Digital Repository Universitas Jember

KAJIAN KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM PELAYANAN RAWAT JALAN PASIEN BPJS KESEHATAN DI RSUD BLAMBANGAN TAHUN 2017

SKRIPSI

Oleh:

Rizaldi Yudhistira
NIM 142110101171

BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018

Digital Repository Universitas Jember

KAJIAN KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM PELAYANAN RAWAT JALAN PASIEN BPJS KESEHATAN DI RSUD BLAMBANGAN TAHUN 2017

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Oleh:

Rizaldi Yudhistira
NIM 142110101171

BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018

Digital Repository Universitas Jember

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rizaldi Yudhistira

NIM : 142110101171

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: *Kajian Keterlambatan Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Jalan Pasien BPJS Kesehatan Di RSUD Blambangan Tahun 2017* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 26 Juli 2018

Yang menyatakan,

Rizaldi Yudhistira

NIM. 142110101171

Digital Repository Universitas Jember

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, segala puji dan syukur atas karunia dan nikmat yang telah diberikan Allah SWT. Terima kasih atas segala kemudahan dan kelancaran yang telah Engkau berikan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Orang tuaku, Alm. Bapak Sugianto, Ibu Ninik Yuli Hartini, dan Bapak Anang Yusron. Terimakasih atas cinta, kasih sayang, pengorbanan, doa yang selalu mengalir di setiap sujud serta dorongan dan semangat yang tak pernah berhenti.
2. Guru-guruku sejak TK hingga Perguruan Tinggi, terimakasih atas semua ilmu, nasehat, dan bimbingan yang telah kalian berikan.
3. Almamaterku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Digital Repository Universitas Jember

MOTTO

"For him who seeks the truth there is nothing of higher value than the truth itself (Ya'qub Ibn Ishaq al-Kindi) *)

*) Richard Walzer, Greek into Arabic: Essays on Islamic Philosophy (Cambridge: Harvard University Press, 1962, hal. 62)

Digital Repository Universitas Jember

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Kajian Keterlambatan Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Jalan Pasien BPJS Kesehatan Di RSUD Blambangan Tahun 2017* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 26 Juli 2018

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing		Tanda Tangan
DPU	: Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes.	
	NIP. 19820723 201012 1 003	(……..)
DPA	: Sri Utami, S.KM., M.M.	
		(……..)
Penguji		
Ketua	: Christyana Sandra, S.KM., M.Kes.	
	NIP. 19820416 201012 2 003	(……..)
Sekretaris	: dr. Ragil Ismi H, M.Sc.	
	NIP. 19811005 200604 2 002	(……..)
Anggota	: I Wayan Sastra Wirawan, S.KM., M.QIH.	
	NIP. 19630105 198212 1 003	(……..)

Mengesahkan

Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.

NIP. 19800516 200312 2 002

Digital Repository Universitas Jember

SKRIPSI

KAJIAN KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM PELAYANAN RAWAT JALAN PASIEN BPJS KESEHATAN DI RSUD BLAMBANGAN TAHUN 2017

Oleh:

Rizaldi Yudhistira
142110101171

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes.
Dosen Pembimbing Anggota : Sri Utami, S.KM., M.M.

Digital Repository Universitas Jember

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "*Kajian Keterlambatan Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Jalan Pasien BPJS Kesehatan Di RSUD Blambangan Tahun 2017*". Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu tahap untuk menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. selaku dosen Pembimbing Utama, dan Ibu Sri Utami, S.KM., M.M. selaku dosen pembimbing Anggota, yang telah banyak memberikan bimbingan, pengarahan, koreksi, motivasi, pemikiran, saran, perhatian, do'a, serta meluangkan waktunya sehingga skripsi ini dapat disusun dan terselesaikan dengan baik.

Penyusun Skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes., selaku ketua penguji, dr. Ragil Ismi H, M.Sc., selaku sekertaris penguji dan Bapak I Wayan Sastra Wirawan, S.KM., M.QIH., selaku penguji anggota;
3. Guru-guruku mulai TK sampai Perguruan Tinggi, terimakasih atas ilmu yang telah diberikan, nasehat serta bimbingan yang mampu mengantarkan saya sampai titik ini;
4. Bapak dr. H. Taufiq Hidayat, Sp. And., M.kes., selaku Direktur RSUD Blambangan Banyuwangi terima kasih atas diberikannya ijin penelitian;
5. Alm. Bapak Sugianto, Ibu Ninik Yuli Hartini, Bapak Anang Yusron, Adikku Mashita Dewi terimakasih atas setiap doa, ilmu, cinta, kasih saying, kesabaran serta pengorbanan yang telah dilakukan selama ini;

Digital Repository Universitas Jember

6. Kekasihku, Nurdiana Cahyani terimakasih atas setiap doa, motivasi, dan bantuannya selama ini;
7. Sahabat-sahabatku terdekat dan tersayang M. Taufik Qurrahman, Ilham Maulana, Nanda Iskandar Ubaidillah, Rizka Huwaidah, Ummi Khoirul Hafidzah, Hasritatun Riskiyah, Shofia Latifah, Eva Diana, Iin Listianah, Nopelia Herela, Mahfudzo, Nia Putri Nilamsari, Risma Novia, Vina Amelia, Eriena Melati Sukma dan Azizah Munawwarah yang selalu menemani, memberikan dukungan dan membantu sampai terselesaikannya skripsi ini;
8. Teman-teman peminatan AKK, kontrakan Q25, BEM 2014, Geang Agung Squad dan keluarga besar FKM angkatan 2014 yang telah memberikan semangat, belajar berkerja sama, menghargai waktu, menjadi mahasiswa yang tangguh, dan berupaya membangun solidaritas antar sesama selama menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat
9. Almamaterku tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
10. Dan seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu

Penulis menyadari jika skripsi ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi khasanah ilmu pengetahuan, terutama di bidang Kesehatan Masyarakat. Atas perhatian dan dukungannya, penulis menyampaikan terima kasih

Jember, 26 Juli 2018

Penyusun

Digital Repository Universitas Jember

RINGKASAN

Kajian Keterlambatan Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Jalan Pasien BPJS Kesehatan Di RSUD Blambangan Tahun 2017; Rizaldi Yudhistira; 142110101171; 2018; 88 halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember.

Program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan merupakan bentuk tanggungjawab dari pemerintah untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya. Rumah sakit sebagai FKRTL bekerjasama dengan BPJS untuk memfasilitasi masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan. BPJS membayar menggunakan sistem paket INA-CBGs pada FKRTL. Rumah sakit mengajukan klaim kepada BPJS paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya dan pihak BPJS Kesehatan wajib membayar paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima. RSUD Blambangan sebagai rumah sakit kelas B selalu mengalami keterlambatan dalam pengajuan klaim karena banyaknya kasus. Pada pelayanan rawat jalan per satu tanggal pelayanan mencapai 400-500 kasus dan pengumpulan berkas klaim harus dikumpulkan setelah jam pelayanan selesai atau pada hari itu juga. Tujuan dari penelitian ini yaitu mengkaji faktor keterlambatan pengajuan klaim pelayanan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan di RSUD Blambangan Tahun 2017 dilihat dari faktor input, proses dan output.

Jenis penelitian ini tergolong dalam penelitian studi kasus dengan pendekatan kualitatif yang bertujuan untuk mengkaji keterlambatan pengajuan klaim rawat jalan pasien BPJS Kesehatan. Pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam ke kepala unit administrasi klaim, kepala bidang keuangan, petugas loket klaim, petugas koding, petugas verifikator Rumah Sakit/petugas *grouping*, tim *antifraud*, petugas verifikator BPJS dan petugas rekam medis. Instrumen yang digunakan dalam pengambilan data yaitu lembar panduan wawancara mendalam. Analisis data dilakukan secara deskriptif tanpa melakukan uji data statistik.

Digital Repository Universitas Jember

Hasil dari penelitian ini pada variabel input diketahui bahwa sumber daya manusia pada pengelolaan klaim di RSUD Blambangan Banyuwangi pada bagian koding, *grouping*, dan verifikator BPJS Kesehatan masih terbatas dan sebagian besar petugas belum pernah mendapatkan pelatihan. SOP hanya berupa alur proses pengajuan klaim, *software* INA-CBGs yang digunakan dalam proses klaim masih sering mengalami *server down*. Pada variabel proses diketahui hambatan pada proses pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan di RSUD Blambangan berupa keterlambatan penyerahan berkas klaim dari poli ke bagian loket klaim, tulisan dokter atau perawat yang tidak jelas serta proses pengecekan koding dilakukan secara manual sehingga butuh waktu yang lama, proses verifikasi data txt file kadang tidak bisa dibuka dan rumah sakit terlambat menyerahkan berkas kepada verifikator BPJS Kesehatan atau pengajuannya melebihi tanggal 10 setiap bulannya. RSUD Blambangan terlambat dalam mengajukan klaimnya karena adanya miskoordinasi internal tim. Kadang-kadang terjadi ketidaksesuaian jumlah kasus dengan berkas klaim yang akan diajukan. Ketidaksesuaian jumlah tersebut dikarenakan berkas hilang terbawa pulang pasien. Pengajuan klaim rawat jalan tidak pernah ditolak oleh BPJS Kesehatan, namun terjadi *claim pending* setiap bulannya.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, peneliti menyarankan pada pengajuan klaim pelayanan rawat jalan di RSUD Blambangan, perlu dilakukan analisis beban kerja sebagai dasar penambahan SDM khususnya pada *coder*, petugas *grouping*, dan verifikator BPJS. Mengadakan pelatihan bagi semua petugas klaim guna meningkatkan kompetensi petugas. Untuk mengatasi *server down* diperlukan peningkatan dan perbaikan sarana prasarana terutama jaringan internet di RSUD Blambangan serta perlu pembuatan SOP pengisian *resume* medis kelengkapan berkas klaim untuk dokter dan perawat di tiap poli agar tidak lagi terlambat dalam menyetorkan berkas klaim ke bagian loket klaim. Selain itu, peneliti juga menyarankan kepada BPJS Kesehatan segera melakukan sosialisasi kepada FKRTL jika terdapat kebijakan baru mengenai klaim dan hendaknya membayar FKRTL sesuai dengan kesepakatan dan ketentuan yang berlaku.

Digital Repository Universitas Jember

SUMMARY

Study of Outpatient Claim Submission Delay on Social Security Health Agency at Blambangan State Hospital in 2017; Rizaldi Yudhistira; 142110101171; 2018; 88 pages; Department of Health Policy and Administration, Faculty of Public Health, University of Jember.

The health insurance program which coordinated by Social Security Health Agency is responsibility from government to assure all the citizen for fulfilling their basic needs. The hospital as the Secondary Health Care collaborated with Social Security Health Agency to facilitate peoples in order to access the health service. BPJS defrays with INA-CBGs system package towards Secondary Health Care. The hospital submit the claims towards Social Security Health Agency for at least at 10^{th} (tenth) day for every early date of the month and Social Security Health Agency obligated to defrays those claims for at least 15 days of work since the claims document received. Blambangan State Hospital as the B class health facility was regulary experience submission delays for it has many cases to handle. In outpatient service for every first date of the month reach 400-500 cases and the data claims submission should be submitted after service hours were finished or at the same day. The purpose of this study was to reviewing the factors of Outpatient Claim Submission Delay on Social Security Health Agency at Blambangan State Hospital in 2017 from input, process and output factors.

The type of this study specified into study case research with qualitative approach which had aim to review the Social Security Health Agency Outpatient Claim Submission Delay. The data retrieval implemented with indepth interview towards the head of claims administration unit and head of treasury department, claims locket employee, coding functionary, verificator, hospital grouping team, antifraud team, Social Security Health Agency verificator and medical record officials. The instrument which utilized for data retrieval was in depth interview

Digital Repository Universitas Jember

guiding sheet. The data analysis implemented with descriptive method without statistic data test.

The result of this study at input variable indicated that the human resource at claim managemenet in Blambangan State Hospital for the coding group, grouping team and Social Security Health Agency verificators were still limited and most of them were never follows or receiving training. Standard operating procedure were only limited on claim submission mechanism process. The software which utilized on claim process still regulary down or buffered. On process variable indicted that the barrier on outpatient claims management at Blambangan State Hospital were the delays of claim data submission from polyclinic to claim locker section, an inarticulated script writing from doctor or nurse also manually coding checking process which takes long time, incomplete files and server down, the verification process of txt file data sometimes cannot be opened and hospital was late to submit the files to Social Security Health Agency verificator or the submission outdated from 10th day every month. Meanwhile, the payment from Social Security Health Agency to Blambangan State Hospital was 15 days after the file was submitted to the branch office.

According to the result of the study, the researcher suggest to the outpatient claim submission division at Blambangan State Hospital, it need to be analyzed on work burden as the basic human resource increment especially on coder, grouping team and Social Security Health Agency verificators considering the high quantity of claims at outpatient services. Organizing or giving training for every claim employees to their competencies. Furthermore, in order to overcome the server down or buffering, the hospital need to upgrade and repair its infrastructure especially internet network at Blambangan State Hospital and also it need to built the standart operational procedure medical resume fulfilment, the completeness of claims file for doctors and nurses in every polyclinic so that no longer delays for submitting the claims files to the claim locket and observes also make sure for every patient file completeness which later used for claim submission. Social Security Health Agency need to give socialiszation and defray to the secondary health care with the agreement and applicable terms.

Digital Repository Universitas Jember

DAFTAR ISI

PERNYATAAN ..... **iii**
PERSEMBAHAN ..... **iv**
MOTTO ..... **v**
PENGESAHAN ..... **vi**
SKRIPSI ..... **vii**
PRAKATA ..... **vii**
RINGKASAN ..... **x**
SUMMARY ..... **xii**
DAFTAR ISI ..... **xiv**
DAFTAR TABEL ..... **xvii**
DAFTAR GAMBAR ..... **xviii**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xix**
DAFTAR SINGKATAN ..... **xx**
BAB 1. PENDAHULUAN **1**
1.1 Latar Belakang **1**
1.2 Rumusan Masalah **5**
1.3 Tujuan **5**
1.3.1 Tujuan Umum 5
1.3.2 Tujuan Khusus 5
1.4 Manfaat **6**
1.4.1 Manfaat Teoritis 6
1.4.2 Manfaat Paraktis 6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA **7**
2.1 Rumah Sakit **7**
2.1.1 Definisi Rumah Sakit 7
2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit 7
2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit 9
2.1.4 Siklus Transaksi Rumah Sakit 9
2.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) **11**

Digital Repository Universitas Jember

2.2.1 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional 12
2.2.2 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional....13
2.2.3 Pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional....14
2.3 Badan Penyelanggara Jaminan Sosial Kesehatan.... 15
2.4 Sistem INA-CBGs.... 15
2.5 Klaim Pelayanan BPJS Kesehatan 16
2.5.1 Definisi Klaim....16
2.5.2 Manajemen Klaim....18
2.5.3 Kebijakan Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional 21
2.5.4 Ketentuan Pengajuan Klaim JKN Pada Pelayanan FKRTL 22
2.5.5 Syarat-syarat Pengajuan Klaim....24
2.5.6 Proses Pengajuan Klaim 24
2.5.7 Pengkodean dan Entri Data Klaim Jaminan Kesehatan Nasional 27
2.5.8 Verifikasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional 28
2.5.9 Sistem Pembayaran Klaim Jaminan Kesehatan Nasional....32
2.6 Pelayanan Rawat Jalan.... 33
2.6.1 Definisi Pelayanan Rawat Jalan....33
2.6.2 Alur Pelayanan Rawat Jalan 34
2.7 Sistem dan Pendekatan Sistem.... 35
2.7.1 Sistem....35
2.7.2 Pendekatan Sistem 36
2.8 Kerangka Teori 38
2.9 Kerangka Konsep.... 39
BAB 3. METODE PENELITIAN.... 41
3.1 Jenis Penelitian 41
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian 41
3.2.1 Tempat Penelitian 41
3.2.2 Waktu Penelitian....41
3.3 Informan Penelitian 41
3.4 Fokus Penelitian 42
3.5 Data dan Sumber Data 45

Digital Repository Universitas Jember

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data 45
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....45
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data.....47
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data 47
3.7.1 Teknik Penyajian Data.....47
3.7.2 Analisis Data.....48
3.8 Alur Penelitian..... 50
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN 51
4.1 Gambaran Umum RSUD Blambangan Banyuwangi 51
4.2 Hasil Penelitian dan Pembahasan..... 53
4.2.1 Karakteristik Informan Penelitian.....53
4.2.2 *Input* 54
4.2.3 *Process*.....67
4.2.4 *Output* 78
4.3 Keterbatasan Penelitian..... 82
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN 83
5.1 Kesimpulan 83
5.2 Saran..... 84
DAFTAR PUSTAKA..... 85
LAMPIRAN..... 89

Digital Repository Universitas Jember

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif 16
Tabel 3.1 Fokus Penelitian..... 43
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Penelitian..... 53
Tabel 4.2 Laporan Klaim Rawat Jalan BPJS 2017 RSUD Blambangan 81

Digital Repository Universitas Jember

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model Siklus Transaksi Rumah Sakit 10
Gambar 2.2 Alur Proses Pengajuan Klaim 27
Gambar 2.3 Hubungan Elemen dan Sistem 36
Gambar 2.4 Kerangka Teori..... 38
Gambar 2.5 Kerangka Konsep Penelitian 39
Gambar 3.1 Alur Penelitian..... 50

Digital Repository Universitas Jember

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Persetujuan 89
Lampiran B. Panduan Wawancara Informan Kunci 90
Lampiran C. Panduan Wawancara Informan Utama 93
Lampiran D. Panduan Wawancara Informan Utama 95
Lampiran E. Panduan Wawancara Informan Utama..... 98
Lampiran F. Panduan Wawancara Informan Utama..... 101
Lampiran G. Panduan Wawancara Informan Tambahan..... 103
Lampiran H. Surat Ijin Penelitian 106
Lampiran I. *Standard Operasional Procedure* (SOP) Klaim Rawat Jalan..... 107
Lampiran J. Dokumentasi Penelitian 111

Digital Repository Universitas Jember

DAFTAR SINGKATAN

BLUD	: Badan Layanan Umum Daerah
BPJS	: Badan Penyelengara Jaminan Sosial
DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pasien
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FPK	: Formulir Pengajuan Klaim
ICD	: *International Classification of Diseas*
INA-CBGs	: *Indonesian Case Base Group's*
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
PKS	: Perjanjian Kerja Sama
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
RJTL	: Rawat Jalan Tingkat Lanjut
SDM	: Sumber Daya Manusia
SEP	: Surat Eligibilitas Peserta
SIA	: Sistem Informasi Akuntansi
SJP	: Surat Jaminan Pelayanan
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
SOP	: *Standard Operating Procedure*
SPI	: Satuan Pengawas Internal
VEDIKA	: Verifikasi Digital Klaim
WHO	: *World Health Organization*

Digital Repository Universitas Jember

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Terbitnya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 menetapkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan yang terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Program Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Program tersebut selanjutnya disebut sebagai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pedoman pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional diatur pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014. Fasilitas kesehatan yang ikut serta dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional yaitu terbagi menjadi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terdiri dari puskesmas, praktik dokter, klinik pratama, dan rumah sakit kelas D pratama serta Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) berupa klinik utama, rumah sakit dan rumah sakit khusus.

