Sakit .....	47
Gambar 4.10 Hasil Grouping menggunakan Software INA CBG's .....	48

**DAFTAR SINGKATAN**

BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pasien
Dx	: Diagnosa
ICU	: intensive care unit
INA-CBG's	: Indonesia Case Base Groups
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
FPK	: Formulir Pengajuan Klaim
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
Jamkesda	: Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
KIUP	: Kartu Indek Utama Pasien
Kemenkes RI	: Kementerian Kesehatan Ripublik Indonesia
KBBI	: Kamus Besar Bahasa Indonesia
LBP	: lembar bukti pelayanan
NIK	: Nomor Induk Kebersertaan
NPWP	: Nomor Pokok Wajib Pajak
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
PMK	: Putusan Menteri Keuangan
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
PPK	: Penyedia Pelayanan Kesehatan
Px	: Prosedur
RSU	: Rumah Sakit Umum
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SIMRS	: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
SEP	: Surat Eligibilitas Peserta
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
SIP	: Surat Ijin Praktik
UGD	: Unit Gawat Darurat

**DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan
- Lampiran 3 : Kuesioner
- Lampiran 4 : Rekapitulasi
- Lampiran 5 : Dokumentasi Penelitian



## **BAB 1. PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesejahteraan warga di suatu negara tidak hanya dilihat dari tingkat pendidikan yang dimiliki, tetapi juga bagaimana tingkat kesehatan warga di negara tersebut. Kesehatan merupakan kebutuhan manusia yang utama, oleh karena itu pembangunan di bidang kesehatan perlu dilaksanakan. Pembangunan kesehatan merupakan pembangunan nasional maka pemerintah sebagai institusi tertinggi yang bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan harus memenuhi kewajiban dalam penyediaan sarana pelayanan kesehatan. Pelaksanaan pembangunan di bidang kesehatan melibatkan seluruh warga negara Indonesia, karena pembangunan kesehatan mempunyai hubungan yang dinamis dengan sektor lainnya (Suharto, 2009: 34).

Di Indonesia, falsafah dan dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 juga mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak ini juga termaktub dalam UUD 45 pasal 28H dan pasal 34, dan diatur dalam UU No. 23 th 1992 yang kemudian diganti dengan UU 36 th 2009 tentang Kesehatan. Dalam UU 36 th 2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Untuk mewujudkan komitmen global dan konstitusi di atas, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi kesehatan perorangan. Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan warga di suatu negara yang setinggi-tingginya dapat terwujud (Kementrian Kesehatan, 2014 :9).

Pemerintah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk JKN melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang -Undang Nomor 24 Tahun 2011

tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS. Khusus untuk JKN akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya sudah dimulai sejak 1 Januari 2014 untuk mengatasi permasalahan tersebut (Kementerian Kesehatan, 2014:9).

BPJS adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang bertujuan agar semua warga negara Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan warga negara yang layak (Suharto, 2009:16). BPJS ini dapat meringankan beban masyarakat dalam mendapat pelayanan kesehatan rumah sakit, dengan menunjukkan kartu yang keabsahan kepesertaannya merujuk kepada kantor BPJS setempat. Apabila peserta BPJS memerlukan pelayanan kesehatan rujukan maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan disertai kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan kecuali pada kasus *emergency*.

Sistem pembayaran BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 59 Tahun 2014 terbagi menjadi dua yakni sistem kapitasi dan non kapitasi. Sedangkan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut menggunakan sistem pembayaran Tarif Indonesian - *Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur (Peraturan Menteri Kesehatan No. 59,2014:2). Pada sistem pembayaran berdasarkan INA-CBG's di FKRTL pihak rumah sakit diharuskan mengirimkan berkas klaim selambat lambatnya pada tanggal 10 di bulan pelayanan berikutnya. Selanjutnya BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap (Kementrian Kesehatan, 2014). Data yang diperoleh dari BPJS kesehatan

Jember, Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Jember berjumlah 9 yang terdiri dari 3 Rumah Sakit Pemerintah, 4 Rumah Sakit swasta, 1 Rumah Sakit Paru, dan 1 Rumah Sakit TNI, dengan jumlah peserta di Kabupaten Jember yang telah terdaftar di BPJS kesehatan Jember sejumlah 1.412.340 (BPJS Kesehatan Jember, 2017). Berdasarkan data yang diperoleh dari Kepala unit PMR BPJS Kesehatan cabang Jember bahwa dari 9 Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Jember 4 diantaranya masih belum tepat waktu dalam penyerahan berkas klaim yakni masih diatas tanggal 10 dibulan berikutnya, yaitu Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi, Rumah Sakit Kaliwates, RSUD Kalisat dan Jember Klinik. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Unit Penjamin Manfaat Rujukan (PMR) Ibu Aisyah menjelaskan bahwa Rumah Sakit Kaliwates memiliki persentase keterlambatan cukup tinggi dibandingkan dengan 3 rumah sakit lainnya.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember, diperoleh data pada tahun 2014 sampai tahun 2016 (bulan Agustus) mengenai jumlah kunjungan pasien dengan pembiayaan BPJS mengalami peningkatan, baik pelayanan rawat inap maupun rawat jalan. Hal itu dapat dijelaskan pada tahun 2014 jumlah kunjungan rawat jalan untuk pembiayaan BPJS sebesar 1,48% dari pembiayaan umum. Tahun 2015 adanya pembiayaan BPJS untuk rawat jalan sebesar 12,01%. Sedangkan tahun 2016 sebanyak 40,42%. Senada dengan kunjungan rawat jalan, angka kunjungan Rawat Inap dengan pembiayaan BPJS pun juga mengalami peningkatan. Pembiayaan BPJS tahun 2014 jumlah kunjungan rawat inap untuk pembiayaan BPJS sebesar 2,99% dari pembiayaan umum. Tahun 2015 adanya pembiayaan BPJS untuk rawat inap sebesar 10,03%. Sedangkan tahun 2016 sebanyak 18,28% pembiayaan BPJS dari pembiayaan umum (Data Rekam Medis RSU Kaliwates Jember, 2017).

Hasil wawancara yang dilakukan pada staf Pengendali pasien BPJS RSU Kaliwates Jember menyatakan mengenai pengajuan berkas klaim pada pelayanan Rawat inap sudah berjalan cukup baik, yakni seluruh berkas diserahkan kepada pihak BPJS Kesehatan Jember sesuai dengan perjanjian kerjasama yakni maksimal tanggal 10 pada bulan selanjutnya, namun pada pengajuan klaim rawat

jalan masih terdapat beberapa berkas klaim susulan yakni berkas klaim yang diserahkan setelah melewati tanggal 10 pada bulan berikutnya. Data kunjungan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember yaitu Januari sebanyak 410 kunjungan, Februari sebanyak 485 kunjungan, Maret sebanyak 545 kunjungan, April sebanyak 665 kunjungan, Mei sebanyak 741 kunjungan, Juni sebanyak 811 kunjungan, Juli sebanyak 897 kunjungan, dan Agustus sebanyak 973 kunjungan. Data tersebut menunjukkan bahwa adanya peningkatan jumlah kunjungan pasien rawat jalan selama tahun 2016 yaitu pada bulan Januari sampai dengan bulan Agustus. Dari data kunjungan tersebut diantaranya 12% pada bulan Juni 2016, 9% pada bulan Juli 2016, dan 10% pada bulan Agustus 2016 yang mengalami keterlambatan berkas klaim. Hal ini jelas bertentangan dengan isi perjanjian kerjasama yang telah disepakati antara pihak BPJS dengan pihak RS, dimana dalam perjanjian kerjasama disebutkan bahwa untuk penyerahan berkas klaim baik Rawat Inap maupun Rawat jalan seluruhnya harus diserahkan kepada tim verifikator BPJS Kesehatan maksimal pada tanggal 10 di Bulan berikutnya. Selain itu adanya keterlambatan pada proses pengajuan berkas klaim juga berdampak pada terlambatnya pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, hal ini jelas akan sangat merugikan bagi keuangan rumah sakit.

Keterlambatan ini disebabkan karena keterlambatan dalam verifikasi klaim. Kemungkinan penyebab dari keterlambatan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan antara lain : kurang berperannya Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan perawat dalam melengkapi dokumen klaim, dan tidak lengkapnya dokumen bukti pelayanan sehingga mengakibatkan lambatnya penyerahan dokumen klaim dari ruang perawatan ke petugas ruang medik dan kepada petugas klaim BPJS Kesehatan.

Dampak yang diakibatkan bila terjadi keterlambatan penyerahan berkas klaim BPJS adalah gagal klaim artinya seluruh biaya perawatan pasien rawat jalan yang berkasnya dikirim diatas tanggal 10, tidak akan terbayar oleh BPJS Kesehatan sehingga Rumah Sakit menanggung kerugian, hal ini berpengaruh juga terhadap pembagian jasa pada karyawan, sehingga akan mengalami penundaan yang cukup



panjang. Selain itu, keterlambatan pencairan klaim juga akan menghambat pembiayaan operasional rumah sakit.

