



**KAJIAN SISTEM PENGAJUAN KLAIM PASIEN BADAN
PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)
KESEHATAN DI RSD BALUNG
KABUPATEN JEMBER
TAHUN 2017**

SKRIPSI

Oleh:
Rizky Akbarul Kurnia
NIM 142110101110

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



**KAJIAN SISTEM PENGAJUAN KLAIM PASIEN BADAN
PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)
KESEHATAN DI RSD BALUNG
KABUPATEN JEMBER
TAHUN 2017**

SKRIPSI

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

Oleh

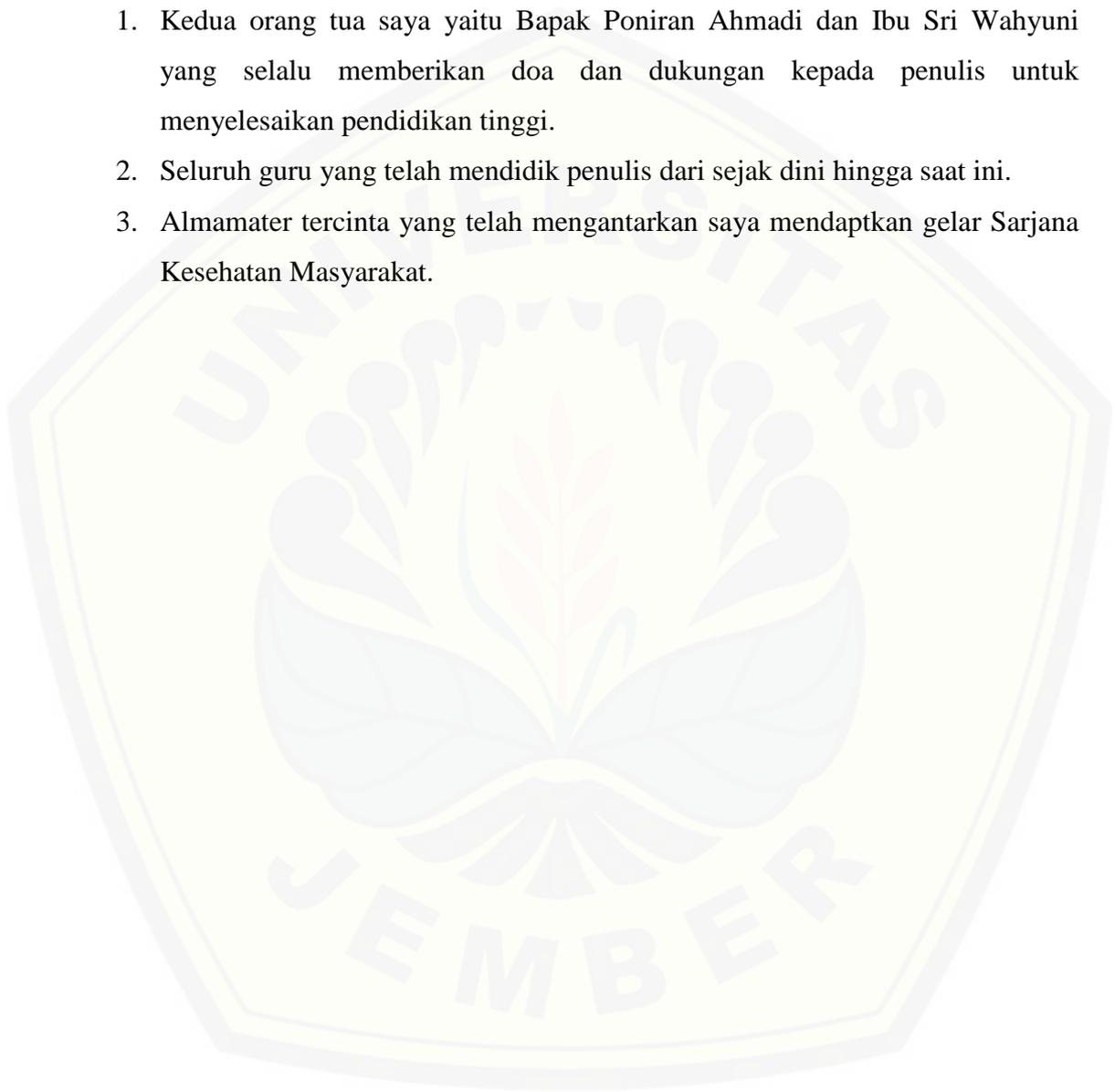
**Rizky Akbarul Kurnia
NIM 142110101110**