Salah satu upaya yang telah disepakati seluruh pemangku kepentingan untuk dijalankan oleh BPJS Kesehatan adalah melakukan penerapan model pembayaran prospektif. BPJS Kesehatan mempunyai wewenang untuk membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah (UU

Digital Repository Universitas Jember

Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 11). BPJS Kesehatan membayar menggunakan sistem paket INA-CBGs pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Tarif INA-CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. Tarif INA-CBGs tersebut diberlakukan pada FKRTL yang melakukan pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan atau Rawat Inap Tingat Lanjutan (Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017). Prinsip kendali mutu dan biaya harus diterapkan secara utuh disetiap tingkatan pelayanan mengingat adanya karakteristik pelayanan kesehatan yang berpotensi untuk menyebabkan terjadinya inefisiensi. Oleh karena itu, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan wajib untuk membayar fasilitas kesehatan secara efektif dan efisien.

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang akan mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan harus melengkapi persyaratan administrasi klaim umum. Pada pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL), Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) menyerahkan berkas administrasi klaim dan keluaran yang dihasilkan dari proses *entry* klaim rawat jalan berupa *softcopy* (txt file) kepada petugas verifikator BPJS Kesehatan untuk dilakukan verifikasi. Setelah itu, berkas tersebut dikirim ke BPJS Kesehatan. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim secara kolektif dan lengkap kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan. Jika terdapat kekurangan kelengkapan berkas klaim maka BPJS Kesehatan mengembalikan klaim ke Fasilitas Kesehatan untuk dilengkapi dengan melampirkan Berita Acara Pengembalian Klaim yang nantinya dapat diajukan kembali oleh Fasilitas Kesehatan pada pengajuan klaim bulan berikutnya (Panduan Administrasi Klaim BPJS Kesehatan 2014).

Salah satu permasalahan rumah sakit dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional adalah keterlambatan pengajuan klaim. Menurut Provost dan

Digital Repository Universitas Jember

Peterson (2006:2) dalam manajemen klaim sering diperlukan waktu tambahan untuk memeriksa dan menganalisis klaim, sehingga menyebabkan terjadinya penundaan pembayaran untuk jasa yang diberikan. Hal ini terjadi ketika klaim yang diajukan mengalami kesalahan administrasi. Apabila terjadi kesalahan pada klaim, maka klaim tersebut dikembalikan untuk direvisi dan kemudian diajukan kembali pada bulan berikutnya. Pemaparan Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (2016:7) menyebutkan bahwa aliran kas beberapa rumah sakit terganggu akibat adanya permasalahan dalam pembayaran klaim. Keterlambatan pengajuan klaim dapat mempengaruhi kegiatan operasional seperti penumpukan dokumen klaim yang menambah beban kerja petugas koding dan verifikator (Malonda *et al,* 2015:444). Selain itu, dengan terlambatnya pengajuan klaim oleh Rumah Sakit menyebabkan pembayaran yang dilakukan oleh BPJS akan terlambat. Akibatnya penyedia layanan kesehatan dapat mengalami masalah yang berkaitan dengan arus kas dan dapat mempengaruhi kegiatan operasional yang ada di Rumah Sakit (Syamarta, 2014:3).

Keterlambatan pengajuan klaim dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Malonda *et al* (2015:446), keterlambatan disebabkan masih terdapat beberapa masalah koordinasi tim, tidak lengkapnya dokumen serta belum adanya *billing system.* Penelitian lain menjelaskan keterlambatan pengajuan klaim disebabkan karena terlambatnya pemberkasan klaim oleh Rumah Sakit kepada BPJS (Putra, 2014:135). Keterlambatan pengajuan klaim ini juga diakibatkan kurangnya ketelitian dari petugas dalam verifikasi berkas klaim, penggunaan *software* yang masih baru dan belum tersedianya petunjuk teknis yang digunakan Rumah Sakit dalam proses verifikasi klaim (Syamarta, 2014:64).

Kabupaten Banyuwangi pada tahun 2017 bekerja sama dengan BPJS Kesehatan melalui Program Smart Kampung berupa Gandrung JKN (Gerakan Desa Urun Bareng-Jaminan Kesehatan Nasional). Kabupaten Banyuwangi memiliki 12 rumah sakit dengan rincian 2 rumah sakit pemerintah dan 10 rumah sakit milik swasta. RSUD Blambangan dan RSUD Genteng merupakan rumah sakit pemerintah yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Sebagian besar jumlah pasien yang datang berobat ke RSUD Blambangan dan RSUD Genteng

Digital Repository Universitas Jember

adalah pasien BPJS Kesehatan. Berdasarkan observasi awal yang dilakukan peneliti, kedua rumah sakit ini belum menerapkan sistem VEDIKA pada tahun 2017 dalam pengelolaan klaimnya dimana RSUD Blambangan selalu mengalami keterlambatan dalam pengajuan klaim berbeda halnya dengan RSUD Genteng yang terdapat beberapa bulan pengajuan klaimnya secara tepat waktu yaitu tanggal 10 bulan berikutnya. Hal ini disebabkan karena jumlah kasus RSUD Genteng lebih sedikit daripada RSUD Blambangan.

RSUD Blambangan menjadi Rumah Sakit Umum Pemerintah Kelas B Non Pendidikan dan menjadi pusat rujukan rumah sakit di Kabupaten Banyuwangi. Data rekam medis RSUD Blambangan Banyuwangi tahun 2017 menyatakan bahwa jumlah kunjungan pasien rawat jalan dengan penjamin BPJS Kesehatan sebesar 93.431 dari 119.984 total kunjungan atau sekitar 78%. Observasi awal yang dilakukan oleh peneliti terkait pengajuan klaim bulan Januari-Desember 2017 pada pelayanan rawat jalan terdapat jumlah kasus rawat jalan per satu tanggal mencapai 400-500 kasus dan pengumpulan berkas klaim harus dikumpulkan setelah jam pelayanan selesai atau pada hari itu juga. Sedangkan dalam pelayanan rawat inap, jumlah kasus tidak terlalu banyak dan terdapat waktu untuk melengkapi kelengkapan berkas hingga pasien pulang dari rumah sakit. Selain itu, pada pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan selalu diajukan melebihi tanggal 10 bulan berikutnya dan tiap bulannya rata-rata terdapat 1.621 kasus klaim pending atau susulan dan diajukan kembali pada bulan berikutnya. Seharusnya berdasarkan panduan praktis yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan tentang administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan menyatakan bahwa klaim rawat jalan diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA-CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku. Keterlambatan pengajuan klaim berdampak pada pembayaran jasa pelayanan di RSUD Blambangan. Oleh karena itu, proses pengajuan verifikasi klaim peserta BPJS Kesehatan khususnya pada pelayanan rawat jalan harus berjalan dengan baik.

Digital Repository Universitas Jember

Berdasarkan permasalahan tersebut, maka perlu dilakukan penelitian terkait kajian keterlambatan pengajuan klaim rawat jalan pasien BPJS Kesehatan di RSUD Blambangan tahun 2017.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut "Faktor apa saja yang menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim pelayanan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan di RSUD Blambangan tahun 2017?"

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim pelayanan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan di RSUD Blambangan tahun 2017.

1.3.2 Tujuan Khusus

a. Mengkaji *input* yang terdiri dari Sumber Daya Manusia (SDM), kebijakan/SOP, dan *software* dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan di RSUD Blambangan tahun 2017.
b. Mengkaji *process* yang terdiri dari Pengumpulan berkas klaim rawat jalan, pemberian kode dan *entry* data klaim pelayanan rawat jalan dengan aplikasi INA-CBGs, verifikasi berkas klaim rawat jalan oleh pihak RSUD Blambangan, dan verifikasi berkas klaim rawat jalan oleh pihak BPJS Kesehatan di RSUD Blambangan tahun 2017.
c. Mengkaji *output* berupa pengajuan klaim pelayanan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan di RSUD Blambangan tahun 2017.

Digital Repository Universitas Jember

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Adapun manfaat teoritis penelitian ini adalah:

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi dalam pengembangan khasanah ilmu kesehatan masyarakat khususnya ilmu administrasi dan kebijakan kesehatan dan bagi tempat penelitian tentang kajian keterlambatan klaim pelayanan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan.

1.4.2 Manfaat Paraktis

Adapun manfaat praktis penelitian ini adalah:

a. Bagi Peneliti

   Mengembangkan kemampuan, penambah pengalaman dan pengetahuan dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama menempuh perkuliahan.

b. Bagi RSUD Blambangan Banyuwangi

   Hasil penelitian ini dapat menjadi landasan bagi RSUD Blambangan Banyuwangi dalam membuat perencanaan dan strategi agar pengajuan klaim rawat jalan tidak terlambat.

c. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

   Penelitian ini dapat memberikan bahan tambahan referensi dan bahan kepustakaan bagi mahasiswa dan pihak lain yang ingin melakukan penelitian di bidang klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada bagian administrasi kebijakan kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Digital Repository Universitas Jember

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Menurut Bastian (2008:28), rumah sakit merupakan pusat pendidikan dan latihan tenaga kesehatan serta pusat penelitian bio-medik. Rumah sakit merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan *(promotif),* pencegahan penyakit *(preventif),* penyembuhan penyakit *(kuratif)* dan pemulihan *(rehabilitatif)* yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan.

2.1.2 Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit dikelompokkan berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya.

a. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dibagi menjadi rumah sakit umum dan rumah sakit khusus.
    1) Rumah sakit umum yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit umum dibagi menjadi empat berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan kesehatan.
        a) Rumah sakit umum kelas A yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit

Digital Repository Universitas Jember

empat spesialistik dasar, lima spesialis penunjang medik, dua belas spesialis lain dan tiga belas subspesialistik.

b) Rumah sakit umum kelas B yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat spesialis dasar, empat spesialis penunjang medik, delapan spesialis lain dan dua subspesialis dasar.

c) Rumah sakit umum kelas C yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit empat spesialis dasar dan empat spesialis penunjang medik.

d) Rumah sakit umum kelas D yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit dua spesialis dasar.

2) Rumah sakit khusus yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, dan jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

b. Berdasarkan pengelolaannya, rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat.

1) Rumah sakit publik dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba:

a) Rumah sakit publik yang dikelola oleh pemerintah, dan pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU) atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b) Rumah sakit publik yang dikelola oleh pemerintah dan pemerintah daerah tidak dapat dialihkan menjadi rumah sakit privat.

2) Rumah sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas (Persero).

Digital Repository Universitas Jember

2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit bertugas untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna merupakan pelayanan yang bersifat penyembuhan *(curative)*, pemulihan *(rehabilitative)* dan dilakukan secara terpadu melalui upaya promosi kesehatan *(promotive)* dan pencegahan *(preventive)*. Rumah sakit dalam menjalankan tugas tersebut mempunyai fungsi antara lain:

a. Menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
b. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
c. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka meningkatkan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
d. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.1.4 Siklus Transaksi Rumah Sakit

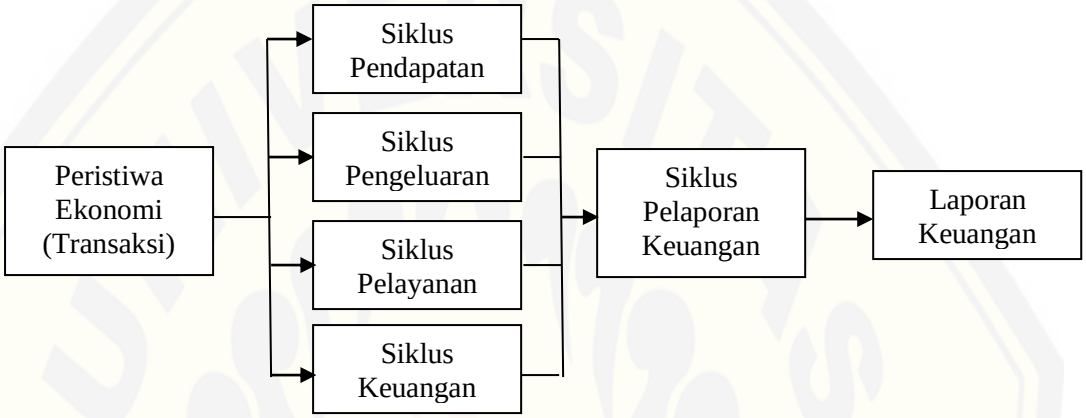
Sistem Informasi Akuntansi (SIA) merupakan komponen vital dalam sistem informasi manajemen. SIA menjadi pendukung semua aktivitas pelayanan dengan mengedepankan tiga fungsi utama, yaitu:

a. Pengumpulan, pemrosesan, dan penyimpanan seluruh data transaksi rumah sakit.
b. Transformasi data menjadi informasi yang dipakai oleh manajemen untuk pengambilan keputusan dan melakukan pengendalian.
c. Kontrol internal terhadap aset-aset rumah sakit sehingga data yang disimpan menjadi akurat dan terpercaya (*reliable*).

Meskipun hanya bersifat sebagai pendukung dalam rumah sakit, SIA mampu menjadikan kelima aktivitas utama rumah sakit menjadi efektif dan

Digital Repository Universitas Jember

efisien. Kelima aktivitas tersebut terangkum dalam siklus transaksi rumah sakit, yaitu siklus pendapatan, siklus pengeluaran, siklus pelayanan, dan siklus keuangan, dan siklus pelaporan keuangan, seperti tergambar dalam ilustrasi di bawah ini:



Gambar 2.1 Model Siklus Transaksi Rumah Sakit
Sumber: Romney dan Steinbart (2015)

a. Siklus pendapatan terkait dengan pemberian jasa pelayanan rumah sakit kepada pasien atau pihak lain dan penerimaan pembayaran pasien atau tagihan dari pihak lain.
b. Siklus pengeluaran terkait dengan pengadaan barang dan/atau jasa dari pihak lain dan pelunasan utang dan kewajibannya.
c. Siklus produksi/pelayanan terkait dengan transformasi sumber daya rumah sakit menjadi jasa pelayanan rumah sakit.
d. Siklus keuangan terkait dengan perolehan dan pengelolaan *capital fund* (dana modal), seperti modal kerja (sumber dana kas atau dana likuid lainnya) dan sumber dana jangka panjang.
e. Siklus pelaporan keuangan tidak terkait dengan siklus operasi (*operating cycle*) sebagaimana empat siklus pertama di atas. Siklus ini memperoleh data operasi dan akuntansi dari siklus yang lain dan memprosesnya menjadi laporan keuangan sesuai dengan prinsip akuntansi berterima umum.

Digital Repository Universitas Jember

2.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib berdasarkan Undang-Undang 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. Jaminan Kesehatan Nasional 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). Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip- prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional berikut:

a. Prinsip kegotongroyongan

Prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi. Hal ini terwujud karena kepesertaan JKN bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

b. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh BPJS Kesehatan adalah nirlaba bukan untuk mencari laba. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat yang tujuannya untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

c. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip-prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

d. Prinsip portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimkasudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Digital Repository Universitas Jember

e. Prinsip kepesertaan yang bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh masyarakat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Kepesertaan wajib tersebut dalam penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat.

f. Prinsip dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

g. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Digunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

2.2.1 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional

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 lainnya. 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 (Kementerian Kesehatan RI, 2014:21).

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 yang tidak mampu yang terdiri atas:

Digital Repository Universitas Jember

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 (Kementerian Kesehatan RI, 2014:24).

2.2.2 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas dua jenis yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai kebutuhan medis (Kementerian Kesehatan RI, 2014:30).

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

a. Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
b. Imunisasi dasar meliputi BCG, DPTHB, polio, dan Campak.

Digital Repository Universitas Jember

c. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.

Skrining kesehatan diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Meskipun manfaat yang dijamin dalam Jaminan Kesehatan Nasional bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi:

a. Tidak sesuai prosedur
b. Pelayanan di luar fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS
c. Pelayanan bertujuan kosmetik
d. *General check up*
e. Pengobatan alternatif
f. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan dan pengobatan impotensi
g. Pelayanan kesehatan pada saat bencana
h. Pasien bunuh diri, penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri, dan narkoba.

2.2.3 Pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional

Iuran Jaminan Kesehatan Nasional adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (PP 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

Digital Repository Universitas Jember

sistem paket INACBG's. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim diterima lengkap (Kementerian Kesehatan RI, 2014:26).

2.3 Badan Penyelanggara Jaminan Sosial Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan hukum yang di bentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan mulai beroperasi secara operasional pada tanggal 1 Januari 2014 (Kementerian Kesehatan RI, 2014: 40). PT Askes (persero) dinyatakan bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan setelah disahkannya Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS Kesehatan bertugas melakukan pengawasan yang serius pada setiap rumah sakit dalam implementasi tarif INA-CBGs. Meskipun telah dilaksanakan revisi berkas klaim seideal mungkin, ketika tanpa disertai pengawasan yang serius pada tahap implementasi bisa jadi tujuan dari INA-CBGs tidak tercapai.

Setiap rumah sakit yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan terdapat petugas verifikator BPJS Kesehatan. Untuk menjalankan tugasnya dalam melakukan verifikasi klaim, verifikator BPJS Kesehatan wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM. Ketentuan *coding* mengikuti panduan ketentuan *coding* yang terdapat dalam pedoman INA-CBGs (PMK RI Nomor 76 Tahun 2016).