Melihat fenomena adanya kesenjangan dalam waktu penyerahan berkas klaim Rawat jalan di RSUD Kaliwates Jember dengan waktu yang tertulis pada perjanjian kerjasama BPJS Kesehatan, maka peneliti berniat untuk melakukan penelitian mengenai gambaran pengelolaan berkas klaim Rawat Jalan di RSUD Kaliwates Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas dapat dirumuskan suatu masalah yaitu : bagaimana gambaran pengelolaan berkas klaim Rawat Jalan BPJS Kesehatan di RSUD Kaliwates Jember?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan dari penelitian ini adalah menggambarkan pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di RSUD Kaliwates Jember.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi proses pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di RSUD Kaliwates Jember
- b. Mengidentifikasi output pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di RSUD Kaliwates Jember

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Bagi manajemen rumah sakit**

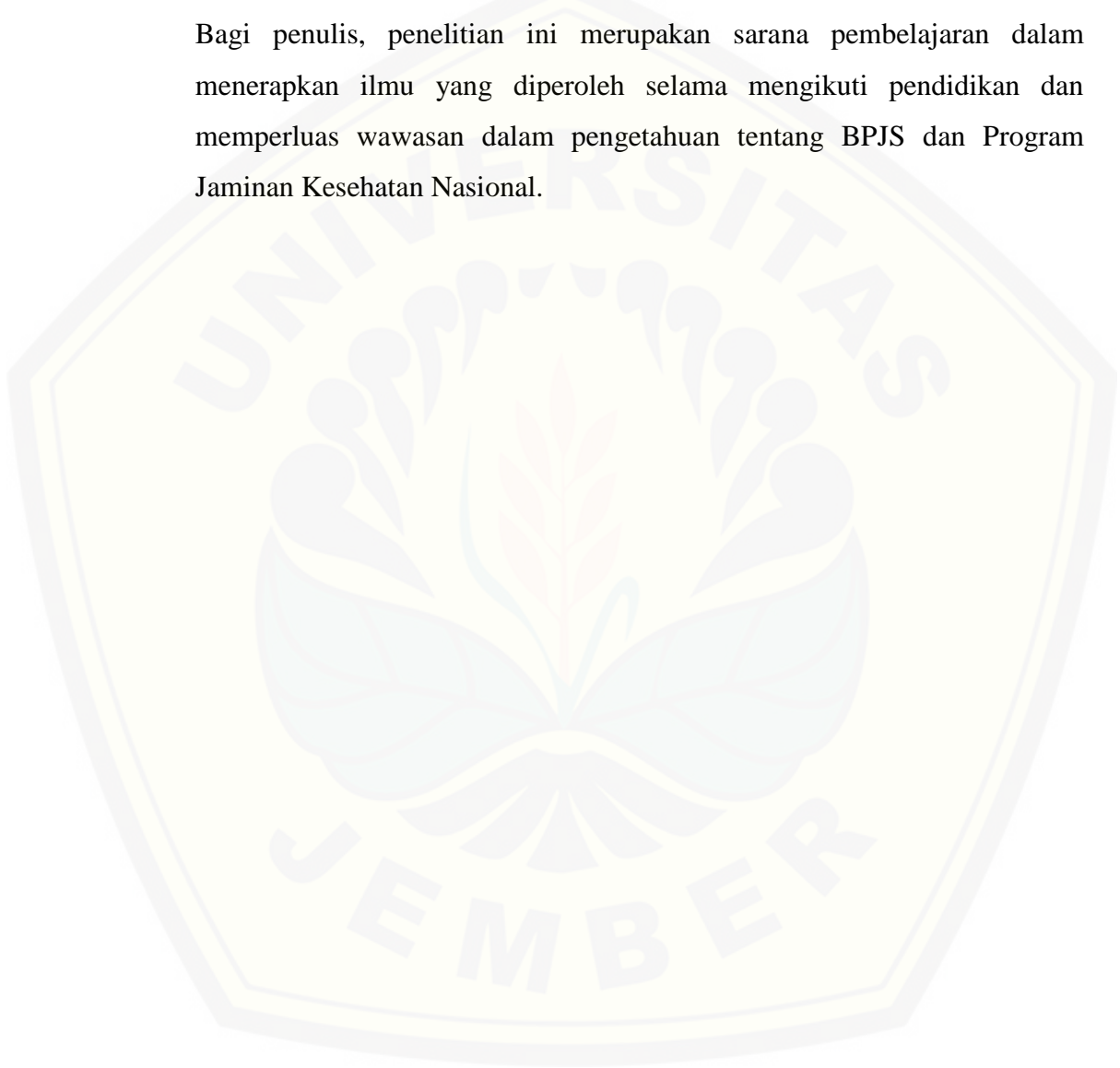
Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kualitas pengelolaan berkas dalam pelaksanaan manajemen klaim di era Jaminan Kesehatan Nasional.

#### 1.4.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat guna menambah referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan bidang administrasi dan kebijakan kesehatan, khususnya mengenai manajemen klaim BPJS di Rumah Sakit

#### 1.4.3 Bagi peneliti dan riset selanjutnya

Bagi penulis, penelitian ini merupakan sarana pembelajaran dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama mengikuti pendidikan dan memperluas wawasan dalam pengetahuan tentang BPJS dan Program Jaminan Kesehatan Nasional.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

#### 2.1.1. Definisi Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 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 iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013). JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib berdasarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

#### 2.1.2. Tujuan

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (PMK No.28, 2014).

#### 2.1.3. Prinsip-Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

SJSN diselenggarakan berdasarkan pada sembilan prinsip (UU No. 40 Tahun 2004)

1. Kegotong-royongan adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau tingkat penghasilannya.

2. Nirlaba adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya dari seluruh peserta.
3. Keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.
4. Kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.
5. Akuntabilitas adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
6. Portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
7. Kepestaan Bersifat Wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.
8. Dana Amanat adalah bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial.
9. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar besar kepentingan peserta adalah hasil berupa deviden dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

#### 2.1.4. Jenis Program Jaminan Kesehatan Nasional

Jenis program jaminan sosial meliputi (UU No. 40 Tahun 2004) :

1. Jaminan Kesehatan adalah suatu program Pemerintah dan masyarakat/rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera (Naskah Akademik UU SJSN).
2. Jaminan Kecelakaan Kerja adalah suatu program pemerintah dan pemberi kerja dengan tujuan memberikan kepastian jaminan pelayanan dan santunan apabila tenaga kerja mengalami kecelakaan saat menuju, menunaikan dan

selesai menunaikan tugas pekerjaan dan berbagai penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan (Naskah Akademik UU SJSN).

3. Jaminan Hari Tua adalah program jangka panjang yang diberikan secara sekaligus sebelum peserta memasuki masa pensiun, bisa diterimakan kepada janda/duda, anak atau ahli waris peserta yang sah apabila peserta meninggal dunia (Naskah Akademik UU SJSN).
4. Jaminan Pensiun adalah pembayaran berkala jangka panjang sebagai substitusi dari penurunan/hilangnya penghasilan karena peserta mencapai usia tua (pensiun), mengalami cacat total permanen, atau meninggal dunia. (Naskah Akademik UU SJSN).
5. Jaminan Kematian  
Definisi Jaminan Kematian (JK) tidak dijelaskan secara tegas baik dalam UU SJSN maupun dalam naskah akademik.

#### 2.1.5. Kepesertaan

Peserta adalah setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang telah membayar iuran. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah atau imbalan dalam bentuk lain. Pemberi kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya. Peserta dari Jaminan Kesehatan Nasional meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan bukan PBI (Kemenkes RI, 2014).

Peserta PBI meliputi orang-orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. Peserta bukan PBI adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:

- a. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu PNS, anggota TNI, Polri, pejabat negara, pegawai pemerintah non PNS, pegawai swasta dan pekerja lainnya yang menerima upah.

- b. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan pekerja bukan penerima upah.
- c. Bukan pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas, investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan dan bukan pekerja yang mampu membayar iuran.
- d. Penerima pensiun
- e. WNI di luar negeri

Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas peserta dan manfaat pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk membayar iuran, melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili atau pindah kerja (Kemenkes RI, 2014).

#### 2.1.6. Pembiayaan

Iuran JKN adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (Perpres Nomor 12 tahun 2013 pasal 12). Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu.

Setiap pemberi kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala. BPJS Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan kapitasi dan untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan dibayarkan dengan sistem paket INA CBG's. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim diterima lengkap (Kemenkes RI, 2014).

## 2.2. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut

Menurut PMK No 71 tahun 2013 Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan

tingkat lanjutan. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan adalah upaya pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus. FKRTL sebagaimana dimaksud terdiri atas klinik utama atau yang setara, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus (Kemenkes RI, 2013)

Berdasarkan PMK No 71 tahun 2013 Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspecialistik meliputi :

1. Administrasi pelayanan
2. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspecialis
3. Tindakan medis spesialisik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis
4. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
5. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
6. Rehabilitasi medis
7. Pelayanan darah
8. Pelayanan kedokteran forensik klinik
9. Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan
10. Perawatan inap non intensif
11. Perawatan inap di ruang intensif.

Berdasarkan PMK No. 59 Tahun 2014 mengenai standart tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan menyebutkan bahwa besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur atau yang biasa disebut Tarif INA-CBG's, dengan beberapa ketentuan yang berlaku meliputi :

1. Tarif rawat jalan di FKRTL berupa klinik utama atau yang setara diberlakukan sama dengan tarif sebagaimana tercantum dalam standar Tarif INA-CBG's untuk kelompok rumah sakit kelas D.