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

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, teriring dengan ucapan syukur atas kehadiran Allah SWT, skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya yaitu Bapak Poniran Ahmadi dan Ibu Sri Wahyuni yang selalu memberikan doa dan dukungan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan tinggi.
2. Seluruh guru yang telah mendidik penulis dari sejak dini hingga saat ini.
3. Almamater tercinta yang telah mengantarkan saya mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.



MOTTO

“Jangan menunggu, tidak akan pernah ada waktu yang tepat. Mulailah dimanapun anda berada, dan bekerja dengan alat apapun yang anda miliki. Peralatan yang lebih baik akan ditemukan ketika anda melangkah”.

(Napoleon Hill)



*) Napoleon Hill. 2009. *The New Think and Grow Rich*. Jakarta: PT Ufuk Publishing House

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rizky Akbarul Kurnia

NIM : 142110101110

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa skripsi yang berjudul “Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di RSD Balung Kabupaten Jember Tahun 2017” adalah benar- benar hasil karya saya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disertakan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan hasil penjiplakan. Saya bertanggungjawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi. Demikian pernyataan ini saya buat secara sadar dan sebenar- benarnya, tanpa ada tekanan dan pengaruh maupun paksaan dari pihak lain serta bersedia mendapat sanksi akademik jika di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 30 Juli 2018

Yang menyatakan,

(Rizky Akbarul Kurnia)

NIM 142110101110

SKRIPSI

**KAJIAN SISTEM PENGAJUAN KLAIM PASIEN BADAN
PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)
KESEHATAN DI RSD BALUNG
KABUPATEN JEMBER
TAHUN 2017**

Oleh

Rizky Akbarul Kurnia

NIM. 14211010110

Pembimbing

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

Dosen Pembimbing Anggota : Sri Utami, S.KM., M.M

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di RSD Balung Kabupaten Jember Tahun 2017” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat pada:

Hari : Senin

Tanggal : 30 Juli 2018

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

1. DPU:
Eri Witcahyo S.KM., M.Kes.
NIP. 198207232010121003

2. DPA:
Sri Utami S.KM., M.M.
NIK. 140075674

Tanda Tangan

(.....)

(.....)

Penguji

1. Ketua:
dr. Pudjo Wahjudi, M.S
NIP. 195403141980121001

2. Sekretaris:
Yeniike T. H, S.KM., M.Kes
NIP. 197810162009122001

3. Anggota:
drg. Nur Cahyohadi, MARS
NIP. 196409121992031007

(.....)

(.....)

(.....)

Mengesahkan

Dekan FKM UNEJ,

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

NIP. 198005162003122002

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi yang berjudul “*Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di RSD Balung Kabupaten Jember Tahun 2017*” sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini saya sampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi – tingginya kepada Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes dan Sri Utami, S.KM., M.M selaku dosen pembimbing yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini. Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. Tim penguji dr. Pudjo Wahyudi, M.Kes, Yennike T.H., S.KM., M.Kes, dan drg. Nur Cahyohadi, M.Kes.
4. Dosen pembimbing akademik yaitu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes yang telah membimbing penulis sejak menjadi mahasiswa di FKM UNEJ
5. Seluruh dosen FKM UNEJ yang telah memberikan ilmu bermanfaat sebagai bekal di masa depan.
6. Seluruh pihak RSD Balung yang telah membantu menulis dalam mendapatkan informasi terkait penelitian ini.
7. BEM FKM UNEJ 2014 yaitu Hasi, Amel, Fatim, Mya, Tukin, Dhany, Nia, Vina, Salsa, Zilfa, Shilvy, Nopel, Aldy, Andari, Windy, Mahfudzo, Maulidia yang telah memberikan pelajaran tentang solidaritas, integritas, prestasi dan kerjasama.