2.4 Sistem INA-CBGs

Sistem INA-CBGs merupakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi *output* pelayanan, berbasis pada data *costing* dan *coding* penyakit mengacu pada *International Classification of Disease* (ICD) yang disusun oleh WHO dengan acuan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9 CM untuk prosedur. Dalam INA-CBGs terdapat 1075 kelompok tarif yang terdiri dari 786 tarif pelayanan rawat inap dan 289 tarif pelayanan rawat jalan. Sistem INA-

Digital Repository Universitas Jember

CBGs merupakan sistem pembiayaan prospektif dan tujuan yang ingin dicapai dari penerapan sistem ini yaitu pelayanan kesehatan yang berkualitas dan *cost effective*. Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarannya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budget*, perdiem, kapitasi dan *case based payment* (PMK RI Nomor 76 Tahun 2016). Berikut adalah tabel kelebihan dan kekurangan sistem pembayaran prospektif:

Tabel 2.1 Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif

	Kelebihan	**Kekurangan**
Provider	1. Pembayaran lebih adil sesuai dengan kompleksitas pelayanan. 2. Proses klaim lebih cepat.	1. Kurangnya kualitas *coding* akan menyebabkan ketidaksesuaian proses *grouping* (pengelompokan kasus).
Pasien	1. Kualitas pelayanan baik. 2. Dapat memilih Provider dengan pelayanan terbaik.	1. Pengurangan kuantitas pelayanan. 2. Provider merujuk ke luar/RS lain.
Pembayar	1. Terdapat pembagian resiko keuangan dengan provider. 2. Biaya administrasi lebih rendah. 3. Mendorong peningkatan sistem informasi.	1. Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam implementasinya. 2. Memerlukan monitoring pasca klaim.

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs) dalam Pelaksanaan JKN

2.5 Klaim Pelayanan BPJS Kesehatan

2.5.1 Definisi Klaim

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, klaim adalah sebuah tuntutan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (memiliki atau mempunyai) atas sesuatu. Definis klaim secara umum adalah permintaan peserta, ahli warisnya atau pihak lain yang terlibat perjanjian dengan perusahaan asuransi atas terjadinya kerugian

Digital Repository Universitas Jember

sebagaimana yang telah dijanjikan (Anwar, 2007:60). Sedangkan definisi klaim dilihat dari bidang asuransi kesehatan adalah *request for payment made to the insurance company by medical facilities, members, or practitioners for health services provided to plan members* (Marchinko, 2006:56). Berdasarkan kedua pengertian tersebut maka dapat ditarik kesimpulan bahwa klaim asuransi kesehatan adalah sebuah permintaan yang dibuat oleh pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk perusahaan asuransi untuk meminta bayaran atas tindakan yang sudah dilakukan terhadap peserta asuransi mereka.

Klaim dilakukan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya melalui sebuah proses yang disebut administrasi klaim. Administrasi klaim adalah proses mengumpulkan bukti atau fakta yang berkaitan dengan sakit atau cidera, membandingkan fakta-fakta tersebut dengan perjanjian kerja sama serta menentukan manfaat yang dibayarkan kepada peserta asuransi. Tujuan utama dari administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid, sesuai dan segera dengan bijaksana dan sesuai dengan polis (Ilyas, 2006:86).

Pada pelaksanaan klaim Jaminan Kesehatan Nasional proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan INA-CBGs. Administrasi klaim dalam INA-CBGs adalah rangkaian proses penyiapan berkas atau dokumen pelayanan yang diajukan dengan pengajuan klaim oleh rumah sakit dan penilaian kelayakan atas klaim yang diajukan melalui proses verifikasi klaim sampai pembayaran klaim. Administrasi klaim merupakan suatu kesatuan dimulai dari proses di rumah sakit mengajukan klaim sampai di BPJS kesehatan dalam melakukan verifikasi klaim dan pembayaran klaim. Rumah sakit akan mengajukan klaim dalam bentuk *hardcopy* untuk rekapitulasi dan *softcopy* untuk data individu klaim. Sedangkan verifikasi dilakukan dengan menggunakan aplikasi verifikasi klaim. Apabila sudah ada kesepakatan terkait pengajuan klaim maka akan dibuatkan berita acara sehingga layak untuk pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan sesuai dengan ketentuan (Kartika, 2014:16).

Secara umum dalam pelaksanaan pengajuan klaim terdapat tiga prinsip yang harus diperhatikan oleh petugas klaim sejak berkas klaim diterima sampai klaim dibayarkan kepada peserta, yaitu:

Digital Repository Universitas Jember

a. Tepat waktu, klaim harus dibayar sesuai dengan waktu yang dijanjikan. Berdasarkan Permenkes Nomor 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program JKN disebukan bahwa klaim yang diajukan ke BPJS kesehatan akan dibayarkan paling lambat 15 hari setelah pengajuan klaim tersebut.
b. Tepat jumlah, klaim harus dibayarkan kepada peserta sesuai dengan santunan yang menjadi hak peserta atau ahli warisnya atau sesuai nilai kerugian.
c. Tepat orang, klaim dibayarkan harus benar-benar kepada orang yang berhak (Anwar, 2007:170).

2.5.2 Manajemen Klaim

Manajemen klaim merupakan fungsi yang penting dalam bisnis rumah sakit dimana pembayaran atas pelayanan kesehatan menggunakan asuransi. Manajemen klaim (Ilyas, 2006:91) adalah pengaturan atau pengelolaan proses klaim peserta (*insured*) dan klaim pemberi pelayanan kesehatan (*provider*) kepada perusahaan asuransi.

Menurut Ilyas (2006:91), manajemen klaim pada dasarnya melaksanakan dua fungsi yaitu administrasi dan prosesi klaim.

a. Administrasi Klaim

Administrasi klaim menurut HIAA (*Health Insurance Association of America*) adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan kejadian sakit dan cedera, melakukan pembandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim. Secara singkat, administrasi klaim merupakan proses yang terdiri dari:

1) Penerimaan klaim, merupakan pengumpulan data yang berhubungan dengan kesakitan serta biaya yang dikeluarkan.
2) Pemeriksaan klaim (verifikasi klaim), dilakukan dengan cara membandingkan klaim peserta dengan provisi polis.
3) Menentukan jumlah klaim yang akan dibayar kepada tertanggung.
4) Melakukan pembayaran klaim.

Digital Repository Universitas Jember

Tiga tujuan administrasi klaim antara lain:

1) Membayar seluruh klaim yang telah diverifikasi dan tepat sesuai dengan polis.
2) Mengumpulkan dan mengelola data klaim yang tersedia untuk akuntan/laporan, statistik, analisa dan penyelidikan terhadap data yang meragukan dan data yang diperlukan untuk pembayaran.
3) Melakukan penekanan biaya (*cost containment*) dalam rangka mencapai tujuan perusahaan dalam memperoleh profit maksimal.

Dalam administrasi klaim melibatkan unsur-unsur sebagai berikut:

1) Tertanggung

Dalam hal ini tertanggung (*insured*) sesegera mungkin harus melaporkan atau memberi informasi dan mengajukan berkas klaim kepada pihak penanggung atau perusahaan asuransi (*insurer*). Dalam mengajukan berkas klaim, ada beberapa hal yang harus dipenuhi tertanggung, yaitu melengkapi berkas-berkas klaim seperti: kuitansi asli, resep obat dan data lain, misalnya surat jaminan pelayanan (presertifikasi) untuk kasus rawat inap dan pembedahan.

2) Pemegang Polis

Dalam administrasi klaim, pemegang polis secepatnya harus memberi konfirmasi kepada perusahaan asuransi tentang adanya peserta yang mengajukan klaim dan memastikan bahwa pengaju klaim atau tertanggung masih *eligible* atau memenuhi syarat. Dalam pengajuan klaim, pemegang polis juga berperan dalam melakukan skrining terhadap kelengkapan berkas klaim dan eligibilitas pengaju klaim sebelum diajukan ke perusahaan asuransi.

3) Perusahaan Asuransi

Perusahaan asuransi harus dapat dan bersedia mengembangkan prinsip-prinsip manajemen klaim yang baik dan benar serta tidak merugikan tertanggung. Prosedur klaim yang ditetapkan juga harus efektif dan efesien, disamping mampu melakukan penekanan biaya (*cost containment*). Perusahaan asuransi harus mampu menyediakan pedoman dan petunjuk yang jelas mengenai prosedur dan proses klaim kepada setiap tertanggung terutama kepada pemegang polis atau *group health insurance*.

Digital Repository Universitas Jember

4) Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)

Provider pelayanan kesehatan baik rumah sakit, klinik, apotik ataupun dokter praktek harus memberikan informasi yang jelas dan benar mengenai pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada tertangung. Pelayanan kesehatan yang diberikan harus sesuai dengan hak-hak tertanggung tentang pelayanan kesehatan yang dijamin oleh perusahaan. Ada produk asuransi kesehatan yang membatasi pelayanan pelayanan untuk kehamilan, melahirkan, penyakit akibat hubungan seksual HIV, gagal ginjal dan bedah jantung. Ada juga polis yang membatasi semua pelayanan yang berkaitan dengan kecantikan, kebugaran, vitamin dan *food supplement* tidak dijamin oleh perusahaan asuransi. Pengecualian pelayanan kesehatan harus diketahui oleh semua pihak secara jelas dan sadar untuk mencegah terjadinya kesalahpahaman. Hal ini sering menimbulkan konflik antara perusahaan asuransi, tertanggung dan pemberi pelayanan kesehatan.

b. Prosesi Klaim

Prosesi klaim adalah serangkaian kegiatan untuk meneliti dan membuktikan bahwa telah terjadi transaksi yang wajar dan biasa serta melakukan pembayaran yang sesuai pada waktu yang telah ditetapkan. Tujuan dari prosesi klaim (Ilyas, 2006:93) adalah untuk:

1) Membayar semua klaim yang valid.
2) Mengidentifikasi kemungkinan terjadi tindakan kecurangan, baik yang disengaja (*fraud*) maupun yang tidak disengaja (*abuse)* dalam melakukan klaim.
3) Memenuhi peraturan pemerintah.
4) Menghindari atau mencegah tuntutan hukum.
5) Mengkoordinasikan benefit.

   Melakukan kontrol terhadap biaya klaim (*claim cost*).

Digital Repository Universitas Jember

2.5.3 Kebijakan Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Kulo *et al* (2014:614) tentang pengelolaan dan pemanfaatan dana dari program JKN di RSUD Datoe Bingangkan, terdapat beberapa kebijakan tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional yang didalamnya terdapat penjelasan sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan, seperti:

a. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
b. Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
c. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
d. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.
e. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
f. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
g. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 76 tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Group's (INA-CBG's) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.
h. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Selain kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah, terdapat juga kebijakan yang sifatnya lokal dan hanya digunakan di institusi. Hal ini terlihat pada penelitian yang dilakukan oleh Cahyaningtyas (2012:83) bahwa ketidakdisiplinan petugas terkait peraturan yang ditentukan oleh rumah sakit menjadi sebuah masalah akibat tidak ada SOP yang terkait tentang penagihan klaim pasien JPK Gakin dan SKTM. Hal serupa juga disebutkan pada penelitian

Digital Repository Universitas Jember

Kartika (2014:121) bahwa proses pengelolaan berkas klaim tidak hanya mengacu pada prosedur pelayanan dan klaim kesehatan tingkat lanjut yang ditetapkan oleh BPJS kesehatan tetapi juga dibutuhkan SOP yang jelas disetiap unit klaim. SOP yang jelas nantinya diharapkan dapat membatu mengoptimalkan kinerja petugas.

Menurut Soemohadiwidjojo (2014:11), *Standard Operating Prosedur* (SOP) yang merupakan panduan yang digunakan untuk memastikan kegiatan operasional organisasi atau perusahaan berjalan dengan lancar. Secara luas SOP dapat diartikan sebagai dokumen yang menjabarkan aktivitas operasional sebuah organisasi. Sedangkan dalam arti sempit SOP merupakan salah satu jenis dokumen dalam sebuah sistem tata kerja yang digunakan untuk mengatur kegiatan operasional antar bagian atau fungsi dalam sebuah organisasi agar kegiatan tersebut dapat terlaksana secara sistemik. Penggunaan SOP dalam organisasi bertujuan untuk memastikan organisasi beroperasi secara konsisten, efektif, efisisn, sistematis dan terkelola dengan baik, untuk menghasilkan produk yang memiliki mutu konsisten sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Implementasi SOP dalam organisasi dimaksudkan agar organisi dapat menghadapi tentangan sebagai berikut:

a. Tingkat kesulitan kegiatan operasional organisasi semakin tinggi sehingga risiko terjadinya kesalahan atau penyimpangan juga semakin tinggi.
b. Semakin banyak persyaratan dan peraturan perundang-undangan yang harus dipatuhi organisasi.
c. Pelanggan yang semakin kritis dengan tuntutan mutu produk organisasi yang konsisten atau semakin baik.

2.5.4 Ketentuan Pengajuan Klaim JKN Pada Pelayanan FKRTL

Berdasarkan Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan, disebutkan bahwa ada beberapa kententuan yang harus diketahui oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam pengajuan klaim Jaminan Kesehatan Nasional baik untuk pelayanan rawat jalan maupun rawat inap yaitu:

Digital Repository Universitas Jember

a. Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA-CBGs tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta.
b. Tarif paket INA-CBGs sesuai dengan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No. 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaran Program Jaminan Kesehatan.
c. Tarif paket INA-CBGs sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat dan lain-lain.
d. Klaim diajukan secara kolektif oleh Fasilitas Kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi INA-CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim).
e. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yangdiberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.
f. Tagihan klaim di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur/Kepala Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan.
g. Klaim diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sebagai berikut:
    1) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)
    2) *Softcopy* luaran aplikasi
    3) Kuitansi asli bermaterai cukup
    4) Bukti pelayanan yang sidah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga
    5) Rekapitulasi pelayanan.

Digital Repository Universitas Jember

2.5.5 Syarat-syarat Pengajuan Klaim

Sebelum mengajukan klaim biasanya ada beberapa syarat-syarat yang harus dilengkapi baik pada pelayanan rawat jalan maupun pelayanan rawat inap. Berkas klaim yang akan diverifikasi pada rawat jalan meliputi:

a. Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
b. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
c. Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG diperlukan tambahan bukti pendukung:
    1) Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus.
    2) Resep alat kesehatan.
    3) Tanda terima alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak, dan lain-lain).

Sedangkan berkas klaim yang akan diverifikasi pada rawat inap meliputi:

a. Surat perintah rawat inap.
b. Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
c. Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
d. Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG diperlukan tambahan bukti pendukung:
    1) Protokol terapi dan regimen (jadual pemberian) obat khusus untuk Onkologi.
    2) Resep alat bantu kesehatan (alat bantu gerak, *collar neck*, *corset*, dan lain-lain).
    3) Tanda terima alat bantu kesehatan.

2.5.6 Proses Pengajuan Klaim

Pada Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional disebutkan bahwa klaim Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang diajukan kepada BPJS

Digital Repository Universitas Jember

kesehatan. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setia bulan secara regular paling lambat tangal 10 (sepuluh) bulan berikutnya. BPJS akan membayar biaya pelayanan sesuai dengan tarif INA-CBGs yaitu sesuai dengan penetapan kelas rumah sakit oleh Menteri kesehatan dan regionalisasi tarif yang berlaku di wilayah tersebut.

Pada permenkes Nomor 28 Tahun 2014 juga disebutkan prosedur pelayanan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut diawali dengan pelayanan administrasi, yaitu sebagai berikut:

a. Peserta datang ke Rumah Sakit dengan menunjukkan nomor identitas peserta Jaminan Kesehatan Nasional dan surat rujukan, kecuali kasus *emergency*, tanpa surat rujukan.
b. Peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan.
c. Peserta memperoleh pelayanan rawat jalan dana tau rawat inap sesuai dengan indikasi medis.
d. Apabila dokter spesialis atau subspesialis memberikan surat keterangan bahwa pasien masih memerlukan perawatan di FKRTL tersebut, maka untuk kunjungan berikutnya pasien langsung datang ke FKRTL (tanpa harus ke FKTP terlebih dahulu) dengan membawa surat keterangan dari dokter tersebut.
e. Apabila dokter spesialis atau subspesialis memberikan surat keterangan rujuk balik, maka untuk perawatan selanjutnya pasien langsung ke FKTP membawa surat rujuk balik dari dokter spesialis atau subspesialis.
f. Apabila dokter spesialis atau subspesialis tidak memberikan surat keterangan sebagaimana dimaksud pada poin d dan e maka pada kunjungan berikutnya pasien harus melalui FKTP.

Setelah pelayanan administrasi, kelanjutan dari proses pengajuan klaim di fasilitas kesehatan berdasarkan panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS (2014) yaitu rekapitulasi pelayanan dan diakhiri dengan pemberian kode serta entri data melalui aplikasi INA-CBGs menurut Permenkes Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBGs. Sehingga fasilitas kesehatan

Digital Repository Universitas Jember

nantinya menghasilkan berkas dan data klaim dalam bentuk txt berdasarkan Juknis verifikasi klaim tahun 2014.