2. Tarif rawat inap di FKRTL berupa klinik utama atau yang setara diberlakukan tarif sebesar 70% – 100% (tujuh puluh persen sampai dengan seratus persen) dari standar Tarif INA-CBG's untuk kelompok rumah sakit kelas D yang besarnya sesuai kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan terkait.
3. Tarif rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan diberlakukan tarif INA-CBG's berdasarkan kelas rumah sakit, jika rumah sakit belum memiliki penetapan kelas maka tarif rawat jalan dan rawat inap disetarakan dengan tarif INA-CBG's rumah sakit kelas D
4. Terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit khusus sesuai kekhususannya, berlaku tarif sesuai kelas rumah sakit.
5. Dalam hal pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit khusus di luar kekhususannya, berlaku tarif rumah sakit satu kelas di bawah penetapannya.
6. BPJS Kesehatan dapat memberikan pembayaran kepada FKRTL yang tidak bekerjasama yang melakukan pelayanan gawat darurat kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

BPJS Kesehatan dalam menetapkan pilihan fasilitas kesehatan melakukan seleksi, kredensialing dan rekredensialing. Kredensialing dan rekredensialing dilakukan kepada keseluruhan fasilitas kesehatan yang akan dan masih bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, baik faskes tingkat pertama maupun tingkat lanjutan. Kredensialing dan rekredensialing dilakukan kepada keseluruhan fasilitas kesehatan milik Pemerintah maupun Swasta /Perorangan.

Kredensialing adalah penilaian BPJS terhadap fasilitas kesehatan yang ada untuk mengetahui fasilitas yang layak dan memenuhi syarat sesuai dengan ketentuan BPJS. Beberapa kriteria yang harus dipenuhi dalam penilaian kredensialing pada FKRTL adalah :

- a. Untuk klinik utama atau yang setara harus memiliki:
  1. Surat Ijin Operasional
  2. Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik
  3. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan



4. Perjanjian kerja sama dengan laboratorium, radiologi, dan jejaring lain jika diperlukan
  5. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- b. Untuk rumah sakit harus memiliki:
1. Surat Ijin Operasional
  2. Surat Penetapan Kelas Rumah Sakit
  3. Surat Ijin Praktik (SIP) tenaga kesehatan yang berpraktik
  4. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) badan
  5. perjanjian kerja sama dengan jejaring, jika diperlukan
  6. sertifikat akreditasi
  7. surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- c. Kriteria Teknis
1. Sumber Daya Manusia : ketenagaan, pelatihan kompetensi, pengalaman kerja, pengalaman kerjasama dengan asuransi, penghargaan yang dimiliki.
  2. Sarana dan Prasarana : bangunan, ruangan pendukung, perlengkapan praktek, perlengkapan penunjang administrasi dan perlengkapan penunjan umum.
  3. Peralatan Medis dan Obat-obatan : peralatan medis mutlak, peralatan kegawatdaruratan, obat-obatan, peralatan medis tambahan, dll.
  4. Lingkup Pelayanan: konsultasi/pemeriksaan, pelayanan obat, pelayanan laboratorium, pelayanan operasi, dll.
  5. Komitmen Pelayanan

Dalam menetapkan pilihan Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan melakukan seleksi dan kredensialing dengan menggunakan kriteria teknis yang meliputi:

- a. Sumber daya manusia;
- b. Kelengkapan sarana dan prasarana;
- c. Lingkup pelayanan; dan

d. Komitmen pelayanan.

Rekredensialing adalah proses seleksi ulang terhadap pemenuhan persyaratan dan kinerja pelayanan bagi fasilitas kesehatan yang telah dan akan melanjutkan kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Rekredensialing bertujuan untuk memperoleh fasilitas kesehatan yang berkomitmen dan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien melalui metode dan standar penilaian yang terukur dan objektif. Proses Rekredensialing dilakukan 3 bulan sebelum kontrak dengan faskes berakhir. Kriteria teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk penetapan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, jenis dan luasnya pelayanan, dan jumlah Peserta yang bisa dilayani. Perpanjangan kerja sama antara fasilitas kesehatan dengan BPJS kesehatan setelah dilakukan rekredensialing.

1. Kriteria Administratif  
Updating Surat Ijin Praktek dan Surat Ijin Operasional
2. Kriteria Teknis
  - a. Sumber Daya Manusia (*updating*)
  - b. Sarana dan Prasarana (*updating*)
  - c. Peralatan Medis dan Obat-obatan (*updating*)
  - d. Lingkup Pelayanan (*updating*)
  - e. Realisasi Komitmen Pelayanan :
  - f. Kinerja Faskes : Angka kepuasan pasien, angka rujukan, angka, ketepatan waktu penyampaian laporan, ketepatan waktu pengiriman berkas klaim.

### 2.3 Klaim Pelayanan BPJS

Klaim yang dimaksud disini adalah klaim yang berkaitan dengan BPJS Kesehatan. BPJS merupakan badan pelaksana penyelenggaraan jaminan sosial. Sebelum berubah nama menjadi BPJS, badan penyelenggaraan jaminan kesehatan dipegang oleh perusahaan asuransi kesehatan milik pemerintah yang bernama PT Asuransi Kesehatan atau biasa dipanggil PT Askes. Definisi klaim dari beberapa sumber diantaranya. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) pengertian

klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (memiliki/mempunyai) atas sesuatu. Klaim adalah pernyataan tertentu suatu fakta atau kebenaran sesuatu. Pengklaiman/administrasi klaim adalah suatu proses dari penyiapan berkas dan prosedur penilaian layak tidaknya klaim dibayar yang berkaitan dengan kelengkapan dokumen, yakni surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik, dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggungjawab, serta obat-obatan yang digunakan sesuai dengan tarif yang berlaku sampai dengan pencairan klaim kepada PPK/Penyedia Pelayanan Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014)

Proses Pengajuan Klaim BPJS Secara umum dibedakan menjadi 3 yaitu :

1. Pengajuan Klaim oleh PPK
2. Verifikasi Klaim oleh verifikator pusat
3. Pembayaran Klaim oleh verifikator pusat kepada PPK

Jadi, yang dimaksud dengan klaim BPJS adalah permintaan resmi kepada BPJS Kesehatan yang sebelumnya dilakukan prosedur penilaian layak tidaknya klaim dibayar yang berkaitan dengan kelengkapan dokumen. Klaim pelayanan yang diajukan PPK nantinya akan ditinjau kembali oleh BPJS Kesehatan untuk validasinya dan kemudian dibayarkan kepada pihak PPK setelah disetujui.

## **2.4 Prosedur Verifikasi Pada Pengelolaan Berkas Klaim Berbasis INA CBGs**

### **2.4.1 Ruang Lingkup Verifikasi Klaim Rawat Jalan**

Dalam verifikasi administrasi klaim mencakup 2 hal pokok yaitu Berkas klaim yang akan diverifikasi dan Tahap verifikasi administrasi klaim. Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat jalan meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus, Resep alat kesehatan (diluar prosedur operasi), Tanda terima alat kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll), Berkas pendukung lain yang diperlukan.

a. Tahap verifikasi administrasi klaim yaitu meliputi :

1. Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang diinput dalam aplikasi INACBGs dengan berkas pendukung lainnya.

2. Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam deteksi dini administrasi pelayanan adalah:

- a) Untuk kode INA CBGs severity level III pastikan ada pengesahan dari Komite medik.
- b) Kesesuaian Spesialisasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnosa. Misalnya, pasien dengan diagnosa jantung namun DPJP-nya adalah spesialis mata, lakukan *cross check* ke resume medis atau poli.
- c) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialis operator.
- d) Kesesuaian antara Tipe Rumah Sakit dan kompetensi dokter di Rumah Sakit tersebut, Misalnya : Tindakan *Kraniotomi* yang dilakukan di Rumah Sakit Type D, Tindakan CABG yang dilakukan di Rumah Sakit yang perlu dilakukan *cross check* lebih lanjut.
- e) *Coding* yang ditentukan koder tidak *unbundling*. Contoh : *Diabetes Melitus with Nephrophaty* menjadi *Diabetes Melitus* (Diagnosa Primer) dan *Nephrophaty* (Diagnosa Sekunder).
- f) Perhatikan Readmisi untuk diagnosa penyakit yang sama, jika pasien masuk dengan diagnosa yang sama lakukan *cross check* dengan riwayat pulang rawat pada episode yang lalu, apakah pada episode rawat yang lalu pasien pulang dalam keadaan sembuh atau pulang dalam keadaan pulang paksa, ataupun dirujuk. Jika pasien telah dipulangkan dalam keadaan pulang paksa maka episode rawat pada *readmisi* merupakan kelanjutan dari pembiayaan penyakit yang sama.

b. Tahap Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang harus menjadi perhatian adalah :