8. Teman- teman angkatan 2014 yang telah belajar bersama di bangku kuliah selama 4 tahun.
9. Seluruh civitas akademika dan seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu penulis.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini, oleh sebab itu penulis mengharap kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya, penulis sampaikan terima kasih.

Jember, 30 Juli 2018

Penulis

RINGKASAN

Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSD Balung Kabupaten Jember Tahun 2017; Rizky Akbarul Kurnia; 142110101110; 2018; 97 Halaman; Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting yang harus diperoleh oleh setiap warga negara. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 setiap penduduk Indonesia harus mempunyai jaminan sosial yang salah satunya termasuk JKN. BPJS Kesehatan menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan. Hubungan kerjasama antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan tidak selalu berjalan dengan baik. BPJS Kesehatan terus melakukan upaya perbaikan proses klaim. Keterlambatan pengajuan klaim akan menghambat biaya operasional. Jumlah kunjungan pasien BPJS Kesehatan di RSD Balung meningkat setiap tahunnya. Akan tetapi RSD Balung mengalami ketidaktepatan waktu klaim BPJS Kesehatan kepada RSD Balung Kabupaten Jember. Berdasarkan permasalahan yang diuraikan maka tujuan dalam penelitian ini adalah mengkaji sistem pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember 2017.

Jenis penelitian ini adalah penelitian studi kasus. Penelitian dilakukan di RSD Balung pada bulan Januari- Juli 2018. Informan peneliti ini meliputi informan kunci yaitu direktur dan ketua tim penjamin klaim, informan utama yaitu terdiri dari 2 orang *coder*, 1 petugas *costing*, dan 3 orang pengumpul berkas, informan tambahan yaitu ketua tim verifikator. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara, triangulasi dan dokumentasi. Teknik penyajian dalam penelitian ini adalah bentuk uraian kata-kata sesuai dengan bahasa dan pandangan informan. Teknik analisis menggunakan reduksi data, penyajian data dan kesimpulan.

Gambaran *input* pada sistem pengajuan klaim pasien kepada BPJS Kesehatan di RSD Balung Kabupaten Jember Tahun 2017 dapat diketahui bahwa

SDM telah mempunyai pengetahuan yang cukup baik. Ketersediaan SDM masing-masing dari mereka merangkap jabatan dengan metode kerja petugas tim penjamin sesuai dengan yang tercantum dalam SK Direktur no 445/69/SK/35.09.611/I/2018. Kemudian, dalam hal kelengkapan berkas sudah optimal karena selalu dilakukan pengecekan ulang oleh pengumpul berkas. Selanjutnya, *machine* yang merupakan sarana dan prasarana masih memerlukan perhatian khusus untuk segera dipenuhi. Kemudian untuk *time bound* yang merupakan target dalam pelaksanaan klaim BPJS menyesuaikan SPO pengiriman berkas kepada BPJS Kesehatan dilakukan saat tanggal 5 bulan selanjutnya.

Gambaran *proses* pada sistem pengajuan klaim pasien kepada BPJS Kesehatan di RSD Balung Kabupaten Jember Tahun 2017 dapat diketahui bahwa perencanaan proses pengajuan klaim tim penjamin belum mempunyai rencana strategis untuk dapat rencana strategis dalam meningkatkan kualitas efektivitas dan efisiensi waktu dalam pengiriman berkas. Akan tetapi dalam pembagian kerja telah dibagi sesuai dengan SK Direktur Nomor 445/69/SK/35.09.611/I/2018. Motivasi yang dimiliki setiap petugas di tim *casemix* untuk dapat memperbaiki kualitas pelayanan di RSD Balung agar terus menjadi yang terbaik dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Selanjutnya, komunikasi antar petugas tim penjamin lebih sering dilakukan saat rapat dalam suasana formal. Dalam *directing* pimpinan lebih sering melimpahkan kepada sekretaris. Sedangkan untuk *leadership* pimpinan telah menciptakan rasa nyaman dalam tim penjamin. Kemudian, *controlling* yang dilakukan oleh pimpinan adalah dalam bentuk evaluasi yang dilakukan rutin. Gambaran *output* dapat diketahui bahwa ketepatan waktu pengajuan klaim masih belum sesuai target begitupun dengan berkas klaim yang diajukan selalu ada yang dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan.