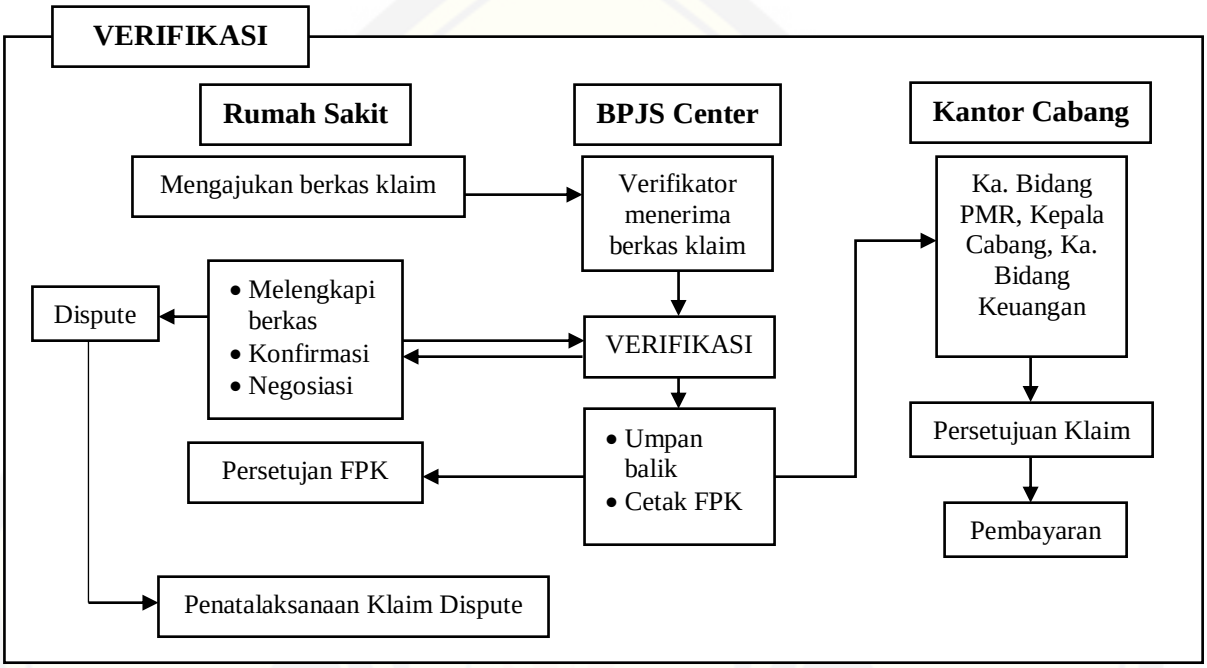
Proses pengajuan klaim di fasilitas kesehatan melibatkan peserta Kaminan Kesehatan nasional, fasilitas kesehatan, BPJS *center* dan kantor cabang BPJS Kesehatan. Peran peserta Jaminan Kesehatan Nasional disini ketika ingin mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjut diharuskan membawa identitas peserta BPJS dan membawa surat rujukan kecuali pasien gawat darurat. Hal ini juga sesuai dengan Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 yang menyebutkan bahwa peserta Jaminan Kesehatan Nasional yang ingin mendapatkan pelayanan di FKRTL diharuskan membawa surat rujukan dan menunjukkan nomor identitas peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Selanjutnya, peran dari fasilitas kesehatan tingkat lanjut dimulai dari tempat penerimaan pasien yang akan menentukan status eligibilitas pasien dan pembuatan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) berdasarkan nomor identitas peserta Jaminan Kesehatan Nasional tersebut. Penentuan akan dilakukan dengan konfirmasi pada petugas verifikator BPJS Kesehatan, apabila peserta sudah eligibel maka akan dibuatkan SEP. Proses selanjutnya adalah pemberian pelayanan oleh fasilitas kesehatan sesuai dengan indikasi medis dan paket INA-CBGs. Keseluruhan hasil pemberian pelayanan nantinya akan direkap dimulai dari bukti pelayanan, rekam medis, hasil pemeriksaan dan hasil pemeriksaan penunjang. Rekapitulasi berkas tersebut nantinya akan berguna bagi petugas koding dan entri data ke aplikasi INA-CBGs dalam menentukan tarif pelayanan. Pengkodean dilakukan dengan pemberian kode diagnosa dan kode tindakan sesuai dengan ketentuan ICD 10 dan ICD 9. Apabila pengkodean dan entri data telah dilakukan maka data yang sudah dientri akan dijadikan data dalam bentuk txt yang selanjutnya akan diverifikasi.

Verifikasi klaim ini dilakukan oleh verifikator BPJS. Verifikator akan memverifikasi berkas klaim yang masuk dan menentukan jumlah klaim yang akan diajukan dan selanjutnya akan dibuatkan laporan penagihan oleh pihak rumah sakit yang akan diserahkan ke kantor cabang BPJS kesehatan.

Digital Repository Universitas Jember

Berikut merupakan alur proses pengajuan klaim:



Gambar 2.2 Alur Proses Pengajuan Klaim
Sumber: BPJS Kesehatan (2014)

2.5.7 Pengkodean dan Entri Data Klaim Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan Permenkes Nomor 76 tahun 2016 tentang Pedoman INA-CBGs, sebelum diverifikasi terdapat beberapa proses yang harus dilakukan oleh fasilitas kesehatan seperti melakukan entri data, c*oding* dan *grouping*. *Entry data*, *coding* dan *grouping* dilakukan dengan menggunakan Software atau aplikasi INA-CBGs (*Indonesian Case Based Groups*). Aplikasi INA-CBGs merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis. Untuk menggunakan aplikasi INA-CBGs, rumah sakit sudah harus memiliki kode registrasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, selanjutnya akan dilakukan aktifasi INA-CBGs setiap rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit serta regionalisasinya.

Proses entri aplikasi INA-CBGs dilakukan oleh petugas koder atau petugas administrasi klaim di rumah sakit dengan menggunakan data dari resume medis, perlu diperhatikan juga mengenai kelengkapan data administratif untuk

Digital Repository Universitas Jember

tujuan keabsahan klaim. Proses entri data pasien ke dalam aplikasi INA-CBGs dilakukan setelah pasien selesai mendapat pelayanan di rumah sakit (setelah pasien pulang dari rumah sakit), data yang diperlukan berasal dari resume medis. Langkah awal yang dilakukan adalah mengentri data berupa data sosial seperti nama, jenis kelamin, tanggal lahir sampai pada variabel tarif rumah sakit atau ADL (*Activity Daily Living*) jika ada. Selanjutnya adalah melakukan *coding* yaitu dengan memasukan kode diagnosis dengan ICD 10 dan kode prosedur dengan ICD 9 yang dikoding dari resume medis pasien. Setelahnya maka aplikasi akan memunculkan hasil *grouping*.

2.5.8 Verifikasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang pedoman pekasanaan JKN, setelah melalui proses entri dan pengkodean tahapan terakhir dalam pengajuan klaim adalah verifikasi klaim yang bertujuan menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Malonda *et al* (2015:443) terkait analisis pengajuan klaim BPJS kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano bahwa verifikasi pada dokumen klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu dan tepat sasaran. Selain itu, verifikasi data bertujuan untuk membantu fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut untuk mengacu kepada standard penilaian klaim berdasarkan PKS antara provider dan BPJS Kesehatan.

Maka verifikasi klaim oleh verifikator BPJS kesehatan menandakan klaim sudah masuk ke pihak BPJS kesehatan melalui verifikator untuk uji kelayakan. Terdapat empat tipe status klaim yang berbeda setelah berkas klaim diterima oleh pihak asuransi, yaitu (Catherine, 2013:265):

a. *No claim on file* (NCOF) yaitu kondisi dimana klaim belum diterima oleh petugas klaim dikarenakan sistem yang ada tidak mampu untuk mendeteksi keberadaan data klaim yang dimaksud.

Digital Repository Universitas Jember

b. Klaim tidak pernah diterima oleh sistem pemutus klaim atau tidak dapat diproses maka status klaim dapat ditolak maupun tidak diterima karena adanya *front-end error*.
c. Klaim sudah diterima oleh sistem klaim, menandakan klaim sedang diproses
d. Klaim berstatus *pending*, menandakan beberapa kemungkinan yaitu sedang dalam penelaahan lebih dalam, membutuhkan informasi tambahan baik dari pihak penyedia layanan maupun peserta jaminan.
e. Klaim telah selesai diproses dan telah difinalisasi, terdapat dua kemungkinan yaitu klaim ditolak (*denied*) atau klaim diterima (*allowed*). Klaim ditolak artinya tidak ada pembayaran untuk klaim tersebut umumnya klaim tersebut terdapat kesalahan dalam *billing* atau pengkodean ataupun masalah lainnya. Sedangkan untuk klaim diterima pembayaran akan dilakukan sesuai dengan jumlah klaim.

Berdasarkan petunjuk teknis verifikasi klaim didapatkan bahwa proses verifikasi dilakukan dengan beberapa tahapan yaitu verifikasi administrasi, verifikasi pelayanan kesehatan dan verifikasi menggunakan aplikasi verifikasi klaim, berikut penjabaran dari tahap verifikasi klaim Jaminan Kesehatan Nasional pada rawat jalan:

a. Verifikasi Administrasi

Dalam melakukan verifikasi administrasi untuk pelayanan rawat jalan, berkas yang diverifikasi meliputi:

1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
2) Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).
3) Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG diperlukan tambahan bukti pendukung:
    a) Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus.
    b) Resep alat kesehatan.
    c) Tanda terima alat bantu kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak, dan lain-lain).

Digital Repository Universitas Jember

Verifikasi administrasi klaim dilakukan dengan dua tahapan yaitu verifikasi administrasi kepesertaan dan verifikasi administrasi pelayanan, berikut penjabarannya:

1) Verifikasi administrasi kepesertaan, yaitu meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA-CBGs.
2) Verifikasi administrasi pelayanan, hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah:
   a) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana yang disebutkan sebelumnya.
   b) Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.
   c) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

b. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang harus menjadi perhatian adalah:

1) Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau *softcopy*-nya). Ketentuan *coding* mengikuti panduan *coding* yang terdapat dalam Juknis INA-CBGs.
2) Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama. Apabila pemeriksaaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama maka tidak dihitung sebagai episode baru.
3) Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (*One Day Care/Surgery*) termasuk rawat jalan.
4) Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehabmedik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis

Digital Repository Universitas Jember

utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder diagnosa Z (kontrol).

c. Verifikasi dengan menggunakan aplikasi INA-CBGs

Berikut tahapan dalam melakukan verifikasi klaim dengan menggunakan aplikasi INA-CBGs:

1) Purifikasi Data, Purifikasi berfungsi untuk melakukan validasi output data INA-CBG yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP. Purifikasi data yang terdiri dari:
   a) Nomer SEP
   b) Nomor Kartu Peserta
   c) Tanggal SEP
2) Melakukan proses verifikasi administrasi, verifikator mencocokan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entri rumah sakit.
3) Setelah proses verifikasi adminstrasi selesai maka verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara adminstrasi, tidak layak secara adminstrasi dan pending.
4) Proses verifikasi lanjutan dilakukan dengan tujuh langkah dilaksanakan secara disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi error verifikasi dan potensi double klaim. Verifikasi lanjutan terdiri dari:
   a) Verifikasi *double* klaim untuk dua (atau lebih) pelayanan RITL.
   b) Verifikasi *double* klaim RJTL yang dirujuk langsung ke RITL.
   c) Verifikasi *double* klaim untuk dua (atau lebih) pelayanan RJTL.
   d) Verifikasi klaim terhadap kode INA-CBGs berpotensi tidak benar.
   e) Verifikasi klaim terhadap kode diagnosa yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
   f) Pemeriksaan bebas langkah verifikasi ini adalah pemeriksaan dengan alasan lain-lain untuk kasus-kasus yang tidak termasuk dalam kategori langkah-langkah sebelumnya, namun harus ditidaklayakkan karena alasan lain.
5) Finalisasi klaim.

Digital Repository Universitas Jember

2.5.9 Sistem Pembayaran Klaim Jaminan Kesehatan Nasional

Ketentuan sistem pembayaran klaim Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan ditetapkan dalam Pedoman Administrasi Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan Tahun 2014 sebagai berikut:

a. Ketentuan Umum Pembayaran BPJS Kesehatan
   1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan yang memberikan layanan kepada peserta.
   2) Besaran pembayaran yang dilakukan BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan berdasarkan kontrak antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan.
   3) Standar tarif ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
   4) Asosiasi fasilitas kesehatan untuk Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan ditetapkan dengan Keputusan Menteri.
   5) Kesepakatan tarif antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan di wilayah provinsi.
   6) Tarif hasil kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan wilayah menjadi acuan besaran tarif dalam kontrak antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan.
   7) Khusus untuk tarif kapitasi bagi faskes tingkat pertama akan dilakukan adjustment sesuai dengan ketentuan yang berlaku yang disebut norma kapitasi.
   8) Dalam hal besaran tarif tidak disepakati oleh Asosiasi Fasilitas Kesehatan wilayah dan BPJS Kesehatan maka besaran tarif atas program Jaminan Kesehatan sesuai dengan tarif yang ditetapkan oleh Menteri.
   9) BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim kepada Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap.

Digital Repository Universitas Jember

10) Klaim pelayanan diajukan paling lambat tanggal 10 pada bulan berikutnya.

b. Pembayaran di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

1) BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan pola *Indonesian Case Based Group* (INA-CBGs).
2) Tarif INA-CBGs ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
3) Tarif INA-CBGs yang diberlakukan di tiap faskes tingkat lanjutan merupakan hasil kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan.
4) Pelayanan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai pada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan merupakan komponen yang dibayarkan dalam paket INA-CBGs.

Pembayaran diluar INA-CBGs pada faskes rujukan tingkat lanjutan hanya alat kesehatan yang digunakan di luar tubuh yang dibayarkan dengan *fee for services*. Besaran tarif ditetapkan dalam peraturan Menteri Kesehatan.

2.6 Pelayanan Rawat Jalan

2.6.1 Definisi Pelayanan Rawat Jalan

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 tahun 2003 mendefinisikan pelayanan sebagai segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah pusat, di daerah, dan dilingkungan badan usaha milik negara dalam bentuk barang dan atau jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundangan-undangan. Rawat jalan adalah pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa mengharuskan pasien tersebut dirawat inap. Pelayanan rawat jalan adalah salah satu bentuk dari pelayanan kedokteran. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 560 Tahun 2003 yang dimaksud pelayanan rawat jalan adalah pelayanan pasien untuk observasi,

Digital Repository Universitas Jember

diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di rumah sakit.

2.6.2 Alur Pelayanan Rawat Jalan

Alur pelayanan pasien yang berkunjung ke poliklinik rawat jalan meliputi pelayanan yang di berikan kepada pasien mulai dari pendaftaran, menunggu pemeriksaan diruang tunggu pasien, dan mendapatkan layanan pemeriksaan atau pengobatan diruang pemeriksaan pelayanan yang diamati disini tidak termasuk pelayanan pengambilan obat, pemeriksaan laboratorium ataupun pemeriksaan penunjang lainnya.

Berikut ini dapat dilihat alur pelayanan rawat jalan secara umum:

a. Pasien datang mengambil nomor antrian dan melakukan pendaftaran/registrasi.
b. Pasien membayar ke kasir.
c. Pasien menuju poliklinik.
d. Jika pasien tersebut mendapatkan tindakan di poliklinik, maka pasien harus bayar ke kasir terlebih dahulu.
e. Pasien perlu layanan penunjang (laboratorium dan radiologi).
f. Pasien membayar ke kasir.
g. Pasien ke poliklinik untuk dibacakan hasilnya.
h. Pasien di rujuk ke poli spesialis dan melakukan pembayaran di kasir.
i. Pasien menuju ke poli spesialis.
j. Pasien ke farmasi/apotek untuk pengesahan obat.
k. Pasien membayar ke kasir.
l. Pasien mengambil obat ke bagian farmasi/apotek.
m. Pasien pulang.

Digital Repository Universitas Jember

2.7 Sistem dan Pendekatan Sistem

2.7.1 Sistem

Suatu sistem dapat dilihat sebagai suatu himpunan atau kumpulan dari dua atau beberapa komponen yang saling berhubungan dengan jelas dan jika terjadi suatu aksi terhadap komponen yang satu akan menimbulkan reaksi kepada komponen yang lain (Terry, 2010:9). Sedangkan sistem menurut Azwar (2010:21) adalah gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai suatu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan suatu yang ditetapkan. Ada beberapa elemen yang membentuk sebuat sistem, yaitu tujuan, masukan, proses, keluaran, batas, mekanisme pengendalian dan umpan balik serta lingkungan. Berikut penjelasan mengenai elemen-elemen yang membentuk sebuah sistem:

a. Tujuan

Setiap sistem memiliki tujuan (*goal*), bias hanya satu atau mungkin banyak. Tujuan inilah yang memotivasi dan mengarahkan sistem.

b. Masukan

Masukan (*input*) sistem adalah segala sesuatu yang masuk ke dalam sistem dan selanjutnya menjadi bahan yang diproses. Masukan dapat berupa hal-hal yang berwujud (tampak secara fisik) maupun yang tidak tampak.

c. Proses

Proses (*process*) merupakan bagian yang melakukan perubahan atau transformasi dari masukan menjadi keluaran yang berguna dan lebih bernilai.

d. Keluaran (*output*) merupakan hasil dari pemrosesan.

Pada sistem informasi, keluaran bias berupa suatu informasi, saran, cetakan laporan dan sebaginya. Sedangkan pada pelayanan kesehatan, keluaran dapat berupa pelayanan yang optimal dan kepuasan pasien.

e. Batas

Yang disebut batas (*boundary*) sistem adalah pemisah antara sistem dan daerah di luar sistem (lingkungan).