1. Tingkat keparahan (severity level) sesuai dengan tipe dan kompetensi RS.
2. Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosa dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9.
3. Perhatikan kasus dengan special CMGs yaitu :
  - a) *Special drugs* : *Streptokinase, Deferiprone, Deferoksamin, Deferasirox, Human albumin.*
  - b) *Special procedures*, contoh : *Tumor pineal-Endoscopy, Pancreatectomy dll.* Diperlukan surat keterangan dokter sebagai keterangan/laporan operasi untuk special prosedur yang dilakukan.
  - c) *Special investigations* : *other CT Scan, Nuclear Medicine, MRI, Diagnostic and procedure imaging on eye.* Kasus yang mendapatkan special investigation telah dilengkapi bukti pelayanan penunjang sebelumnya, seperti : *MRI* dilakukan setelah ada hasil *X-ray* dan *CT Scan*, dsb.
  - d) *Special prosthesis* : *subdural grid electrode, cote graft, TMJ prosthesis, Liquid Embolic (for AVM), Hip Implant/knee implant.* Perhatikan kesesuaian diagnosa utama dan prosedur yang dilakukan, misal : *TMJ Prosthesis* dilakukan pada kasus *fraktur os temporo mandibular/temporo mandibular joint*, ditangani spesialis THT *kraniofasial/ Bedah Mulut.*

#### 2.4.2 Proses Verifikasi Berkas Klaim Rawat Jalan

Dalam klaim pembayaran kepada BPJS Kesehatan atas pelayanan kesehatan yang telah selesai diberikan maka Faskes perlu memperhatikan bagaimana proses verifikasi dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Proses verifikasi dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu dengan melakukan pemeriksaan berkas dan melakukan konfirmasi. Pemeriksaan berkas sendiri merupakan pemeriksaan akan kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang diajukan. Sedangkan untuk verifikasi melalui konfirmasi akan dilakukan jika ada temuan khusus yang perlu dijelaskan. Berikut ini bagaimana pemeriksaan berkas dan konfirmasi dilakukan :

a. Pemeriksaan Berkas

Yaitu pemeriksaan meliputi kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang diajukan. Hal-hal yang harus diperhatikan :

1. Surat Eligibilitas Peserta :

- a) Dilegalisasi petugas BPJS Kesehatan
- b) Nomor SEP
- c) Identitas yang tertera di SEP (No. Kartu, Nama, Tgl Lahir, No. MR, Poli Tujuan/ Ruang Perawatan)
- d) Data di SEP harus sama dengan data di lembar kerja dan data di berkas pendukung.

2. Pastikan untuk rawat jalan melampirkan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh DPJP.

3. Resume Medis :

- a) No. *Medical Record* dan Identitas Pasien (Nama, Tgl Lahir, dll)
- b) Tanggal pelayanan (Tanggal masuk dan tanggal Pulang untuk pasien Rawat Inap).
- c) Diagnosa primer, diagnosa sekunder, dan prosedur/ tindakan.
- d) Dokter penanggung jawab pasien (DPJP) : Nama jelas dan tanda tangan.

Pastikan juga :

- a) Tanggal pelayanan sama dengan tanggal SEP dan tanggal di Resume Medis
- b) Identitas di Resume Medis sama dengan identitas di SEP
- c) Diagnosa yang dituliskan DPJP dalam resume medis sesuai dengan *coding* yang ditentukan koder pada aplikasi INA CBGs.
- d) Prosedur atau tindakan yang dilakukan sesuai dengan diagnosa primer dan diagnosa sekunder.
- e) Pemeriksaan kode diagnosa pasien, prosedur yang dilakukan
- f) Pemeriksaan biaya pelayanan kesehatan atas kode diagnosa dan prosedur yang di entry serta kesesuaian dengan kode INA CBGs yang

dihasilkan. Untuk menjadi perhatian pada diagnosa dengan biaya mahal dan kemungkinan penagihan berulang (*double*)

b. Melakukan Konfirmasi

Dalam hal ditemukan sesuatu yang perlu mendapat perhatian khusus maka bisa dilakukan konfirmasi. Hal ini dilakukan untuk memperoleh bukti atau mendapatkan informasi atas klaim-klaim yang mendapat perhatian, antara lain :

1. Konfirmasi administrasi pelayanan

yaitu melakukan konfirmasi kepada koder dengan meminta bukti-bukti pendukung/penunjang yang diperlukan, diagnosa primer maupun sekunder dan prosedur yang ada di dalam resume medis pasien.

2. Konfirmasi administrasi klaim lain

Konfirmasi administrasi bukti-bukti *special CMG*. Dalam langkah-langkah konfirmasi tersebut diatas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki (Direktorat pelayanan BPJS Kesehatan, 2014:4-11).

## 2.4 Rawat Jalan

Rawat jalan adalah pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa mengharuskan pasien tersebut dirawat inap. Keuntungannya pasien tidak perlu mengeluarkan biaya untuk menginap (*opname*). Jenis pelayanan rawat jalan di rumah sakit secara umum dapat dibedakan atas 4 macam yaitu :

1. Gawat darurat (*emergency services*) yakni untuk menangani pasien yang butuh pertolongan segera dan mendadak.
2. Rawat jalan paripurna (*comprehensive hospital outpatient services*) yakni yang memberikan pelayanan kesehatan paripurna sesuai dengan kebutuhan pasien.
3. Rujukan (*referral services*) yakni hanya melayani pasien-pasien rujukan oleh sarana kesehatan lain. Biasanya untuk diagnosis atau terapi, sedangkan perawatan selanjutnya tetap ditangani oleh sarana kesehatan yang merujuk.

4. Bedah jalan (*ambulatory surgery services*) yakni memberikan pelayanan bedah yang dipulangkan pada hari yang sama.

Berdasarkan kajian teori yang penulis jabarkan diatas maka pembahasan dalam tugas akhir ini akan mendiskripsikan sistem dan prosedur klaim pelayanan pasien Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) rawat jalan di RS. Kaliwates Jember Surakarta yang meliputi :

- 1) Sistem INA CBG's untuk menentukan tarif klaim
- 2) Prosedur klaim pelayanan pasien BPJS rawat jalan yang dimulai dari :
  - a) Pelayanan pasien BPJS rawat jalan
  - b) Pengolahan data berkas pasien BPJS rawat jalan
  - c) Pengkodingan Diagnosa (Dx) dan Prosedur (Px) pasien BPJS rawat jalan
  - d) Verifikasi berkas administrasi klaim pasien BPJS
  - e) Pengajuan klaim dari RSDM kepada BPJS kesehatan.

## **2.5 Konsep Sistem**

### **2.5.1 Pengertian**

Menurut Ryans dalam Azwar (2010:23) sistem adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan suatu yang telah ditetapkan.

Rincian sistem dalam administrasi tersebut secara umum dapat dibedakan atas dua macam yakni :

- a. Sistem sebagai upaya menghasilkan pelayanan kesehatan. Jika sistem kesehatan dipandang sebagai suatu upaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud adalah :
  - 1) Masukan adalah perangkat administrasi yakni tenaga, dana, sarana, dan metoda atau dikenal pula dikenal dengan istilah sumber, tata cara dan kesanggupan.
  - 2) Proses adalah fungsi administrasi, yang terpenting ialah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan penilaian.



- 3) Keluaran adalah pelayanan kesehatan yakni yang akan dimanfaatkan oleh masyarakat
- b. Sistem sebagai suatu upaya untuk menyelesaikan masalah kesehatan. Jika sistem kesehatan dipandang sebagai suatu upaya untuk menyelesaikan masalah kesehatan, maka yang dimaksud dengan:
  - 1) Masukan adalah setiap masalah kesehatan yang ingin diselesaikan.
  - 2) Proses adalah perangkat administrasi yakni tenaga, dana sarana, dan metoda atau dikenal pula sebagai sumber, tata cara dan kesanggupan.
  - 3) Keluaran adalah selesinya masalah kesehatan yang dihadapi (Azwar, 2010:29)

#### 2.5.2 Ciri-ciri sistem

Ciri-ciri sistem menurut Azwar (2010:27) jika disederhanakan dapat dibedakan atas empat macam yaitu :

- a. Dalam sistem terdapat bagian atau elemen yang satu sama lain saling berhubungan dan mempengaruhi yang kesemuanya membentuk satu kesatuan, dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama yang telah ditetapkan.
- b. Fungsi yang diperankan oleh masing-masing bagian atau elemen yang membentuk satu kesatuan tersebut adalah dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
- c. Dalam melaksanakan fungsi tersebut, semuanya berkerja sama secara bebas namun terkait, dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagai mana yang telah direncanakan.
- d. Sistem merupakan satu kesatuan terpadu, bukan berarti ia tertutup terhadap lingkungan.

#### 2.5.3 Unsur-unsur sistem

Unsur-unsur sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Unsur-unsur sistem dapat dikelompokkan dalam enam unsur sebagai berikut:

a. *Input* (Masukan)

Yang dimaksud dengan masukan (*input*) adalah kemampuan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.

b. *Proses*

Yang dimaksud dengan proses (*proces*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

c. *Output* (Keluaran)

Yang dimaksud dengan keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

d. *Feed back* (Umpan balik)

Kumpulan bagaian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan dari sitem tersebut.