RSD Balung seharusnya dapat membuat jumlah SDM yang proporsional dalam tim penjaminan. Selanjutnya, pimpinan bersama staff dapat membuat perencanaan strategis agar dapat mencapai target sesuai dengan dalam SPO. Selain itu, berita acara yang didapatkan dari BPJS Kesehatan dapat diolah kembali menjadi data sebagai bahan dalam menjaga stabilitas keuangan RSD Balung.

SUMMARY

Study of Social Insurance Administration Organization (BPJS Kesehatan's) Patient Claim Submission System in Balung General Hospital Jember 2017; Rizky Akbarul Kurnia; 142110101110; 2018; 97 Pages; Health Policy and Administration Departement, Public Health Faculty, University of Jember

Health is the important thing which must be obtained by every citizen. Based on Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004, every Indonesian resident must have social security which one of them is National Health Insurance (JKN). BPJS Kesehatan's cooperate with health facilities. The cooperation between hospitals and BPJS Kesehatan's not always goes well. BPJS Kesehatan's always make improvement claim proses. The delay of claim submission will obstruct operational costs. The number of BPJS patients visits in Balung General Hospital is continues to increase in every year. However Balung General Hospital experiencing inaccuracy in time on BPJS Kesehatan's claim to Balung General Hospital. From the problem that be explained, so the purpose of this research is to reviewing the claim submission system of BPJS Kesehatan's patient in Balung General Hospital Jember 2017.

The kind of this study is descriptive. The study has been done in Balung General Hospital on March- July 2018. The informant of study are key informant consisting of the director and the head Claiming Team, general informant consisting of 2 coders, 1 officer costing, and a file collectors, additional informant consisting of the head of Verifivator Team. The techniques that used on data collection are observation, interview, triangulation, and documentation. The presentation techniques in this research is in form of words description that suitable with informants' language and viewpoint. The analysis techniques that used in the field are data reduction, presentation of data, and conclusion.

The input overview in the claim submission system towards BPJS Kesehatan's in Balung General Hospital Jember Tahun 2017 can be known that the human resources have a quite good knowledge. The availability of human

resources, each one of them are concurrent position with working methods of the guarantor team in accordance with those stated in SK Direktur no 445/69/SK/35.09.611/I/2018. Afterwards, in terms of file completeness is already optimal because it is always being re-checking by file collector. Furthermore, machine which is a means and infrastructure still require special attention to be fulfilled. Afterwards, for time bond which is the tagret in the implementation of claims BPJS adjust to SPO delivery file to BPJS Kesehatan done on the 5th of the next month.

The process overview in the claim submission system towards BPJS Kesehatan's in Balung General Hospital Jember 2017 can be known that the planning process of claims submission of the guarantor team has not had a strategic plan to be able to strategic plan in improving the quality of effectiveness and time efficiency in the delivery of the file. However, in the division of work has been divided according to SK Direktur Balung General Hospital Nomor 445/69/SK/35.09.611/I/2018. Motivation that owned by every officer in casemix team to be able to improvement service quality in Balung General Hospital to continue to be the best in providing service to the community. Afterwards, communication between the officer of the guarantor team is more common during meetings in formal situations. In directing (giving direction) leaders more often delegate to the secretary. As for leadership, leaders have created a sense of comfort in the team of the guarantor. Then, controlling done by the leader is in the form of regular evaluation. Output overview can be known that the timeliness of claim submission is not on target, as well as claim files that submitted, there are files that returned by BPJS Kesehatan.

Balung General Hospital should be able make the proportional number of human resources in guarantor team. Furthermore, leader with the staff can make strategic planning so they can reach the target in accordance with the SPO. Moreover, news of the event that obtained from BPJS Kesehatan's can be reprocessed into data as an object to make strategic planning in maintaining financial stability of Balung General Hospital.