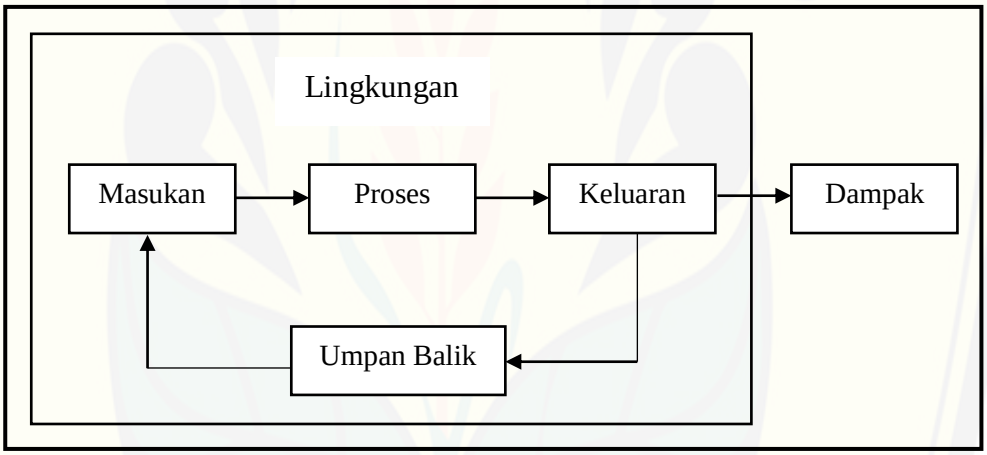
f. Mekanisme Pengendalian dan Umpan Balik

Digital Repository Universitas Jember

g. Mekanisme pengendalian (*control mechanism*) diwujudkan dengan menggunakan umpan balik (*feedback*) yang mencuplik keluaran. Umpan balik ini digunakan untuk mengendalikan baik masukan maupun proses. Tujuannya adalah untuk mengatur agar sistem berjalan sesuai dengan tujuan.

h. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang berada di luar sistem. Lingkungan bias berpengaruh terhadap operasi sistem dalam arti bias merugikan atau menguntungkan sistem itu sendiri. Lingkungan yang merugikan tentu saja harus ditahan dan dikendalikan supaya tidak mengganggu kelangsungan operasi sistem, sedangkan yang menguntungkan tetap harus terus dijaga karena akan memacu terhadap kelangsungan hidup sistem. Berikut adalah hubungan elemen dan sistem:



Gambar 2.3 Hubungan Elemen dan Sistem
Sumber: Azwar (2010)

2.7.2 Pendekatan Sistem

Menurut John McManama (1975) dalam Azwar (2010:17) menyatakan bahwa sistem adalah suatu struktur konseptual yang terdiri dari fungsi-fungsi yang bekerja sebagai satu unit organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien. Sedangkan pengertian kesehatan yang dikemukakan oleh WHO (1947) dalam Azwar (2010:19) yakni yang menunjuk pada keadaan sejahtera sempurna dari fisik, mental, dan sosial yang tidak terbatas pada bebas

Digital Repository Universitas Jember

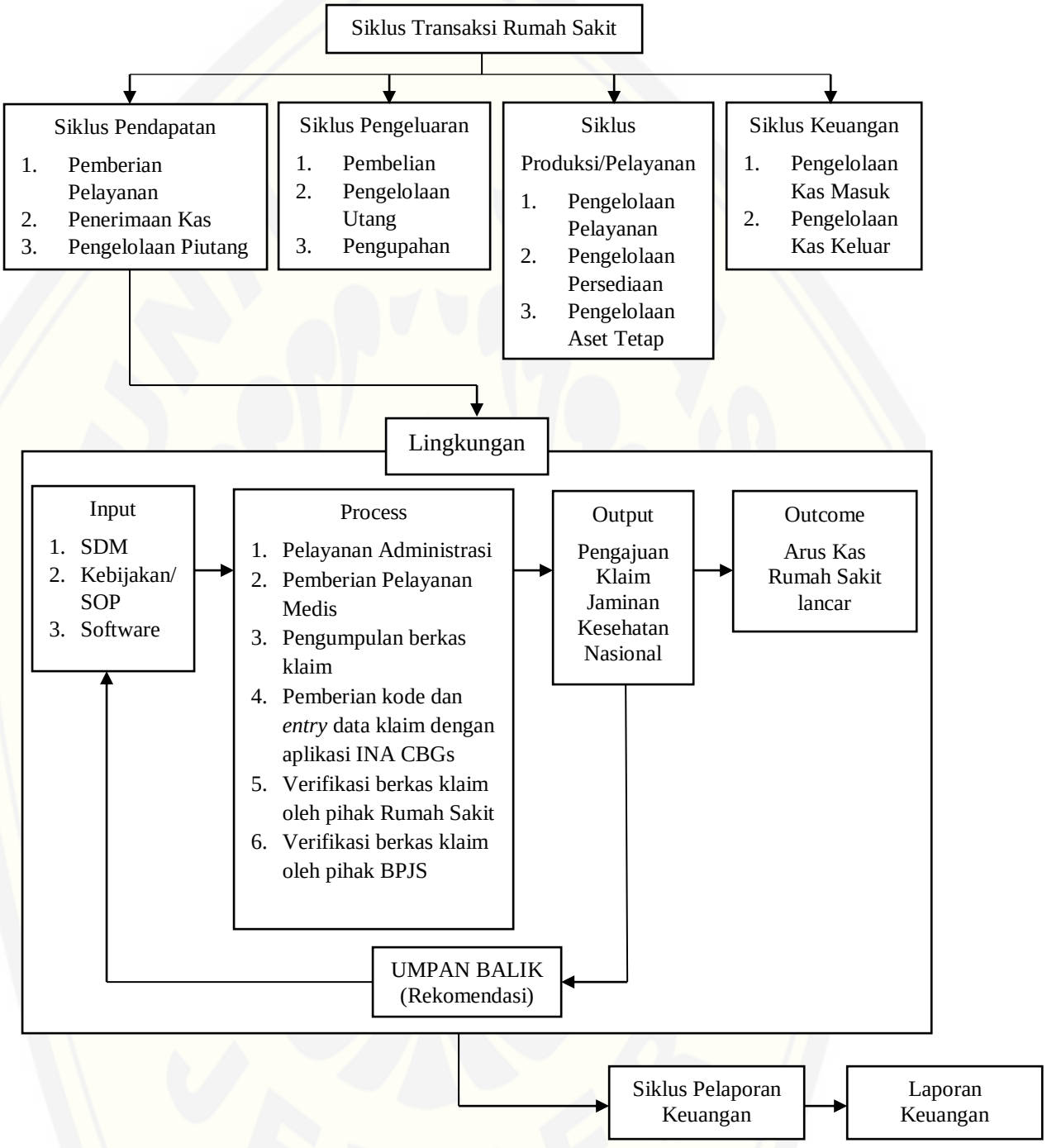
dari penyakit atau kelemahan saja. Menurut WHO (1984) dalam Azwar (2010:19) mengartikan sistem kesehatan adalah sekumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan yang terdapat dalam satu negara, yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan dan masyarakat pada setiap saat yang dibutuhkan.

Pendekatan sistem dalam manajemen dikembangkan guna membantu pihak manajemen untuk mampu berpikir secara holistic dan komprehensif dalam mengatasi perubahan lingkungan yang terjadi dengan sangat cepat dan sulit diperkirakan (Muninjaya, 2011:141). Pendekatan sistem diperlukan apabila organisasi menghadapi suatu masalah yang kompleks sehingga diperlukan analisis terhadap permasalahan untuk memahami hubungan bagian dengan bagian lain dalam masalah tersebut serta kaitan antara masalah tersebut dengan masalah lainnya. Menurut Azwar (2010:23), keuntungan yang diperoleh apabila pendekatan sistem ini dilaksanakan antara lain:

a. Jenis dan jumlah masukan dapat diatur dan disesuaikan dengan kebutuhan sehingga pemborosan sumber daya, tata cara dan kesanggupan yang sifatnya terbatas akan dapat dihindari.
b. Proses yang dilaksanakan dapat diarahkan untuk mencapai keluaran sehingga dapat dihindari pelaksanaan kegiatan yang tidak diperlukan.
c. Keluaran yang dihasilkan dapat lebih optimal serta dapat diukur secara lebih cepat dan objektif.
d. Umpan balik dapat diperoleh pada setiap tahap pelaksanaan program.

Digital Repository Universitas Jember

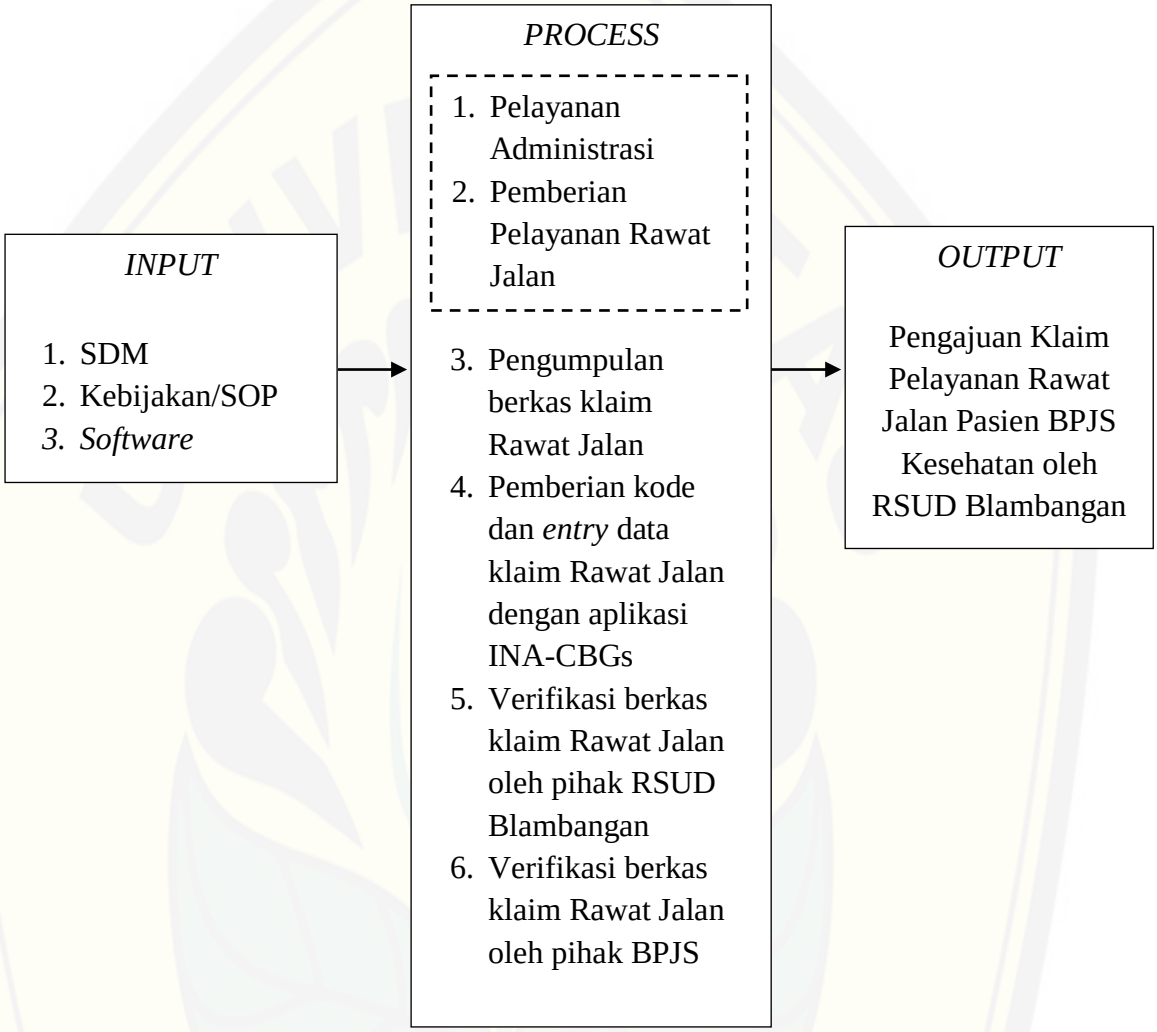
2.8 Kerangka Teori



Modifikasi Teori Romney dan Steinbart (2015), Azwar (2010), Febriana (2014), Cahyaningtyas (2012), Permenkes Nomor 28 tahun 2014, Pemenkes Nomor 76 tahun 2016, dan BPJS Kesehatan (2014).

Digital Repository Universitas Jember

2.9 Kerangka Konsep



Gambar 2.5 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

Digital Repository Universitas Jember

Berdasarkan kerangka konsep diatas, pendekatan yang digunakan yaitu pendekatan sistem yang merupakan sebuah penerapan dari cara berpikir yang sistematis dan logis dalam membahas dan mencari pemecahan masalah dari suatu masalah atau keadaan yang dihadapi. Unsur sistem secara sederhana dapat dibagi menjadi enam bagian yaitu *input*, *process*, *output*, dampak, *feedback* (umpan balik) dan lingkungan yang saling berhubung dan saling tergantung yang beroperasi sebagai satu keseluruhan dalam pencapaian tujuan (Azwar, 2010:23).

Pada penelitian ini unsur sistem yang digunakan hanya tiga yaitu *input*, *process*, dan *output*. Unsur *input* yang diteliti berupa SDM, kebijakan/SOP, dan *software*. Kemudian, unsur *process* yang merupakan tahapan dalam proses pengajuan klaim JKN pada pelayanan rawat jalan yang terdiri dari pelayanan administrasi, pemberian pelayanan medis, pengumpulan berkas, pemberian kode dan *entry* data klaim, verifikasi berkas klaim oleh pihak RS maupun oleh pihak BPJS Kesehatan. Namun, dalam penelitian ini, peneliti hanya meneliti unsur *process* dimulai dari pengumpulan berkas klaim, pengkodean data klaim hingga verifikasi berkas klaim oleh pihak RS dan BPJS Kesehatan karena menurut Malonda *et al* (2015:447) keterlambatan pengajuan klaim disebabkan oleh pengumpulan berkas klaim yang terlambat karena kurangnya koordinasi tim. Oleh karena itu unsur pelayanan administrasi dan pemberian pelayanan rawat jalan tidak diteliti. Sementara *output* penelitian ini berupa pengajuan klaim pelayanan rawat jalan di RSUD Blambangan Tahun 2017.

Digital Repository Universitas Jember

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini tergolong dalam penelitian studi kasus. Penelitian studi kasus yaitu suatu kegiatan yang berusaha mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan yang rinci, teknik pengambilan data yang mendalam, dan menyertakan berbagai sumber informasi. Penelitian ini dibatasi oleh waktu dan tempat serta kasus yang dipelajari berupa program, *event*, aktivitas, atau inividu (Sumantri, 2011:169). Menurut Sugiyono (2015:205), metode penelitian kualitatif merupakan metode penelitian yang digunakan untuk meneliti kondisi objek yang alamiah, dimana peneliti berperan sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif, dan hasil kualitatif memberikan penekanan lebih kepada makna daripada generalisasi. Sehingga pendekatan ini sangat tepat digunakan untuk mengkaji keterlambatan pengajuan klaim rawat jalan pasien BPJS Kesehatan.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Blambangan Banyuwangi.

3.2.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari-Juli 2018, dimulai dari penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian, analisis hasil penelitian hingga penyusunan laporan.

3.3 Informan Penelitian

Pemilihan informan merupakan hal yang menjadi bahan pertimbangan utama dalam pengumpulan data. Informan penelitian merupakan orang atau

Digital Repository Universitas Jember

pelaku yang benar-benar mengetahui dan menguasai masalah, serta terlibat langsung dengan suatu masalah penelitian.

Penentuan informan pada penelitian ini dilakukan secara *Purposive*. Teknik *purposive* ini merupakan teknik pengambilan sampel dengan menggunakan suatu pertimbangan-pertimbangan tertentu. Pertimbangan tersebut antara lain, subjek tersebut dianggap sebagai orang yang paling mengetahui mengenai apa yang kita harapkan (Sugiyono, 2015:215).

Informan penelitian dalam penelitian ini terdiri dari informan kunci, informan utama, dan informan tambahan.

a. Informan kunci, adalah mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Dalam penelitian ini yang berperan menjadi informan kunci adalah kepala unit administrasi klaim dan kepala bidang keuangan RSUD Blambangan.
b. Informan utama, adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Dalam penelitian ini yang berperan menjadi informan utama adalah petugas loket klaim, petugas koding, petugas verifikator Rumah Sakit/petugas *grouping*, tim *antifraud* dan petugas verifikator BPJS Kesehatan.
c. Informan tambahan, adalah mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang sedang diteliti. Dalam penelitian ini yang berperan sebagai informan tambahan adalah petugas rekam medis.

3.4 Fokus Penelitian

Fokus penelitian dimaksudkan sebagai domain tunggal atau beberapa domain yang terkait dari situasi sosial (Spradley dalam Sugiyono, 2015:207). Dalam penelitian kualitatif, penentuan fokus dalam proposal lebih didasarkan pada tingkat kebaruan informasi yang akan diperoleh dari situasi sosial (lapangan). Kebaruan informasi tersebut bisa berupa upaya untuk memahami secara lebih luas dan mendalam tentang situasi sosial. Fokus yang sebenarnya

Digital Repository Universitas Jember

dalam penelitian kualitatif diperoleh setelah peneliti melakukan penjelajahan umum. Berdasarkan penjelajahan umum tersebut akan diperoleh gambaran umum menyeluruh yang masih pada tahap permukaan tentang situasi sosial. Sehingga untuk dapat memahami secara lebih luas dan mendalam diperlukan pemilihan fokus penelitian (Sugiyono, 2015:209).

Adapun fokus penelitian dan pengertian yang digunakan dalam penelitian ini diantaranya:

Tabel 3.1 Fokus Penelitian

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
1.	Sumber Daya Manusia (SDM)	SDM yang diteliti berkaitan dengan kecukupan jumlah, kesesuaian latar belakang pendidikan dengan pekerjaan, kualifikasi kerja, dan bentuk pelatihan petugas yang bertanggungjawab dalam proses klaim pelayanan rawat jalan.	Panduan Wawancara mendalam (A, B, C, D, E, F) dan Studi dokumentasi	Informan Kunci (Lampiran B) Informan Utama (Lampiran C, D, E, F) Informan Tambahan (Lampiran G)
2.	Kebijakan/SOP	Peraturan yang digunakan sebagai pedoman/acuan dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan di rumah sakit.	Panduan Wawancara mendalam (A, B, C, D, F) dan Studi dokumentasi	Informan Kunci (Lampiran B) Informan Utama (Lampiran C, D, E) Informan Tambahan (Lampiran G)
3.	*Software*	Jenis aplikasi/software dan kesesuaian aplikasi/software dengan kebutuhan yang digunakan untuk mendukung pengelolaan klaim Jaminan Kesehatan Nasional.	Panduan Wawancara mendalam (C, D, E, F)	Informan Utama (Lampiran D, E, F) Informan Tambahan (Lampiran G)
4.	Pengumpulan berkas klaim rawat jalan	Proses pengumpulan berkas-berkas rawat jalan yang dilakukan oleh pihak RS untuk	Panduan Wawancara mendalam (B, F)	Informan Utama (Lampiran C) Informan Tambahan

Digital Repository Universitas Jember

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
		mendukung kelancaran proses pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan.		(Lampiran G)
5.	Pemberian kode dan *entry* data klaim Rawat Jalan dengan aplikasi INA-CBGs	Kegiatan yang dilakukakn di unit administrasi klaim RSUD Blambangan berupa pemberian kode diagnosis dan kode tindakan serta memasukkan data pasien Jaminan Kesehatan Nasional rawat jalan melalui aplikasi INA-CBGs hingga merubahnya menjadi data dalam bentuk txt.	Panduan Wawancara mendalam (C)	Informan Utama (lampiran D)
6.	Verifikasi berkas klaim Rawat Jalan oleh pihak RSUD Blambangan	Proses verifikasi yang dilakukan oleh pihak Rumah Sakit sebelum bekas file txt diserahkan ke verifikator BPJS Kesehatan dan pemeriksaan berkas oleh tim antifraud guna mencegah kecurangan.	Panduan Wawancara mendalam (D)	Informan Utama (Lampiran E)
7.	Verifikasi berkas klaim Rawat Jalan oleh pihak BPJS Kesehatan	Proses verifikasi yang dilakukan oleh pihak BPJS sebelum tagihan biaya klaim JKN dikirimkan ke BPJS Kesehatan.	Panduan Wawancara mendalam (E)	Informan Utama (Lampiran F)
8.	Pengajuan klaim pelayanan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan	Waktu pengajuan klaim, waktu pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, serta kesesuaian jumlah berkas yang diajukan dalam proses pengajuan klaim pelayanan rawat jalan	Panduan Wawancara mendalam (A)	Informan Kunci (Lampiran B)

Digital Repository Universitas Jember

3.5 Data dan Sumber Data

Data adalah potongan informasi yang dikumpulkan selama studi (Suwarjana, 2016:27). Data yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah:

a. Data Primer

Data primer adalah data yang didapatkan secara langsung melalui sumber utamanya. Data primer pada penelitian ini adalah data tentang pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan yang diperoleh dari wawancara mendalam pada informan penelitian dengan bantuan panduan wawancara, alat perekam suara, dan alat tulis.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang didapatkan melalui pihak tertentu, dimana data tersebut umumnya telah diolah oleh pihak tersebut. Data sekunder pada penelitian ini berupa data yang diperoleh dari berbagai buku pustaka, jurnal ilmiah, artikel ilmiah, *Standard Operating Procedure* (SOP) terkait klaim, dan undang-undang dan peraturan pemerintah.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai setting, berbagai sumber, dan berbagai cara (Sugiyono, 2014:308). Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan (Sugiyono, 2014:308). Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini meliputi:

a. Wawancara Mendalam

Wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan responden atau orang yang diwawancarai dengan atau tanpa menggunakan panduan *(guide)* wawancara (Bungin, 2011:133). Wawancara mendalam adalah

Digital Repository Universitas Jember

wawancara yang dilakukan secara informal. Biasanya wawancara ini digunakan bersamaan dengan metode observasi partisipasi. Pada penggunaan metode ini biasanya pewawancara diharuskan hidup bersama-sama dengan responden dalam waktu yang relatif lama (Bungin, 2011:136).

b. Dokumentasi

Teknik dokumentasi, yakni penelusuran dan perolehan data yang diperlukan melalui data yang telah tersedia. Data yang bersifat dokumen ini terutama lebih difokuskan pada masalah penelitian, diantaranya mengenai sejarah kelembagaan, daerah penyebaran, kewilayahan, kependudukan, agama, dan hal-hal lain yang berkaitan dengan objek penelitian. (Hikmat, 2011:83). Dokumentasi yang dilakukan pada penelitian ini berupa rekaman hasil wawancara dengan informan penelitian, transkrip hasil wawancara, dokumen resmi kepegawaian RSUD Blambangan, kebijakan atau SPO mengenai klaim JKN, serta foto-foto kegiatan.

c. Triangulasi

Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Jika peneliti melakukan pengumpulan data dengan triangulasi, maka sebenarnya peneliti mengumpulkan data dan sekaligus menguji kredibilitas data, yaitu mengecek kredibilitas data dengan berbagai teknik pengumpulan data dan berbagai sumber data (Sugiyono, 2014:327).