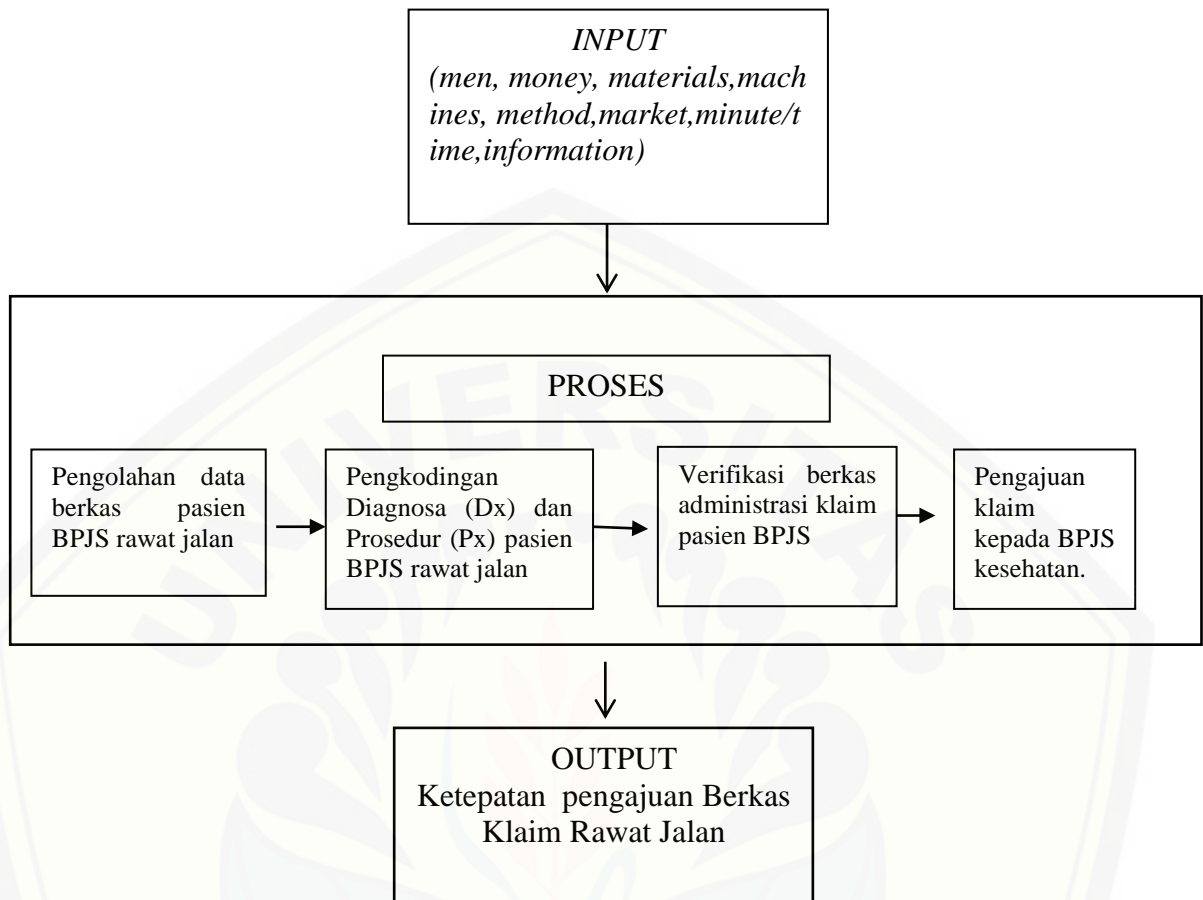
e. *Impact* (Dampak)

Yang dimasud dengan dampak (*impack*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran atau sistem.

f. *Environment* (Lingkungan)

Dunia diluar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem (Azwar, 2010:28).

## 2.5 Kerangka Teori

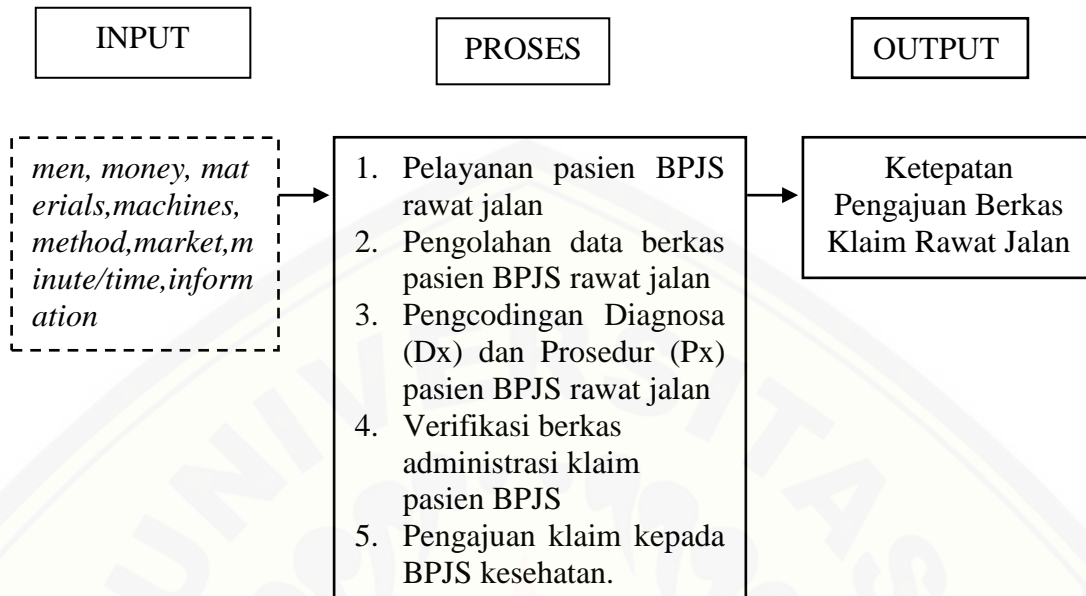


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Kerangka Teori diatas teori dari pendekatan sistem

(Azwar, 2010)

## 2.6 Kerangka konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan pendekatan sistem yang terdiri dari masukan (input), proses (process), dan keluaran (output). Pada proses pengelolaan berkas klaim rawat jalan dipengaruhi oleh komponen masukan (input) dimana yang diteliti adalah *men, money, materials, machines, method, market, minute/time, information*. Komponen proses (process) terdiri dari Pengolahan data berkas pasien BPJS rawat jalan, Pengcodingan Diagnosa (Dx) dan Prosedur (Px) pasien BPJS rawat jalan, Verifikasi berkas administrasi klaim pasien BPJS, dan Pengajuan klaim kepada BPJS kesehatan. Pada komponen keluaran (output) diharapkan pada proses pengajuan berkas klaim dapat sesuai dengan waktu yang ditentukan setiap bulannya.

## **BAB 3. METODE PENELITIAN**

### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Metode penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian dengan tujuan utama untuk melihat gambaran fenomena (termasuk kesehatan) yang terjadi dalam populasi tertentu. Pada umumnya penelitian deskriptif digunakan untuk membuat penilaian terhadap suatu kondisi dan penyelenggaraan suatu program dimasa sekarang, kemudian hasilnya digunakan untuk menyusun perencanaan perbaikan program tersebut (Notoatmodjo, 2010:154). Penelitian deskriptif ini digunakan untuk menggambarkan proses pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Kaliwates Jember.

### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **3.2.1 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember.

#### **3.2.2 Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari 2018. Kegiatan penelitian dimulai dari identifikasi masalah, pelaksanaan kegiatan penelitian, identifikasi hasil penelitian, penyusunan laporan hingga hasil dapat diujikan.

### **3.3 Unit Analisis**

Unit analisis penelitian ini adalah RSUD Kaliwates Jember di unit pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan. Responden pada penelitian ini adalah Bagian pendaftaran, dan verifikator rawat jalan.

### 3.4 Definisi Operasional

Berikut ini definisi operasional dan pengertian yang digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian
1	Proses Pengelolaan berkas	Kegiatan pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan, yang terdiri dari Pelayanan pasien BPJS rawat jalan, Pengolahan data berkas pasien BPJS rawat jalan, Pengkodean Diagnosa (Dx) dan Prosedur (Px) pasien BPJS rawat jalan, Verifikasi berkas administrasi klaim pasien BPJS, dan Pengajuan klaim kepada BPJS kesehatan	Wawancara dan Kuesioner	1. Identitas peserta BPJS 2. Surat Rujukan
	a. Pelayanan pendaftaran pasien BPJS rawat jalan	Pelayanan pendaftaran yang diberikan kepada peserta meliputi Identitas peserta BPJS, Surat rujukan	Wawancara	Pendaftaran
	b. Pengolahan data berkas pasien BPJS rawat jalan	1) Surat Elegibilitas Peserta (SEP) 2) lembar bukti pelayanan (LBP)	Wawancara dan dokumentasi	1. SEP 2. LBP
	c. Pengkodean Diagnosa (Dx) dan Prosedur (Px) pasien BPJS rawat jalan	Pemberian kode pasien rawat jalan yang dilakukan oleh coder	Wawancara	1. Dx-ICD X 2. Px-ICD IX CM 3. Grouping
	d. Verifikasi berkas administrasi klaim pasien BPJS	Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan meliputi Kelengkapan berkas dan Kesesuaian LBP & billing	Wawancara dan dokumentasi	1. Kelengkapan berkas 2. kesesuaian LBP & billing
	e. Pengajuan klaim kepada BPJS kesehatan.	Melakukan pengajuan klaim kepada BPJS	Wawancara	Kesesuaian berkas

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengumpulan Data	Kriteria Penilaian
2.	Output berkas Kesehatan	Menejemen proses pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan yang efektif		
	Ketepatan Pengajuan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan	Pengajuan Berkas klaim rawat jalan maksimal pada tanggal 10 dibulan berikutnya	Wawancara dan studi dokumentasi	1. Tepat Jika Maks tanggal 10 2. Tidak Tepat Jika diatas tanggal 10

### 3.5 Data dan Sumber data

Data merupakan kumpulan huruf atau angka, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Data tersebut merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini menggunakan sumber data primer dan sekunder. Data primer merupakan data sumber pertama yang diperoleh oleh individu seperti hasil kumpulan wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh peneliti. Data sekunder adalah sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya melalui orang lain atau dokumen (Sugiyono,2011:224)

- a. Data primer dalam penelitian ini adalah hasil wawancara dengan masing-masing responden
- b. Data sekunder dalam penelitian ini yaitu data jumlah peserta BPJS yang berkunjung di Poli Rawat Jalan dan jumlah berkas klaim rawat jalan yang diperoleh dari rekam medik dan tim pengendali Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember.