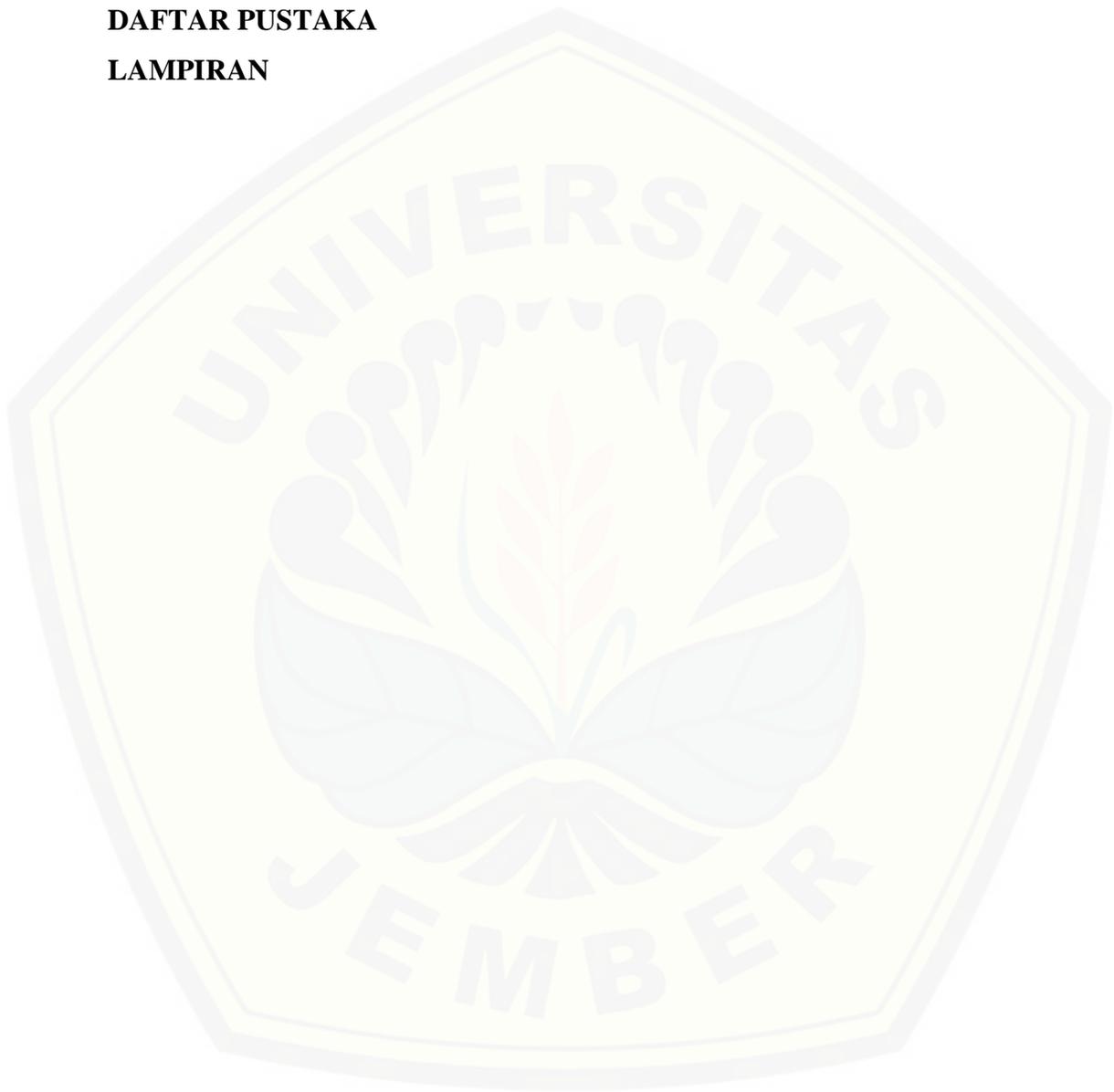
DAFTAR ISI

	Halaman
PERSEMBAHAN.....	ii
MOTTO	iii
PERNYATAAN.....	iv
PEMBIMBING SKRIPSI.....	v
PENGESAHAN	vi
PRAKATA	vii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
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 Bagi Peneliti	6
1.4.2 Bagi Rumah Sakit	6
1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Jaminan Kesehatan Nasional.....	7
2.1.1 Pengertian.....	7
2.1.2 Prinsip – Prinsip	7