Triangulasi dapat dibedakan menjadi dua macam yakni triangulasi teknik dan triangulasi sumber Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber data yang sama. Peneliti menggunakan observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak. Sedangkan triangulasi sumber berarti mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan menggunakan teknik yang sama (Sugiyono, 2014:327).

Teknik triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber yakni menguji kredibilitas data yang telah diperoleh melalui metode kualitatif dengan membandingkan pernyataan dari informan penelitian dan

Digital Repository Universitas Jember

diambil suatu kesimpulan yang kredibel. Selain itu, triangulasi Teknik juga digunakan dalam penelitian ini.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Menurut Sugiyono (2014:305), yang menjadi instrumen atau alat penelitian dalam penelitian kualitatif adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif berperan sebagai *human instrument* yang berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data, dan membuat kesimpulan. Dalam penelitian kualitatif sesuatu yang akan dicari dari objek penelitian masih belum jelas dan pasti. Tidak ada kepastian kejelasan mengenai masalah, sumber data, dan hasil yang diharapkan. Rancangan penelitian masih bersifat sementara dan akan berkembang setelah peneliti yang berperan sebagai *key instrument* memasuki objek penelitian (Sugiyono, 2014:306).

Peneliti menggunakan alat bantu berupa panduan wawancara yang digunakan untuk mengumpulkan data agar dalam proses pengumpulan data dapat dilakukan secara lebih cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah. Acuan yang digunakan peneliti dalam mengembangkan pokok pertanyaan adalah referensi tertulis bersumber dari buku berkaitan dengan pertanyaan dan isu yang harus dipertanyakan yang terdapat dalam tahapan analisis *stakeholder*. Peneliti menggunakan panduan wawancara (*guide interview*) yang berisi sistematika garis besar permasalahan dibantu alat perekam suara (melalui *handphone*). Sedangkan instrumen yang digunakan untuk pengamatan langsung digunakan kamera *handphone* agar menjadi lebih efektif dan efisien.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah digunakan agar dapat dipahami, dianalisis sesuai tujuan

Digital Repository Universitas Jember

yang diinginkan, dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian. Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2011:103). Di dalam penelitian ini digunakan teknik penyajian dalam bentuk narasi atau uraian kata-kata dan mencantumkan kutipan-kutipan langsung (*quotes*) yang berkaitan disesuaikan dengan bahasa dan pandangan dari informan. Penyajian secara narasi dideskripsikan dalam kalimat-kalimat dan ungkapan, dengan menggunakan bahasa yang tidak formal sesuai dengan susunan kalimat sehari-hari, dan pilihan kata atau konsep asli informan. Berdasarkan data yang didapat dari hasil wawancara tersebut, kemudian dilakukan pengkajian dengan perspektif dan teori-teori yang telah dipilih.

3.7.2 Analisis Data

Analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang telah diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi, dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan mana yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain (Sugiyono, 2014:332). Data yang telah dikumpulkan akan dianalisis dengan menggunakan teknik analisis kualitatif. Analisis kualitatif digunakan untuk mengkaji faktor-faktor yang menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim Jaminan Kesehatan Nasional pada pelayanan rawat jalan.

Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan pada sejak sebelum memasuki lapangan, selama di lapangan, dan setelah selesai di lapangan. Analisis data dalam penelitian kualitatif lebih difokuskan selama proses di lapangan bersamaan dengan pengumpulan data. Miles dan Huberman (1984) dalam Sugiyono (2014:334) mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data

Digital Repository Universitas Jember

kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus-menerus sampai tuntas, sehingga datanya jenuh. Aktivitas dalam analisis data meliputi:

a. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Reduksi data merupakan suatu proses merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya (Sugiyono, 2014:337). Sehingga dengan adanya data yang direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan.

b. Penyajian Data (*Data Display*)

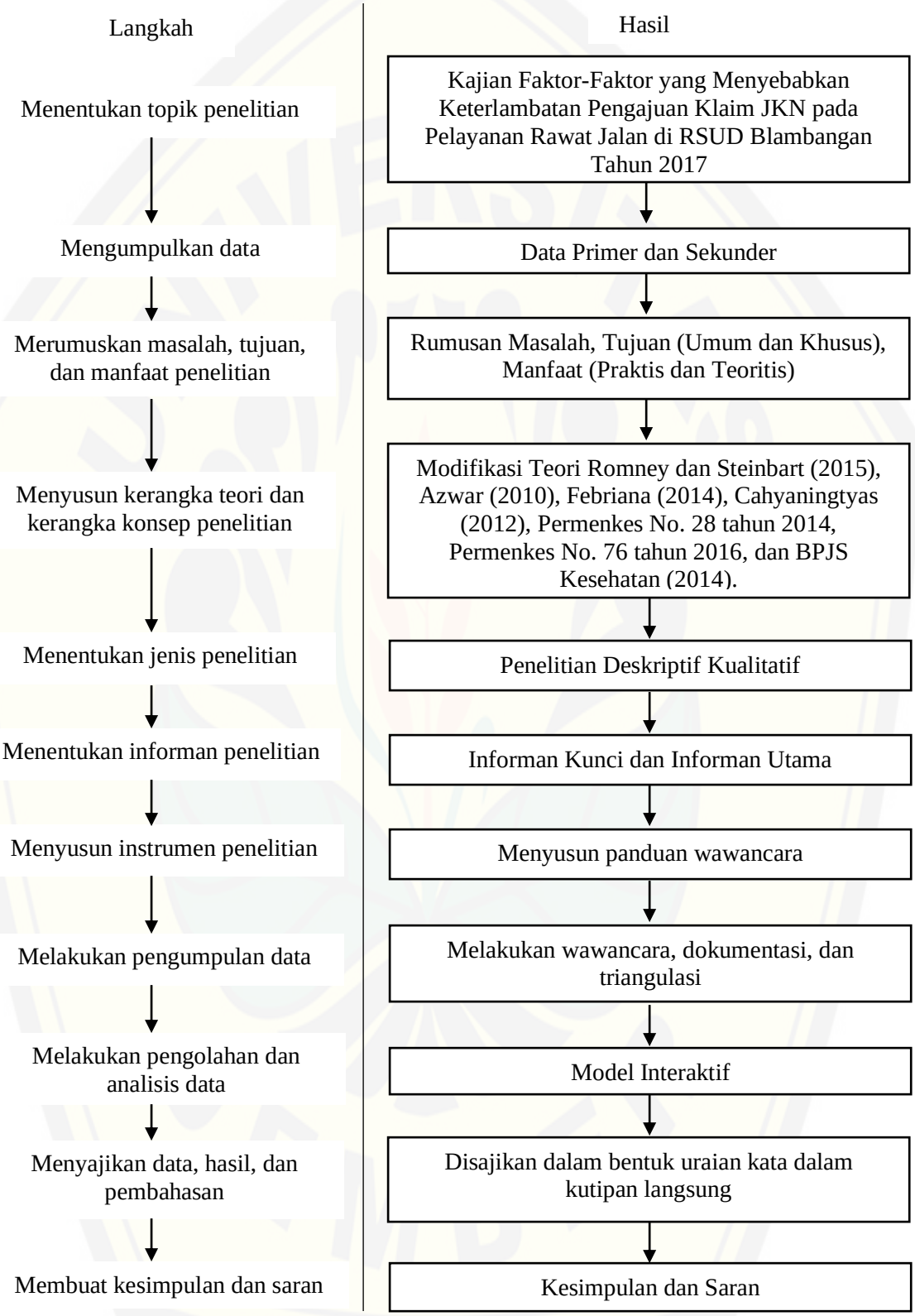
Setelah data direduksi, maka langkah yang dilakukan setelahnya adalah melakukan penyajian data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antarkategori, *flowchart* dan sejenisnya. Menurut Miles and Huberman (1984) dalam Sugiyono (2014:339), yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif.

c. Penarikan Kesimpulan (*Conclusion Drawing and Verification*)

Langkah ketiga dalam analisis data kualitatif adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan awal yang dikemukakan bersifat sementara dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel. Kesimpulan dalam penelitian kualitatif adalah merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran suatu objek yang sebelumnya masih remang-remang atau gelap sehingga setelah diteliti akan menjadi jelas (Sugiyono, 2014:343).

Digital Repository Universitas Jember

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

Digital Repository Universitas Jember

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kajian keterlambatan pengajuan klaim pelayanan rawat jalan pasien BPJS Kesehatan di RSUD Blambangan tahun 2017 dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

a. Sumber daya manusia pada pengelolaan klaim di RSUD Blambangan Banyuwangi pada bagian koding, *grouping*, dan verifikator BPJS Kesehatan masih terbatas dan sebagian besar petugas belum pernah mengikuti atau mendapatkan pelatihan. RSUD Blambangan sudah mempunyai SOP pengelolaan klaim rawat jalan berupa PKS dengan BPJS Kesehatan dan SOP klaim rawat jalan. Namun, SOP hanya berupa alur proses pengajuan klaim dari awal hingga akhir dan tidak terdapat fungsi dan tugas pokok masing-masing petugas. *Software* yang digunakan dalam proses klaim sudah sesuai dengan kebutuhan, namun pada *software* INA-CBGs masih sering terdapat hambatan berupa *server down* yang menyebabkan proses klaim terhambat.
b. Hambatan pada proses pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan di RSUD Blambangan berupa keterlambatan penyerahan berkas klaim dari poli ke bagian loker klaim, tulisan dokter atau perawat yang tidak jelas, proses pengecekan koding dilakukan secara manual sehingga butuh waktu yang lama, berkas yang tidak lengkap, proses verifikasi data txt file kadang tidak bisa dibuka dan rumah sakit terlambat menyerahkan berkas kepada verifikator BPJS Kesehatan atau pengajuannya melebihi tanggal 10 setiap bulannya.
c. RSUD Blambangan terlambat dalam mengajukan klaimnya karena sistem dan adanya miskoordinasi internal tim. Kadang-kadang terjadi ketidaksesuaian jumlah kasus dengan berkas klaim yang akan diajukan. Ketidaksesuaian jumlah tersebut dikarenakan berkas hilang terbawa pulang pasien. Pengajuan klaim rawat jalan tidak pernah ditolak oleh BPJS Kesehatan, namun terjadi *claim pending* setiap bulannya. Sementara itu, pembayaran dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada RSUD Blambangan Banyuwangi tidak sesuai dengan

Digital Repository Universitas Jember

kesepakatan yaitu melebihi 15 hari kerja setelah berkas dikirim ke kantor cabang.

5.2 Saran

Berikut saran dari peneliti berdasarkan hasil penelitian:

a. Bagi RSUD Blambangan Banyuwangi

1) Berdasarkan *input* pada pengajuan klaim pelayanan rawat jalan di RSUD Blambangan, perlu dilakukan analisis beban kerja sebagai dasar penambahan SDM khususnya pada *coder*, petugas *grouping*, dan verifikator BPJS Kesehatan mengingat banyaknya berkas pada pelayanan rawat jalan. Mengadakan atau memberikan pelatihan bagi semua petugas klaim guna meningkatkan kompetensi petugas. Menambahkan waktu pengerjaan setiap petugas di SOP klaim rawat jalan. Selain itu, untuk mengatasi *server down* atau lemot diperlukan peningkatan dan perbaikan sarana prasarana terutama jaringan internet di RSUD Blambangan.

2) Berdasarkan *process* pada pengajuan klaim pelayanan rawat jalan di RSUD Blambangan, perlu pembuatan SOP pengisian *resume* medis kelengkapan berkas klaim untuk dokter dan perawat di tiap poli agar tidak lagi terlambat dalam menyetorkan berkas klaim ke bagian loket klaim, dan memperhatikan kelengkapan berkas pasien yang digunakan untuk pengajuan klaim.

b. Bagi BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan perlu segera melakukan sosialisasi kepada FKRTL jika terdapat kebijakan baru mengenai klaim dan hendaknya membayar FKRTL sesuai dengan kesepakatan dan ketentuan yang berlaku.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai keterlambatan penyetoran berkas klaim dari poli ke loket klaim. Selain itu, perlunya dilakukan analisis perbandingan antara proses pengajuan klaim ketika verifikator BPJS Kesehatan masih ada di rumah sakit dan ketika sudah menerapkan VEDIKA.

Digital Repository Universitas Jember

DAFTAR PUSTAKA

Adisasmito, W. 2014. *Sistem Kesehatan Edisi ke-2*. Jakarta: PT Grafindo Persada.

Aditama, T. Y. 2003. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit Edisi Ke-2*. Jakarta: University Indonesia Press.

Anwar, Khoiril. 2007. *Asuransi Syariah, Halal & Maslahat.* Solo: Tiga Serangkai.

Ardhitya, T. 2015. Faktor-Faktor Yang Melatar Belakangi Penolakan Klaim Bpjs Oleh Verifikator Bpjs Di Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015. *Tugas Akhir*. Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang.

Azwar, Azrul. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.

Bastian, Indra. 2008. *Akutansi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Erlangga.

Bungin, Burhan. 2011. *Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

Cahyaningtyas, K. W. 2012. Gambaran Kelancaran Penagihan Klaim JPK Gakin dan SKTM pada pelayanan Administrasi Pasien Jaminan di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. I R. Said Sukanto Tahun 2012. *Skripsi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Catherine, Cochran. 2013. *Handling The Medical Claim: An 8 Step Guide On "How To" Correct And Resolve Claim Issues*. New York: CRC Press.

Ernawati, D. dan Lily K. 2013. *Studi Kualitatif tentang Kompentensi Tenaga Koder dalam Proses Reimbursement Berbasis System Case-mix di Beberapa Rumah Sakit yang Melayani Jamkesmas di Kota Semarang*. http://eprints.dinus.ac.id/15915/ [4 Juli 2018]

Febriana, Dina. 2014. Gambaran Pengelolaan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Bulan Januari-Maret Tahun 2014. *Skripsi.* Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Digital Repository Universitas Jember

Hasibuan, S. P. M. 2007. *Manajemen Sumber Daya Manusia Edisi Revisi Cetakan Kesepuluh*. Jakarta: Bumi Aksara.

Hikmat, M. M. 2011. *Metode Penelitian.* Yogyakarta: Graha Ilmu.

Ilyas, Yaslis. 2006. *Mengenal Asuransi Kesehatan: Review Utilisas, Manajemen Klaim Dan Fraud*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Kartika, Dewi. 2014. Analisis Ketepatan Waktu Penyelesaian Klaim Rawat Inap Pasien BPJS di RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak Tahun 2014. *Tesis.* Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional.* Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

Kulo, Debby, R. G. A. Massie dan G. D. Kandou. 2014. Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Yang Berasal Dari Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow. *JIKMU*. 4(4): 610-624.

Lapau, B. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.

Malonda, Taliana D, A J M Rattu dan T Soleman. 2015. Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. *JIKMU*. 5(2b): 436-447.

Marchinko, David Edward. 2006. *Dictionary of Health Insurance and Managed Care*. New York: Springer Publishing.

Muninjaya, G. 2011. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: EGC.

Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakata: Rineka Cipta.

Noviasari, T. 2016. Hubungan kelengkapan informasi dengan persetujuan klaim BPJS di RSUD Kabupaten Sukoharjo Tahun 2016. *Skripsi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Digital Repository Universitas Jember

Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan 2014.

Pedoman Administrasi Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan 2014.

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Group* dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (INA-CBGs).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

PERSI. 2016. *Refleksi 2 tahun JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)*. http://www.pdpersi.co.id/kegiatan/bahan_diskusi/refleksi_2thn_jkn.pdf [9 Maret 2018]

Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Badan Penyelanggara Jaminan Sosial Kesehatan 2014.

Provost, WA & Peterson, BE. 2006. USP. *Payment of health care insurance claims using short-term loans*. http://www.google.com/patents/US7072842 [1 Maret 2018]

Putra, W M. 2014. Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan Tahun 2014. *Skripsi*. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.