### 3.6 Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data

#### 3.6.1 Instrumen Pengumpulan Data.

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan untuk membantu peneliti memperoleh data yang dibutuhkan (Arikunto, 2010). Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berupa lembar kuisisioner tertutup, dan alat tulis.

Kuisisioner adalah alat pengumpulan data yang dipakai di dalam wawancara yang berisi daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang,

dimana interviewer tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda. Kuisisioner tertutup mempunyai keuntungan mudah mengarahkan jawaban responden, dan juga mudah diolah (Notoadmojo, 2010).

### 3.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu dilakukan dengan wawancara secara langsung kepada responden, untuk memperoleh data primer mengenai aktifitas pengelolaan klaim rawat jalan BPJS Kesehatan.

Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data berdasarkan pada catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, agenda, notulen rapat, dan sebagainya (Arikunto, 2010:135). Data sekunder dikumpulkan melalui studi dokumen. Penggunaan studi dokumentasi dalam penelitian ini didasarkan karena dokumen dapat memberi informasi yang tidak dapat diperoleh melalui kuisisioner. Studi dokumentasi dilakukan guna mengumpulkan data terkait pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di RSUD Kaliwates Jember.

## 3.7 Teknik Pengolahan dan Penyajian Data

### 3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data yang dilakukan pada penelitian ini meliputi :

#### a. *Editing*

*Editing* adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti mengumpulkan data di lapangan atau sebelum pengolahan data. Data yang telah dikumpulkan dari kuisisioner atau lembar observasi perlu dilakukan pengecekan kembali dan dilakukan perbaikan isian formulir atau kuesioner (Notoatmodjo, 2010).

#### b. *Coding*

Pemberian kode pada setiap atribut pertanyaan dari variabel yang diteliti setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan *coding* untuk mempermudah waktu mengadakan tabulasi dan analisis (Notoadmodjo, 2010).



c. *Scoring*

Kegiatan ini dilakukan untuk memberikan skor atau nilai dari jawaban dengan nilai tertinggi sampai terendah dari kuesioner yang diajukan kepada para responden (Suyanto, 2005).

d. *Tabulating*

*Tabulating* adalah kegiatan yang dilakukan dengan cara memasukkan data yang diperoleh dalam program komputer sesuai dengan variabel yang diteliti (Notoatmodjo, 2010)

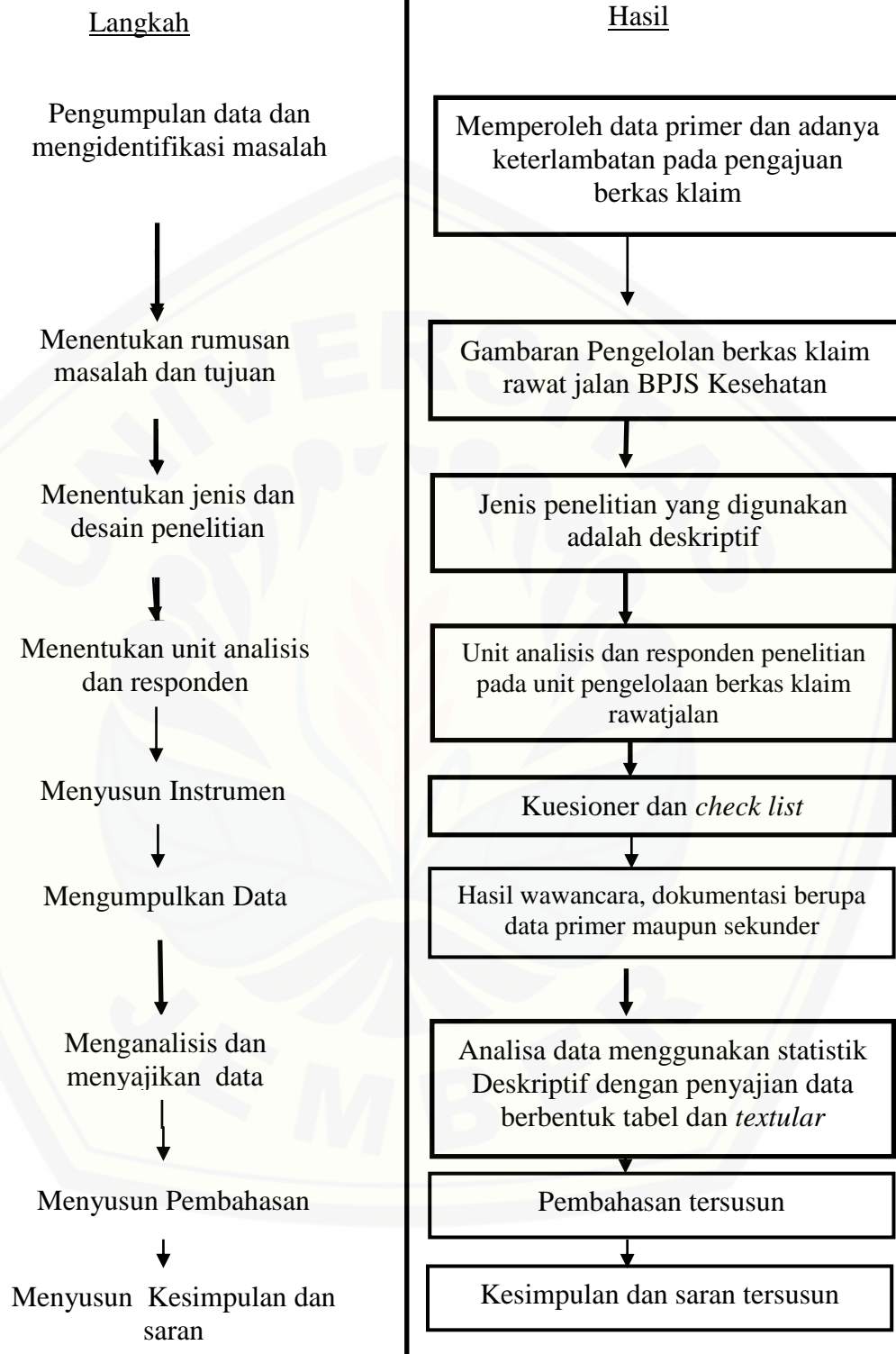
### 3.7.2 Teknik Penyajian Data

Teknik penyajian data merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dapat dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi 3 yakni penyajian dalam bentuk teks, penyajian dalam bentuk tabel, dan penyajian dalam bentuk grafi (Notoatmodjo, 2010). Penyajian data harus sederhana dan jelas agar orang lain dapat memahami apa yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi (*textular*).

### 3.7.3 Teknik analisa data

Analisis data adalah kegiatan mengatur, mengurutkan, mengelompokkan, memberikan kode atau tanda dan mengategorikan data sehingga dapat ditemukan Dan dirumuskan hipotesis kerja berdasarkan data tersebut (Sugiyono, 2011).

### 3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

a. Proses pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di RSUD Kaliwates Jember. Kegiatan proses ini meliputi pelayanan, pengolahan berkas, *coding* dan BPJS kesehatan.

#### 1) Pelayanan

Untuk dapat berobat menggunakan BPJS, pasien peserta BPJS rawat jalan harus memenuhi dokumen yang terdiri dari identitas pasien dan kartu BPJS serta surat rujukan. Masalah yang sering terjadi dalam proses pelayanan adalah peserta yang tidak membawa persyaratan secara lengkap serta petugas yang kurang lengkap dalam pengisian dokumen pasien.

#### 2) Pengolahan data

Berkas dari pasien diperiksa kelengkapan berkasnya serta diperiksa kesesuaian LBP dengan billing. Apabila sudah lengkap dan sesuai berkas tersebut akan dikoding, namun apabila masih terdapat kesalahan berkas tersebut direvisi kembali. Petugas rekam medis atau poli sering tidak mengisidata pasien dengan lengkap.

#### 3) *Coding*

*Coding* adalah kegiatan memberikan kode. *coding* sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit. Masalah yang sering ditemui dalam *coding* adalah petugas dan komputer yang digunakan untuk mengkode belum memenuhi syarat hanya terdiri dari 1 petugas dan 1 komputer, hal itu menyebabkan proses pengkodean menjadi lama dan petugas *coding* terhambat dalam mengkode.