2.1.3	Pembiayaan	9
2.1.4	Cara Pembayaran Fasilitas kesehatan	10
2.1.5	Pelayanan	10
2.2	BPJS Kesehatan.....	11
2.3	Klaim Pelayanan BPJS	12
2.3.1	Ketentuan Dan Syarat Klaim Faskes Tingkat lanjutan	13
2.4	Sistem INA-CBGs	15
2.4.1	Struktur Kode INA CBG's	16
2.5	Rumah Sakit	18
2.5.1	Pengertian Rumah Sakit.....	18
2.5.2	Rumah Sakit Sebagai FKRTL.....	18
2.5.3	Pelayanan Rawat Jalan	19
2.5.4	Pelayanan Rawat Inap	21
2.5.5	Sumber-Sumber Pendapatan Rumah Sakit	22
2.5.6	Metode Pembayaran Jasa Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit ...	22
2.6	Pendekatan Sistem dalam Pelayanan Kesehatan.....	23
2.6.1	Definisi	23
2.6.2	Ciri-ciri Sistem	24
2.6.3	Unsur-unsur Sistem.....	24
2.7	Kerangka Teori	33
2.8	Kerangka Konsep	34
BAB 3. METODE PENELITIAN.....		36
3.1	Jenis Penelitian	36
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	36
3.2.1	Tempat Penelitian.....	36
3.2.2	Waktu Penelitian	36
3.3	Penentuan Informan Penelitian	36

3.4	Fokus Penelitian	37
3.5	Data dan Sumber Data Penelitian.....	40
3.6	Teknik dan Instrumen Penumpulan Data	41
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data.....	41
3.6.2	Instrumen pengumpulan data	43
3.7	Teknik Penyajian Data dan Analisis Data	44
3.7.1	Teknik penyajian data	44
3.7.2	Teknik analisis data.....	44
3.8	Alur Penelitian.....	46
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....		47
4.1	Gambaran Lokasi Penelitian	47
4.1.1	Profil Rumah Sakit.....	47
4.1.2	Aspek legal.....	47
4.1.3	Lokasi Rumah Sakit	48
4.1.4	Gambaran Produk Dan Jasa	48
4.2	Karakteristik Informan	49
4.3	<i>Input</i> (Masukan)	50
4.3.1	<i>Man</i> (Manusia).....	50
4.3.2	<i>Method</i> (Metode/CaraKerja)	55
4.3.3	<i>Material</i> (berkas).....	59
4.3.4	<i>Machine</i> (Sarana prasarana).....	60
4.3.5	<i>Time bone</i> (Target Pencapaian Hasil)	62
4.4	<i>Process</i> (Proses)	67
4.4.1	<i>Planning</i> (Perencanaan)	67
4.4.2	<i>Organizing</i> (Pengorganisasian).....	68
4.4.3	<i>Actuating</i> (Pelaksanaan).....	70
4.4.4	<i>Controlling</i> (Pengawasan).....	77

4.5	<i>Output</i> (Luaran).....	81
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....		86
5.1	Kesimpulan.....	87
5.2	Saran.....	87
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