Romney, Marshall B., dan Paul John Steinbart. 2015. *Accounting Information Systems, 13th ed*. England: Pearson Educational Limited.

Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan. 2017. *Profil RSUD Blambangan Banyuwangi 2017*. Banyuwangi: Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan.

Digital Repository Universitas Jember

Shobirin, A. 2007. Dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim Askeskin Terhdap Cash Flow Dan Pelayanan Pasien Askeskin di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon Tahun 2007. *Disertasi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Soemohadiwidjojo, Arini T. 2014. *Mudah Menyusun SOP*. Jakarta: Penebar Plus.

Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta.

Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Sumantri, A. 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Kencana.

Suwarjana, I.K. 2016. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.

Syamarta, Sucihati. 2014. Gambaran Pengelolaan Klaim Rawat Jalan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) RSUD Dr. Adnaan WD Kota Payakumbuh Tahun 2014. *Skripsi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Terry, George dan Leslie W Rue. 2010. *Dasar-Dasar Manajemen*. Jakarta: PT Bumi Aksara.

Ulfah, Siti Maria, Lily Kresnowati dan Dyah Ernawati. 2011. Hubungan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Dengan Persetujuan Klaim Jamkesmas Oleh Verifikator Dengan Sistem INA-CBGs Periode Triwulan IV Tahun 2011 Di RSI Sultan Agung Semarang. *Skripsi*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dian Nuswantoro Semarang.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Watchai and Pongsa, 2012. *The Impact of Universal Coverage Scheme on Public Hospitals*. http://www.hsri.or.th/sites/default/files/browse/tor-5-2.pdf [25 Juni 2018]

Digital Repository Universitas Jember

LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Persetujuan

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan I/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121
Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995
Laman: www.fkm.unej.ac.id

LEMBAR PERSETUJUAN
INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	:
Jenis Kelamin	: Laki-laki / Perempuan
Umur	:
Alamat	:
No. Telp	:

Menyatakan bersedia untuk menjadi informan penelitian dari:

Nama	:	Rizaldi Yudhistira
NIM	:	142110101171
Instansi	:	Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Judul	:	Kajian Keterlambatan Pengajuan Klaim Rawat Jalan Pasien BPJS Kesehatan Di RSUD Blambangan Tahun 2017

Persetujuan ini saya buat secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Saya telah diberikan penjelasan dan saya telah diberikan kesempatan untuk menanyakan segala sesuatu mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang benar dan jelas. Dengan ini saya menyatakan bahwa saya memberikan jawaban dengan benar dan sejujur-jujurnya.

Banyuwangi, ……2018

Informan

(.....)

Digital Repository Universitas Jember

Lampiran B. Panduan Wawancara Informan Kunci

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan I/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121
Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995
Laman: www.fkm.unej.ac.id

PANDUAN WAWANCARA A (KEPALA UNIT ADMINISTRASI KLAIM & KEPALA BIDANG KEUANGAN)

A. Tata Cara Wawancara

1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
2. Menanyakan kesediaan untuk menjadi informan dengan meminta tanda tangan pada persetujuan menjadi informan.
3. Menanyakan nama informan.
4. Meminta izin untuk merekam pembicaraan selama wawancara sedang berlangsung.
5. Memberikan pertanyaan dasar seperti nama, jenis kelamin, pendidikan, jabatan, dan lama kerja.
6. Mengajukan pertanyaan utama sesuai dengan pedoman wawancara.
7. Mengucapkan terima kasih pada informan yang sudah berpartisipasi.

B. Identitas Responden

Nama	:
Jenis Kelamin	:
Pendidikan	:
Jabatan	:
Lama Kerja	:
Tanggal Wawancara	:

C. Pertanyaan

INPUT:

1. SDM
   a. Berapa jumlah petugas yang menangani klaim pelayanan rawat jalan dari proses pengumpulan berkas klaim sampai verifikasi oleh verifikator BPJS?

Digital Repository Universitas Jember

b. Menurut Anda, bagaimana kecukupan jumlah petugas pada masing-masing bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
c. Bagaimana menurut Anda kesesuaian antara pendidikan terakhir petugas dengan pekerjaannya di masing-masing bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
d. Menurut Anda, kualifikasi seperti apa yang dibutuhkan untuk menjadi petugas di masing-masing bagian proses pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
e. Bagaimana bentuk pelatihan yang dilakukan dalam proses pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?

2. Kebijakan/SOP
    d. Bagaimana kebijakan/SOP yang melandasi dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
    e. Jika terdapat kebijakan/SOP yang melandasi dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan, bagaiman kesesuaian kebijakan/SOP dengan setiap proses pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
    f. Apakah dalam kebijakan/SOP tersebut sudah tercantum tugas pokok dan fungsi masing-masing petugas pada bagian proses pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
    g. Jika tidak terdapat kebijakan/SOP yang melandasi dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan, acuan apa yang digunakan?
    h. Permasalahan seperti apa yang sering dihadapi berkaitan dengan kebijakan/SOP khususnya dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?

PROSES:

1. Bagaimana alur proses pengajuan berkas klaim pelayanan rawat jalan?
2. Bagaimana proses pengumpulan berkas klaim, *entry* data/*coding*, verifikasi oleh pihak RS termasuk verifikasi oleh tim antifraud, dan

Digital Repository Universitas Jember

verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan di unit administrasi klaim pada pelayanan rawat jalan?

OUTPUT:

1. Tanggal berapa pengajuan klaim yang dilakukan oleh RSUD Blambangan kepada BPJS Kesehatan tiap bulannya?
2. Bagaimana dampak yang terjadi ketika pengajuan klaim melebihi waktu atau batas yang telah ditentukan?
3. Kapan biasanya BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim kepada RSUD Blambangan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta/pasien?
4. Bagaimana ketepatan jumlah berkas klaim pelayanan rawat jalan setiap bulannya?
5. Berkas apa saja yang dibutuhkan untuk kelengkapan pengajuan klaim pasien rawat jalan?
6. Bagaimana jika terdapat berkas yang di kembalikan untuk direvisi atau dilengkapi?
7. Kapan berkas yang telah direvisi tersebut diajukan kembali?
8. Bagaimana jika masih tetap ada berkas yang salah atau harus direvisi kembali setelah pengajuan klaim yang kedua?
9. Apakah ada berkas klaim pelayanan rawat jalan yang ditolak atau tidak bisa diklaimkan?
10. Permasalahan atau hambatan apa yang sering dihadapi dalam proses pengajuan klaim pelayanan rawat jalan?

Digital Repository Universitas Jember

Lampiran C. Panduan Wawancara Informan Utama

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan I/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121
Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995
Laman: www.fkm.unej.ac.id

PANDUAN WAWANCARA B (PETUGAS LOKET KLAIM)

A. Tata Cara Wawancara

1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
2. Menanyakan kesediaan untuk menjadi informan dengan meminta tanda tangan pada persetujuan menjadi informan.
3. Menanyakan nama informan.
4. Meminta izin untuk merekam pembicaraan selama wawancara sedang berlangsung.
5. Memberikan pertanyaan dasar seperti nama, jenis kelamin, pendidikan, jabatan, dan lama kerja.
6. Mengajukan pertanyaan utama sesuai dengan pedoman wawancara.
7. Mengucapkan terima kasih pada informan yang sudah berpartisipasi.

B. Identitas Responden

Nama	:
Jenis Kelamin	:
Pendidikan	:
Jabatan	:
Lama Kerja	:
Tanggal Wawancara	:

C. Pertanyaan

INPUT:

1. SDM
   a. Berapa jumlah seluruh petugas loket klaim yang menangani pengelolaan klaim pasien BPJS Kesehatan?
   b. Ada berapa orang yang menangani pengumpulan berkas pasien BPJS pada pelayanan rawat jalan?

Digital Repository Universitas Jember

c. Menurut Anda, bagaimana kecukupan jumlah petugas loket klaim pada bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
d. Bagaimana menurut Anda kesesuaian antara pendidikan terakhir petugas dengan pekerjaannya sebagai petugas loket klaim pada bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
e. Menurut Anda, kualifikasi seperti apa yang dibutuhkan untuk menjadi petugas loket klaim pada bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?

2. Kebijakan/SOP
   a. Bagaimana kebijakan/SOP yang melandasi dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
   b. Jika terdapat kebijakan/SOP yang melandasi dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan, bagaimana kesesuaian kebijakan/SOP dengan pelaksanaan pengumpulan berkas rawat jalan di loket klaim?
   c. Apakah dalam kebijakan/SOP tersebut sudah tercantum tugas pokok dan fungsi masing-masing petugas loket klaim dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
   d. Jika tidak terdapat kebijakan/SOP yang melandasi dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan, acuan apa yang digunakan untuk melaksanakan tugas pokok dan fungsi Anda?
   e. Permasalahan seperti apa yang sering dihadapi berkaitan dengan kebijakan/SOP khususnya dalam proses pengumpulan berkas rawat jalan di loket klaim?

PROSES:

1. Bagaimana alur proses pengumpulan berkas klaim pasien rawat jalan di loket klaim?
2. Berkas apa saja yang dikumpulkan oleh petugas loket klaim?
3. Berapa lama waktu yang diperlukan untuk melakukan proses pengumpulan berkas pasien rawat jalan tersebut?
4. Permasalahan atau hambatan apa yang sering dihadapi dalam proses pengumpulan berkas klaim pada pelayanan rawat jalan?

Digital Repository Universitas Jember

Lampiran D. Panduan Wawancara Informan Utama

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan I/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121
Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995
Laman: www.fkm.unej.ac.id

PANDUAN WAWANCARA C (PETUGAS KODING)

A. Tata Cara Wawancara

1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
2. Menanyakan kesediaan untuk menjadi informan dengan meminta tanda tangan pada persetujuan menjadi informan.
3. Menanyakan nama informan.
4. Meminta izin untuk merekam pembicaraan selama wawancara sedang berlangsung.
5. Memberikan pertanyaan dasar seperti nama, jenis kelamin, pendidikan, jabatan, dan lama kerja.
6. Mengajukan pertanyaan utama sesuai dengan pedoman wawancara.
7. Mengucapkan terima kasih pada informan yang sudah berpartisipasi.

B. Identitas Responden

Nama	:
Jenis Kelamin	:
Pendidikan	:
Jabatan	:
Lama Kerja	:
Tanggal Wawancara	:

C. Pertanyaan

INPUT:

1. SDM
   a. Berapa jumlah seluruh *coder* yang menangani pengelolaan klaim pasien BPJS Kesehatan?
   b. Ada berapa orang yang menjadi *coder* pada pelayanan rawat jalan?

Digital Repository Universitas Jember

c. Menurut Anda, bagaimana kecukupan jumlah *coder* pada bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
d. Bagaimana menurut Anda kesesuaian antara pendidikan terakhir petugas dengan pekerjaannya sebagai *coder* pada bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
e. Menurut Anda, kualifikasi seperti apa yang dibutuhkan untuk menjadi *coder* pada bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
f. Bagaimana bentuk pelatihan yang dilakukan untuk *coder* dalam proses pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?

2. Kebijakan/SOP
   a. Bagaimana kebijakan/SOP yang melandasi dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
   b. Jika terdapat kebijakan/SOP yang melandasi dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan, bagaimana kesesuaian kebijakan/SOP dengan pelaksanaan koding data pasien rawat jalan di loket klaim?
   c. Apakah dalam kebijakan/SOP tersebut sudah tercantum tugas pokok dan fungsi masing-masing petugas koding dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
   d. Jika tidak terdapat kebijakan/SOP yang melandasi dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan, acuan apa yang digunakan untuk melaksanakan tugas pokok dan fungsi Anda?
   e. Permasalahan seperti apa yang sering dihadapi berkaitan dengan kebijakan/SOP khususnya dalam proses pelaksanaan koding data pasien rawat jalan?

3. Software
   a. Jenis *software*/aplikasi pendukung apa yang digunakan untuk melakukan proses pelaksanaan koding data pasien rawat jalan?
   b. Bagaimana menurut Anda kesesuaian penggunaan *software*/aplikasi dengan kebutuhan dalam proses pelaksanaan koding data pasien rawat jalan?

Digital Repository Universitas Jember

c. Permasalahan seperti apa yang sering dihadapi dalam penggunaan *software*/aplikasi khususnya dalam proses pelaksanaan koding data pasien rawat jalan?

PROSES:

1. Bagaimana alur proses dalam melakukan koding data pasien rawat jalan?
2. Berapa lama waktu yang dibutuhkan dalam melakukan proses koding data pasien rawat jalan?
3. Permasalahan atau hambatan apa yang sering dihadapi dalam proses koding data pasien rawat jalan?

Digital Repository Universitas Jember

Lampiran E. Panduan Wawancara Informan Utama

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan I/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121
Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995
Laman: www.fkm.unej.ac.id

PANDUAN WAWANCARA D (PETUGAS VERIFIKATOR RUMAH SAKIT (*GROUPING*) & TIM ANTIFRAUD)

A. Tata Cara Wawancara

1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
2. Menanyakan kesediaan untuk menjadi informan dengan meminta tanda tangan pada persetujuan menjadi informan.
3. Menanyakan nama informan.
4. Meminta izin untuk merekam pembicaraan selama wawancara sedang berlangsung.
5. Memberikan pertanyaan dasar seperti nama, jenis kelamin, pendidikan, jabatan, dan lama kerja.
6. Mengajukan pertanyaan utama sesuai dengan pedoman wawancara.
7. Mengucapkan terima kasih pada informan yang sudah berpartisipasi.

B. Identitas Responden

Nama	:
Jenis Kelamin	:
Pendidikan	:
Jabatan	:
Lama Kerja	:
Tanggal Wawancara	:

C. Pertanyaan

INPUT:

1. SDM
   a. Berapa jumlah seluruh petugas *grouping* dan tim *antifraud* yang menangani pengelolaan klaim pasien BPJS Kesehatan?

Digital Repository Universitas Jember

b. Ada berapa orang yang menjadi petugas *grouping* dan tim *antifraud* pada pelayanan rawat jalan?
c. Menurut Anda, bagaimana kecukupan jumlah petugas *grouping* dan tim *antifraud* pada bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
d. Bagaimana menurut Anda kesesuaian antara pendidikan terakhir petugas dengan pekerjaannya sebagai petugas *grouping* dan tim *antifraud* pada bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
e. Menurut Anda, kualifikasi seperti apa yang dibutuhkan untuk menjadi petugas *grouping* dan tim *antifraud* pada bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
f. Bagaimana bentuk pelatihan yang dilakukan untuk petugas *grouping* dan tim *antifraud* dalam proses pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?

2. Kebijakan/SOP
   a. Bagaimana kebijakan/SOP yang melandasi dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
   b. Jika terdapat kebijakan/SOP yang melandasi dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan, bagaimana menurut Anda kesesuaian pelaksanaan *grouping* dan pemeriksaan *fraud* berkas pasien rawat jalan dengan kebijakan/peraturan yang ada?
   c. Apakah dalam kebijakan/SOP tersebut sudah tercantum tugas pokok dan fungsi masing-masing petugas *grouping* dan tim *antifraud* dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
   d. Jika tidak terdapat kebijakan/SOP yang melandasi dalam pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan, acuan apa yang digunakan untuk melaksanakan tugas pokok dan fungsi Anda?
   e. Permasalahan seperti apa yang sering dihadapi berkaitan dengan kebijakan/SOP khususnya dalam proses pelaksanaan *grouping* dan pemeriksaan *fraud* berkas pasien rawat jalan?

Digital Repository Universitas Jember

3. *Software*
    a. Jenis *software*/aplikasi pendukung apa yang digunakan untuk melakukan proses *grouping* data pasien rawat jalan?
    b. Bagaimana menurut Anda kesesuaian penggunaan *software*/aplikasi dengan kebutuhan dalam proses *grouping* data pasien rawat jalan?
    c. Permasalahan seperti apa yang sering dihadapi dalam penggunaan *software*/aplikasi khususnya dalam proses *grouping* data pasien rawat jalan?

PROSES:

1. Bagaimana alur proses *grouping* dan pemeriksaan *fraud* pada klaim rawat jalan?
2. Persyaratan dan kelengkapan data/dokumen apa saja yang dibutuhkan untuk melakukan *grouping* dan pemeriksaan *fraud* pada klaim rawat jalan?
3. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk melakukan proses *grouping* dan pemeriksaan *fraud* pada klaim rawat jalan?
4. Permasalahan atau hambatan seperti apa yang sering dihadapi dalam proses *grouping* dan pemeriksaan *fraud* pada klaim rawat jalan?

Digital Repository Universitas Jember

Lampiran F. Panduan Wawancara Informan Utama

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan I/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121
Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995
Laman: www.fkm.unej.ac.id

PANDUAN WAWANCARA E (PETUGAS VERIFIKATOR BPJS KESEHATAN)

A. Tata Cara Wawancara

1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
2. Menanyakan kesediaan untuk menjadi informan dengan meminta tanda tangan pada persetujuan menjadi informan.
3. Menanyakan nama informan.
4. Meminta izin untuk merekam pembicaraan selama wawancara sedang berlangsung.
5. Memberikan pertanyaan dasar seperti nama, jenis kelamin, pendidikan, jabatan, dan lama kerja.
6. Mengajukan pertanyaan utama sesuai dengan pedoman wawancara.
7. Mengucapkan terima kasih pada informan yang sudah berpartisipasi.

B. Identitas Responden

Nama	:
Jenis Kelamin	:
Pendidikan	:
Jabatan	:
Lama Kerja	:
Tanggal Wawancara	:

C. Pertanyaan

INPUT:

1. SDM
   a. Berapa jumlah seluruh petugas verifikator BPJS yang menangani pengelolaan klaim pasien BPJS Kesehatan?

Digital Repository Universitas Jember

b. Ada berapa orang yang menjadi petugas verifikator BPJS pada pelayanan rawat jalan?
c. Menurut Anda, bagaimana kecukupan jumlah petugas verifikator BPJS pada bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
d. Bagaimana menurut Anda kesesuaian antara pendidikan terakhir petugas dengan pekerjaannya sebagai petugas verifikator BPJS pada bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?
e. Menurut Anda, kualifikasi seperti apa yang dibutuhkan untuk menjadi petugas verifikator BPJS pada bagian pengelolaan klaim pelayanan rawat jalan?