#### 4) Verifikator Administrasi

Verifikator administrasi yang juga merangkap sebagai koder dalam prosedur klaim pelayanan pasien rawat jalan BPJS Kesehatan bertugas untuk melakukan verifikasi berkas menjadi layak untuk diajukan. Kendala yang sering ditemui dalam proses verifikasi adalah masih adanya berkas yang tidak terisi oleh petugas poli seperti tanda tangan DPJP dan LBP sehingga menambah pekerjaan bagi petugas verifikasi

- b. *Output* pengelolaan berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan di RSU Kaliwates Jember meliputi ketepatan dalam melakukan klaim BPJS. Berkas klaim diajukan setiap tanggal 10 bulan berikutnya. Berkas yang tidak lengkap akan dikembalikan oleh BPJS kesehatan kepada verifikator dengan memberikan tenggang waktu 2 hari untuk revisi.

## 5.2 Saran

Setelah mengetahui sistem dan prosedur klaim pelayanan pasien BPJS rawat jalan di RS. Kaliwates Jember dan beberapa kekurangannya, penulis mencoba memberikan saran yang semoga dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan bagi RS. Kaliwates Jember untuk kedepannya prosedur klaim pelayanan pasien BPJS rawat jalan menjadi lebih baik lagi. Saran tersebut yaitu :

1. Diharapkan RS. Kaliwates Jember menghitung beban kerja karyawan dengan teknik WISN (Work Load Indikator Staff Need).
2. Kepala ruangan poli rawat jalan melakukan penindakan tegas kepada petugas untuk mengisi dengan lengkap data pasien agar tidak menambah pekerjaan bagi petugas verifikasi.
3. Petugas memastikan kepada DPJP untuk menandatangani lembar LBP serta dalam menuliskan diagnosa dan prosedur dan juga singkatan diagnosa yang mudah dipahami. Hal itu dilakukan agar petugas koder tidak kesulitan lagi di dalam mengkoding diagnosa.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Athoillah, A. 2013. *Dasar-dasar Manajemen*. Bandung: Pustaka Setia
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- BPJS Kesehatan 2014. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: BPJS
- Bustami.2011. *Penjamin Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akseptabilitasnya*. Jakarta : Erlangga.
- Christina M. A. Kalebos, Franckie R.R. Maramis, Nancy S.H. Malonda. 2016. Kajian Tentang Proses Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Di Rsd Maria Walanda Maramis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Manado: Universitas Sam Ratulangi
- Firsa Olivia Susan, Septo Pawelas Arso, Putri Asmita Wigati. 2016. Analisis administrasi klaim jaminan kesehatan nasional rawat jalan RS. Moewardi tahun 2016. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)* Volume 4. Universitas Diponegoro
- Mubarak, Wahid Iqbal,dkk. 2007. *Promosi Kesehatan Sebuah Metode Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Nasution, A. 2012. *Evaluasi Sistem Pelaksanaan Program Perawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kota Tebing Tinggi Provinsi Sumatera Utara*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Universitas Sumatera Utara
- Notoatmodjo, S., 2007. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta
- Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28. 2014. *Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta : Kementerian Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 59. 2014. *Standart Tarif JKN*. Jakarta : Kementerian Kesehatan.

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71. 2013. *Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan


Peraturan Presiden RI Nomor 12 Tahun 2013 tentang *Jaminan Kesehatan*. 23 Januari 2013. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29. Jakarta

Sugiyono, Dr. 2011. *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Bandung: ALFA BETA

Suharto, E.2009. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia, Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. Bandung : Alfabeta, Bandung.

Taliana D. Malonda, A. J. M. Rattu, T. Soleman. 2015. Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. *Jurnal JIKMU*. Universitas Sam Ratulangi Manado

## Lampiran 1. Surat Ijin Penelitian

 KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
Jalan Kalimatan 37 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121  
Telepon (0331) 337878, 322995, 322996, 331743 Faksimile (0331) 322995  
Laman : www.fkm.unej.ac.id

Nomor : 265 /UN25.1.12 / SP / 2018  
Lampiran : Satu bendel  
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

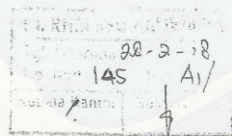

11 JAN 2018

Yth. Direktur RSU Kaliwates  
Kabupaten Jember  
Jember

Dalam rangka menyelesaikan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, maka kami mohon dengan hormat ijin bagi mahasiswa yang namanya tersebut di bawah ini, untuk melaksanakan penelitian :

Nama : Risma Silviana  
NIM : 132110101203  
Judul penelitian : Gambaran Pengelolaan Berkas Klaim Rawat Jalan BPJS Kesehatan Di RSU Kaliwates Jember  
Tempat penelitian : RSU Kaliwates Jember  
Lama penelitian : Januari – Maret 2018

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan proposal penelitian.  
Atas perhatian dan perkenannya kami sampaikan terima kasih.

   
Wakil Dekan  
Bidang Akademik  
Dr. Farida Wahyu Ningtyias, M.Kes.  
NIP 198010092005012002

**Lampiran 2. Lembar Persetujuan****LEMBAR PERSETUJUAN*****(INFORMED CONSENT)***

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

Status Kepegawaian : .....

Menyatakan bersedia menjadi subjek (responden) dalam penelitian dari:

Nama : Risma Silviana

NIM : 132110101203

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Judul : ” Gambaran Pengelolaan Berkas Klaim Rawat Jalan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember”

Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko dan dampak apapun terhadap subjek (responden) penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban kuesioner yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Oleh karena itu, saya bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara benar dan jujur.

Jember,.....2018

Responden

(.....)



**Lampiran 3. Kuesioner**

**KUESIONER**  
**GAMBARAN PENGELOLAAN BERKAS KLAIM RAWAT JALAN**  
**BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT UMUM**  
**KALIWATES JEMBER**

Nama : Risma Silviana  
NIM : 132110101203  
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Judul : Gambaran Pengelolaan Berkas Klaim Rawat Jalan BPJS  
Kesehatan di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember

Petunjuk wawancara :

1. Perkenalan dari wawancara
2. Sampaikan ucapan terimakasih kepada informan atas ketersediannya dan waktu yang telah diluangkan untuk diwawancarai
3. Jelaskan tentang waktu dan tujuan wawancara
4. Informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar
5. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar Informan sangat bernilai
6. Jawaban tidak ada yang benar atau salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada penilaian
7. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar dan dijamin kerahasiaanya
8. Wawancara ini akan direkam dengan *Handpone* untuk membantu penelitian

**KUESIONER UNTUK RESPONDEN**  
**UNIT PENGELOLAAN BERKAS KLAIM RAWAT JALAN RUMAH**  
**SAKIT UMUM KALIWATES JEMBER**

Judul : Gambaran Pengelolaan Berkas Klaim Rawat Jalan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Kaliwates Jember

Petunjuk panduan wawancara :

1. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur.

**Panduan Wawancara**

**I. Data Umum Responden**

Nama / JK :

Tanggal wawancara :

Lokasi wawancara :

Umur responden :

- a. 20-35 tahun    b. > 35 tahun

Pendidikan terakhir:

- a. Tamat SD                      b. Tamat SMP                      c. Tamat SMA

d. Perguruan Tinggi

1) D1                      4) S1

2) D2                      5) S2

3) D3                      6) S3

c. Masa kerja responden

- a. 0-10 tahun                      b. >10 tahun

## II. Proses

1. Pelayanan pasien BPJS rawat jalan (pelayanan dalam unit poli)
  1. Pasien yang telah melengkapai persyaratan akan mendapatkan layanan?
    - a. Ya
    - b. Tidak
  2. Pelayanan rawat jalan dilakukan di poli yang dituju sesuai dengan surat rujukan dan diperiksa oleh dr Spesialis?
    - a. Ya
    - b. Tidak
  3. Setelah pemeriksaan, berkas telah berisi diognosa dan tanda tangan DPJP?
    - a. Ya
    - b. Tidak
  4. Selanjutnya pasien ke apotik?
    - a. Ya
    - b. Tidak
2. Pengolahan data berkas pasien BPJS rawat jalan
  1. Perawat pendamping dr Spesialis melengkapi berkas rekam medis ( data pasien, keluhan, hasil pemeriksaan, dll)
    - a. Ya
    - b. Tidak
  2. Setelah pelayanan, berkas rekam medis kembali di pendaftaran untuk direkap menjadi satu oleh petugas pendaftaran.
    - a. Ya
    - b. Tidak
  3. Nota resep obat dari apotik diserahkan kepada poli pendaftaran, petugas akan memasukkan nota resep ke dalam rekam medis sesuai data pasien.
    - a. Ya
    - b. Tidak
  4. Lalu berkas rekam medis diserahkan pada ruang rekam medis untuk diproses selanjutnya

- a. Ya
  - b. Tidak
5. Berkas selanjutnya diserahkan bagian verifikasi
- a. Ya
  - b. Tidak
3. Pengkodean Diagnosa (Dx) dan Prosedur (Px) pasien BPJS rawat jalan
1. Pengkodean dilakukan oleh Coder
    - a. Ya
    - b. Tidak
  2. Aturan pengkodean berdasarkan pada aturan *coding* in CBG's
    - a. Ya
    - b. Tidak
  3. Digit pertama menjelaskan diagnosa primer
    - a. Ya
    - b. Tidak
  4. Digit selanjutnya menjelaskan diagnosa sekunder
    - a. Ya
    - b. Tidak
  5. Ada petugas khusus dalam memberikan kode
    - a. ya
    - b. Tidak
  6. Pemberian kode dilakukan selama maks 1 minggu
    - a. Ya
    - b. Tidak
  7. Setelah pemberian kode, selanjutnya dilakukan entri pada sistem oleh coder
    - a. Ya
    - b. Tidak
  8. coder memasukkan *coding* sesuai diagnosa yang dituliskan oleh dr spesialis.

- a. Ya
  - b. Tidak
9. proses pengkodean dilakukan di ruang rekam medis yang cukup representatif
- a. Ya
  - b. Tidak
4. Verifikasi berkas administrasi klaim pasien BPJS
1. pada proses ini petugas melakukan proses verifikasi pada kelengkapan berkas, kesesuaian SEP, LBP dan kesesuaian billing.
    - a. Ya
    - b. Tidak
  2. Petugas akan mengembalikan berkas jika terdapat ketidaksesuaian data
    - a. Ya
    - b. Tidak
  3. Petugas verifikasi memeriksa kelengkapan resume medis ( sering tidak lengkap dan tidak ada ttd dr spesialis)
    - a. Ya
    - b. Tidak
  4. Petugas veriikator merupakan petugas dari pihak BPJS Kesehatan.
    - a. Ya
    - b. Tidak
  5. Proses verifikasi administrasi dilakukan selama 1 minggu
    - a. ya
    - b. Tidak
5. Pengajuan klaim kepada BPJS kesehatan.
1. Penyerahan klaim dilakukan secara keseluruhan?
    - a. Ya
    - b. Tidak
  2. Berkas yang terlambat diserahkan, bisa disusul?
    - a. ya

- b. Tidak
3. Penyerahan seluruh berkas klaim pasien rawat jalan pada verifikasi BPJS Kesehatan pada tanggal 10 bulan berikutnya
  - a. Ya
  - b. Tidak
4. Berkas yang dikirim dalam bentuk hard copi dan soft copi
  - a. Ya
  - b. Tidak
5. Pada proses Penerimaan berkas oleh verifikasi BPJS Kesehatan, dilakukan proses konfirmasi?
  - a. Ya
  - b. Tidak
6. Konfirmasi dari BPJS melalui Sistem
  - a. Ya
  - b. Tidak
7. BPJS akan mengembalikan berkas yang salah
  - a. Ya
  - b. Tidak
8. Ada batas waktu dalam perbaikan data
  - a. Ya
  - b. Tidak
9. Data hasil revisi selanjutnya diserahkan lagi pada verifikasi BPJS
  - a. Ya
  - b. Tidak

### III. Output

Ketepatan pengajuan berkas kepada BPJS kesehatan

1. Semua berkas klaim diberikan setiap tanggal 10 bulan berikutnya?
  - a. Ya
  - b. Tidak

2. Adakah berkas klaim yang terlambat/gagal klaim?
  - a. ya
  - b. Tidak
3. Adakah revisi dari pengajuan Klaim?
  - a. Ya
  - b. Tidak



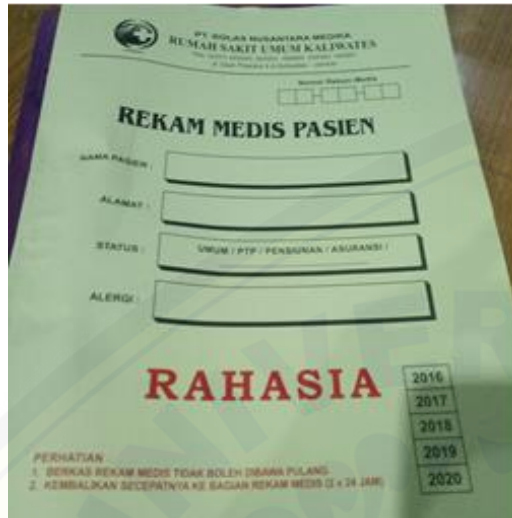
**Lampiran 4. Hasil/Rekapitulasi**

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Pelayanan pasien BPJS rawat jalan (pelayanan dalam unit poli)	√	
2	Pasien yang telah melengkapai persyaratan akan mendapatkan layanan	√	
3	Pelayanan rawat jalan dilakukan di poli yang dituju sesuai dengan surat rujukan dan diperiksa oleh dr Spesialis	√	
4	Setelah pemeriksaan, berkas telah berisi diognosa dan tanda tangan DPJP, dan selanjutnya pasien diarahkan ke apotik	√	
5	Perawat pendamping dr Spesialis melengkapi berkas rekam medis ( data pasien, keluhan, hasil pemeriksaan, dll)	√	
6	Setelah pelayanan, berkas rekam medis kembali di pendaftaran untuk direkap menjadi satu oleh petugas pendaftaran.	√	
7	Nota resep obat dari apotik diserahkan kepada poli pendaftaran, petugas akan memasukkan nota resep ke dalam rekam medis sesuai data pasien.	√	
8	Lalu berkas rekam medis diserahkan pada ruang rekam medis untuk diproses selanjutnya	√	
9	Pengkodean diagnosa dilakukan oleh Coder	√	
10	Aturan pengkodean berdasarkan pada aturan <i>coding</i> ina CBG's	√	
11	Digit pertama menjelaskan diagnosa primer	√	
12	Digit selanjutya menjelaskan diagnosa sekunder	√	
13	Ada petugas khusus dalam memberikan kode		√
14	Pemberian kode dilakukan selama maks 1 minggu	√	
15	Setelah pemberian kode, selanjutnya dilakukan entri pada sistem ina CBG's oleh coder	√	
16	coder memasukkan <i>coding</i> sesuai diagnosa yang dituliskan oleh dr spesialis.	√	



17	proses pengkodean dilakukan di ruang rekam medis yang cukup representatif		√
18	pada proses verifikasi petugas melakukan proses verifikasi pada kelengkapan berkas, kesesuaian SEP, LBP dan kesesuaian billing.	√	
19	Petugas verifikator administrasi akan mengembalikan berkas jika terdapat ketidaksesuaian/ketidaklengkapan data	√	
20	Petugas verifikasi memeriksa kelengkapan resume medis ( sering tidak lengkap dan tidak ada ttd dr spesialis)	√	
21	Petugas veriikator administrasi juga berperan sebagai coder	√	
22	Proses verifikasi administrasi dilakukan selama maks 1 minggu	√	
23	Pengajuan klaim kepada BPJS kesehatan.	√	
24	Penyerahan klaim dilakukan secara keseluruhan	√	
25	Berkas yang terlambat diserahkan, bisa disusulkan		√
26	Penyerahan seluruh berkas klaim pasien rawat jalan pada verifikator BPJS Kesehatan pada tanggal 10 bulan berikutnya	√	
27	Berkas yang dikirim dalam bentuk hard copi dan soft copi	√	
28	Pada proses Penerimaan berkas oleh verifikator BPJS Kesehatan, dilakukan proses konfirmasi	√	
29	Petugas BPJS akan mengembalikan berkas yang salah	√	
31	Ada batas waktu dalam perbaikan data	√	
32	Data hasil revisi selanjutnya diserahkan lagi pada verifikator BPJS	√	
33	Semua berkas klaim diberikan setiap tanggal 10 bulan berikutnya	√	
34	Adakah berkas klaim yang terlambat/gagal klaim		√
35	Adakah revisi dari pengajuan Klaim	√	

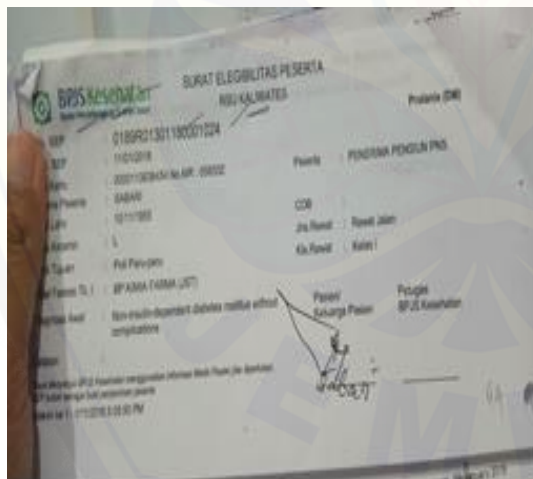
Lampiran 5. Hasil Dokumentasi



Gambar 1. Berkas rekam medis pasien rawat jalan BPJS Kesehatan



Gambar 2. Wawancara dengan Kepala Rekam Medis RSUD Kaliwates Jember



Gambar 3. Contoh SEP



Gambar 4. Wawancara dengan petugas pendaftaran poli spesialis



Gambar 5. Tempat Pendaftaran Pasien



Gambar 6. Kasir/ pencetakan kuitansi



Gambar 7. Wawancara dengan verifikator internal+coding pasien rajal BPJS Kesehatan



Gambar 8. Tampak ruang rekam medik dan verifikasi yang cukup sempit