2. *Software*
   a. Jenis *software*/aplikasi pendukung apa yang digunakan untuk melakukan proses verifikasi data pasien rawat jalan?
   b. Bagaimana menurut Anda kesesuaian penggunaan *software*/aplikasi dengan kebutuhan dalam proses verifikasi data pasien rawat jalan?
   c. Permasalahan seperti apa yang sering dihadapi dalam penggunaan *software*/aplikasi khususnya dalam proses verifikasi data pasien rawat jalan?

PROSES:

1. Bagaimana alur proses verifikasi berkas pada klaim rawat jalan?
2. Persyaratan dan kelengkapan dokumen apa saja yang dibutuhkan untuk melakukan verifikasi berkas pada klaim rawat jalan?
3. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk melakukan verifikasi berkas pada klaim rawat jalan?
4. Jika ada berkas klaim yang tidak sesuai atau tidak memenuhi persyaratan, apa yang dilakukan oleh petugas verifikator BPJS?
5. Permasalahan atau hambatan seperti apa yang sering dihadapi dalam proses verifikasi berkas pada klaim rawat jalan?

Digital Repository Universitas Jember

Lampiran G. Panduan Wawancara Informan Tambahan

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jalan Kalimantan I/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121
Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995
Laman: www.fkm.unej.ac.id

PANDUAN WAWANCARA F (PETUGAS REKAM MEDIS)

A. Tata Cara Wawancara

1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
2. Menanyakan kesediaan untuk menjadi informan dengan meminta tanda tangan pada persetujuan menjadi informan.
3. Menanyakan nama informan.
4. Meminta izin untuk merekam pembicaraan selama wawancara sedang berlangsung.
5. Memberikan pertanyaan dasar seperti nama, jenis kelamin, pendidikan, jabatan, dan lama kerja.
6. Mengajukan pertanyaan utama sesuai dengan pedoman wawancara.
7. Mengucapkan terima kasih pada informan yang sudah berpartisipasi.

B. Identitas Responden

Nama	:
Jenis Kelamin	:
Pendidikan	:
Jabatan	:
Lama Kerja	:
Tanggal Wawancara	:

C. Pertanyaan

INPUT:

1. SDM
   a. Berapa jumlah seluruh petugas rekam medis yang menangani pengumpulan resume pasien?
   b. Ada berapa orang yang menjadi petugas rekam medis yang menangani pengumpulan resume medis pasien rawat jalan?

Digital Repository Universitas Jember

c. Menurut Anda, bagaimana kecukupan jumlah petugas rekam medis yang menangani pengumpulan resume medis pasien rawat jalan?
d. Bagaimana menurut Anda kesesuaian antara pendidikan terakhir petugas dengan pekerjaannya sebagai petugas rekam medis yang menangani pengumpulan resume medis pasien rawat jalan?
e. Menurut Anda, kualifikasi seperti apa yang dibutuhkan untuk menjadi petugas rekam medis yang menangani pengumpulan resume medis pasien rawat jalan?

2. Kebijakan/SOP
   a. Bagaimana kebijakan/SOP yang melandasi dalam pengelolaan resume medis pasien rawat jalan?
   b. Bagaimana menurut Anda kesesuaian pengelolaan resume medis pasien rawat jalan dengan kebijakan/peraturan yang ada?
   c. Permasalahan seperti apa yang sering dihadapi berkaitan dengan kebijakan/SOP khususnya dalam pengelolaan resume medis pasien rawat jalan?
3. *Software*
   a. Jenis *software*/aplikasi pendukung apa yang digunakan untuk melakukan pengumpulan resume medis pasien rawat jalan?
   b. Bagaimana menurut Anda kesesuaian penggunaan *software*/aplikasi dengan kebutuhan dalam proses pengumpulan resume medis pasien rawat jalan?
   c. Permasalahan seperti apa yang sering dihadapi dalam penggunaan *software*/aplikasi khususnya dalam proses pengumpulan resume medis pasien rawat jalan?

PROSES:

1. Bagaimana alur proses pengumpulan resume medis pasien rawat jalan di instalasi RM?
2. Berapa rata-rata berkas rekam medis rawat jalan yang dikembalikan setiap hari ke instalasi RM?

Digital Repository Universitas Jember

3. Apakah masih ada berkas yang terlambat dalam hal pengembalian ke instalasi RM?
4. Berkas apa saja yang dikumpulkan oleh petugas rekam medis untuk kelengkapan klaim pasien rawat jalan?
5. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk melakukan proses pengumpulan kelengkapan tersebut?
6. Permasalahan atau hambatan seperti apa yang sering dihadapi dalam proses pengumpulan kelengkapan tersebut?

Digital Repository Universitas Jember

Lampiran H. Surat Ijin Penelitian

PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BLAMBANGAN
Jalan Letkol Istiqlah No. 49 Banyuwangi 68415
Telepon (0333) 421118 Fax. (0333) 421072
e-mail : rsudblambangan.bwi @gmail.com Website: rsudbwi.banyuwangikab.go.id

Banyuwangi, 11 Mei 2018

Nomor : 445/ 1633 /429.401/2018
Sifat : -
Lampiran : -
Perihal : **Ijin Rekomendasi Penelitian**

Kepada
Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Banyuwangi
di -
BANYUWANGI

Menjawab surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik dengan No.072/505/REKOM/429.206/2018, tanggal 4 April 2018 tentang Rekomendasi Penelitian, pada prinsipnya kami mengijinkan mahasiswa bernama : **Rizaldi Yudhistira** NIM : 142110101171 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember untuk melakukan kegiatan penelitian tentang "Kajian Keterlambatan Pengajuan Klaim Rawat Jalan Pasien BPJS Kesehatan" di RSUD Blambangan Banyuwangi yang dilaksanakan pada tanggal 23 April – 23 Juli 2018, dengan ketentuan :

1. Peserta harus melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi.
2. Peserta wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di RSUD Blambangan
3. Mengutamakan pelayanan kepada pasien

Demikian atas perhatianya disampaikan terima kasih.

DIREKTUR RSUD BLAMBANGAN
KABUPATEN BANYUWANGI

RSUD BLAMBANGAN

dr. H. TAUFIQ HIDAYAT, SpAnd, Mkes
Pembina Tk. I
NIP. 19620101 198812 1 002

Tembusan :
1. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi
2. Yang bersangkutan
3. Arsip

Digital Repository Universitas Jember

Lampiran I. *Standard Operating Procedure* (SOP) Klaim Rawat Jalan

RSUD BLAMBANGAN BANYUWANGI	PEMBUATAN TAGIHAN PASIEN RAWAT JALAN		
	No. Dokumen 20.7/SPO/ADM/I/2016	No. Revisi 00	Halaman 1 / 4
SPO	Tanggal terbit 25 Januari 2016	Ditetapkan : Direktur RSUD Blambangan dr. H.TAUFIQ HIDAYAT, Sp.And, M.Kes NIP. 19620101 198812 1 002	
PENGERTIAN	Pembuatan Tagihan pasien rawat jalan adalah proses pelayanan administrasi bagi pasien rawat jalan		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan pembuatan tagihan pasien rawat jalan		
KEBIJAKAN	Keputusan Direktur RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi nomor 188/10.3/KEP/429.401/2016 tentang kebijakan penatausahaan keuangan RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi		
PROSEDUR	1. Pasien datang mendaftar diterima petugas front office dan ditanyakan tentang cara pembayarannya ; jika pasien dengan jaminan BPJS, Jamkesda, SPM dan inhealth, dipersilahkan ke petugas loket jaminan , jika pasien umum atau dengan jaminan selain tersebut diatas dipersilahkan ke UPP untuk membayar tarif rawat jalan (pengobatan poliklinik) 2. Pasien membayar pada petugas loket UPP, petugas loket UPP menyerahkan bukti pembayaran berupa karcis pengobatan poliklinik 1 lembar kepada pasien untuk ditunjukkkan kepada petugas pendaftaran selanjutnya diserahkan oleh pasien kepada petugas poliklinik, dan 1 lembar untuk arsip loket UPP. 3. Pasien diperiksa oleh DPJP, perawat menuliskan biaya tindakan (jika ada) pada nota tindakan. 4. Pasien dirujuk ke penunjang medik (labor atorium, radiologi atau fisioterapi) apabila diperlukan. 5. Petugas penunjang medik menuliskan biaya atas tindakan yang akan dilakuakan di penunjang medis pada nota tindakan, selanjutnya meminta pasien membayar ke loket UPP , setelah petugas melakukan tindakan pemeriksaan pasien diminta kembali ke dokter DPJP untuk mengkonsultasikan hasil pemeriksaan. 6. Pasien mendapat resep dari dokter dan membawa		

Digital Repository Universitas Jember

RSUD BLAMBANGAN BANYUWANGI	PEMBUATAN TAGIHAN PASIEN RAWAT JALAN		
	No. Dokumen 20.7/SPO/ADM/I/2016	No. Revisi 00	Halaman 2 / 4

resep ke instalasi farmasi.

7. Petugas instalasi farmasi menulis dan mencetak biaya dan rincian obat pada kwitansi obat-obatan .
8. Pasien datang ke loket UPP dengan menyerahkan nota tindakan dari poliklinik dan atau kwitansi obat-obatan dari instalasi farmasi.
9. Petugas loket melakukan kroscek nota tindakan dengan billing SIM RS tentang : nama pasien, nomor MR, nama poliklinik, tanggal dan jumlah pembayaran.
10. Jika tidak sesusai maka petugas loket UPP melakukan konfirmasi dengan petugas poliklinik yang bersangkutan.
11. Jika telah sesuai selanjutnya petugas loket UPP membuat kwitansi pembayaran rangkap 4 (warna putih, merah, kuning, hijau) dan membubuhkan tanda tangan atau paraf dan nama terang petugas.
12. Selanjutnya untuk pembayarannya terbagi menjadi :
    pada jam 07.00 s.d 11.30 WIB :
    - Petugas loket UPP menyerahkan kwitansi pembayaran rangkap 3 (putih, merah, kuning) yang telah dibuat kepada petugas bank dan mempersilahkan pasien untuk membayar pada petugas bank
    - Pasien membayar pada petugas bank dan menerima kwitansi pembayaran rangkap 2 (warna putih dan merah), warna putih untuk pasien, warna merah untuk diserahkan kepada petugas poliklinik
    - Pada pukul 11.30 petugas loket UPP melakukan kroscek dengan petugas bank tentang total penerimaan pembayaran pasien mulai jam 07.00 s.d jam 11.30
    - Setelah kroscek sesuai antara UPP dan bank ,untuk kwitansi kuning yang telah dstempel lunas dari bank dikembalikan ke UPP
    - Kemudian bendahara penerimaan membuat setoran ditambah dengan pendapatan karcis.poliklinik.

    Pada jam 11.30 s.d jam 14.00 WIB :
    - Transaksi pembayaran Pasien dilakukan pada loket UPP, petugas menyerahkan kwitansi

Digital Repository Universitas Jember

RSUD BLAMBANGAN BANYUWANGI	PEMBUATAN TAGIHAN PASIEN RAWAT JALAN		
	No. Dokumen 20.7/SPO/ADM/I/2016	No. Revisi 00	Halaman 3 / 4

rangkap 2 (putih dan merah) kepada pasien. kwitansi warna putih untuk pasien, dan kwitansi warna merah untuk diserahkan kepada petugas poliklinik

- Pada Jam 14.00 WIB atau pada jam tutup loket UPP petugas loket UPP melakukan kroscek antara jumlah pembayaran (sesuai kwitansi) dengan jumlah uang yang diterima, selanjutnya uang beserta kwitansi kuning dan nota tindakan diserah terimakan kepada bendahara penerimaan.

13. *Untuk loket UPP yang tidak berdekatan dengan bank*, proses pembayaran tetap dilakukan pada petugas loket UPP masing- masing . Pada jam tutup loket UPP petugas UPP melakukan kroscek dengan bendahara penerimaan, selanjutnya uang beserta kwitansi kuning, hijau dan nota tindakan diserahkan pada bendahara penerimaan.
14. Untuk loket UPP yang ada di UGD kroscek dan serah terima dengan bendahara penerimaan dilakukan 2 kali pada jam 14.00WIB untuk penerimaan jam 07.00 s.d 13.45 WIB, untuk penerimaan jam 13.45 s.d 07.00 WIB diserahkan pada jam 07.00 besok harinya.
15. Jika Pasien tertanggung asuransi, perusahaan:
    - Pasien tertanggung asuransi atau perusahaan , nota tindakan oleh petugas poliklinik diserahkan ke petugas UPP. Selanjutnya petugas UPP menyerahkan berkas tersebut ke petugas klaim untuk dibuatkan dokumen penagihan.
    - Jika ada obat – obatan yang ditanggung oleh pasien (tidak masuk dalam jaminan) petugas instalasi farmasi membuat kwitansi obat-obatan untuk diserahkan kepada pasien dan dilakukan pembayaran di loket UPP.
16. Bendahara penerimaan mengarsip nota tindakan dan kwitansi warna kuning dan hijau serta membuat laporan rekap pendapatan harian untuk dibuatkan surat tanda setoran (STS) sebagai bukti bahwa penerimaan pendapatan sudah disetorkan ke bank, selanjutnya bendahara penerimaan melaporkan

Digital Repository Universitas Jember

RSUD BLAMBANGAN BANYUWANGI	PEMBUATAN TAGIHAN PASIEN RAWAT JALAN		
	No. Dokumen 20.7/SPO/ADM/I/2016	No. Revisi 00	Halaman 4 / 4
	kepada Kepala Bidang Keuangan bahwa pendapatan telah disetorkan ke bank dengan menyerahkan STS untuk ditandatangani oleh kepala bidang keuangan. 17. Bendahara Penerimaan membuat laporan pendapatan setiap bulannnya dan menyerahkannnya pada kasi anggaran dan pengelolaan keuangan. 18. Kepala seksi Anggaran. Dan pengelolaan keuangan mengecek laporan pendapatan bendahara penerimaan dan berkas pendukungnya dan menyerahkannnya ke seksi akuntansi.		
UNIT TERKAIT	Unit Penerimaan Pasien,Ruang Sritanjung, Ruang Sekar Dalu,Ruang Sayu Wiwit, Ruang Tawang Alaun, Ruang Agung Wilis, Ruang Mas Alit, Instalasi Laboratorium Patologi Klinik, Instalasi Radiologi, Instalasi Gizi,Instalasi Farmasi, Instalasi Rehabilitasi Medik,Instalasi Patologi Anatomi, Bagian Klaim.		

Digital Repository Universitas Jember

Lampiran J. Dokumentasi Penelitian

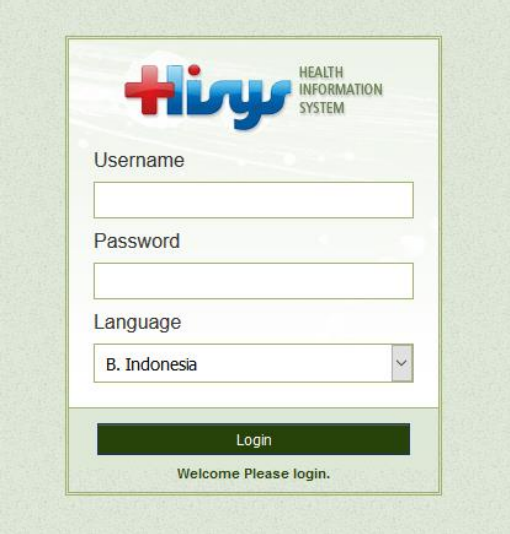
Gambar 1. Wawancara mendalam kepada petugas *grouping* rawat jalan 1

Gambar 2. Wawancara mendalam kepada petugas *grouping* rawat jalan 2

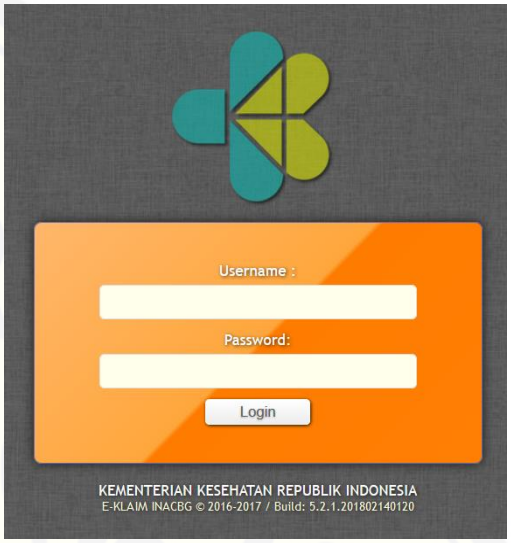
Gambar 3. Wawancara mendalam kepada *coder*

Gambar 4. Tim *casemix* RSUD Blambangan

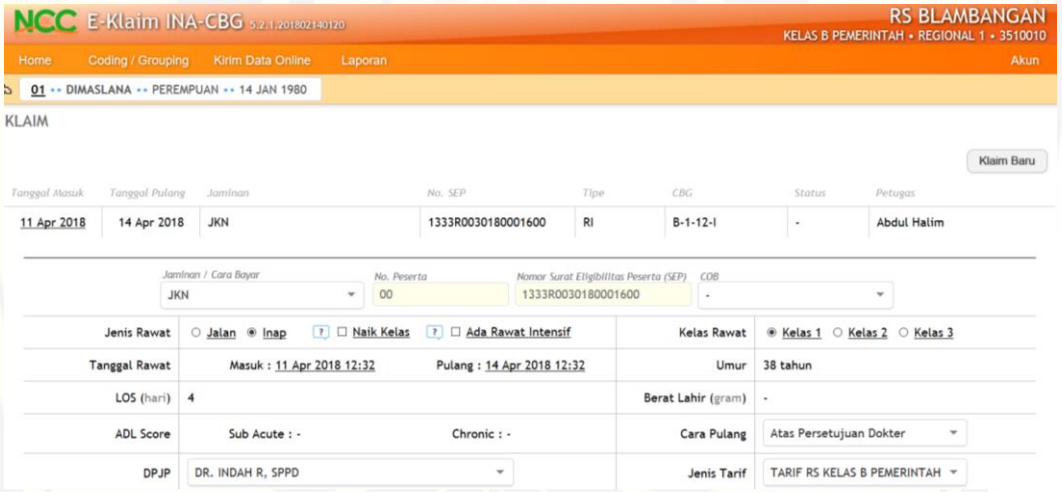
Digital Repository Universitas Jember



Gambar 5. *Software Health Informastion System* (HISYS) RSUD Blambangan



Gambar 5. *Software* INA-CBGs



Gambar 6. Fitur *Software* INA-CBGs