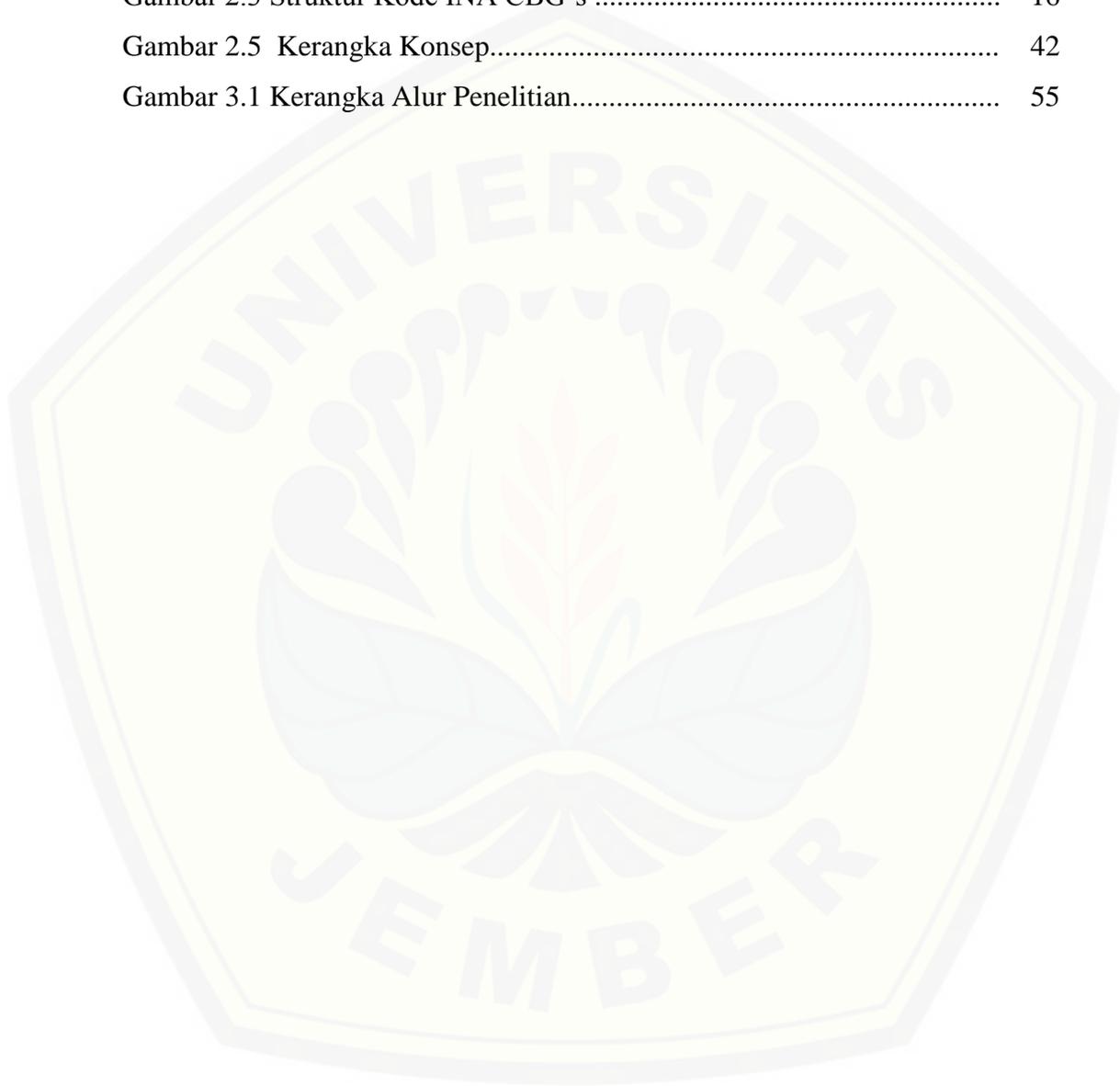


DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif.....	16
Tabel 3.1	Fokus Penelitian Dan Cara Pengumpulan Data.....	46
Tabel 4.1	Karakteristik Informan Wawancara Mendalam (<i>Indepht Interview</i>).....	59
Tabel 4.2	Waktu Pengajuan Klaim RSD Balung Kabupaten Jember 2017.....	94
Tabel 4.3	Jumlah Berkas Klaim Yang Diajukan Dan Jumlah Berkas Klaim Yang Ditolak Pada Layanan Rawat Jalan Dan Rawat Inap Di RSD Balung Pada Tahun 2017.....	95

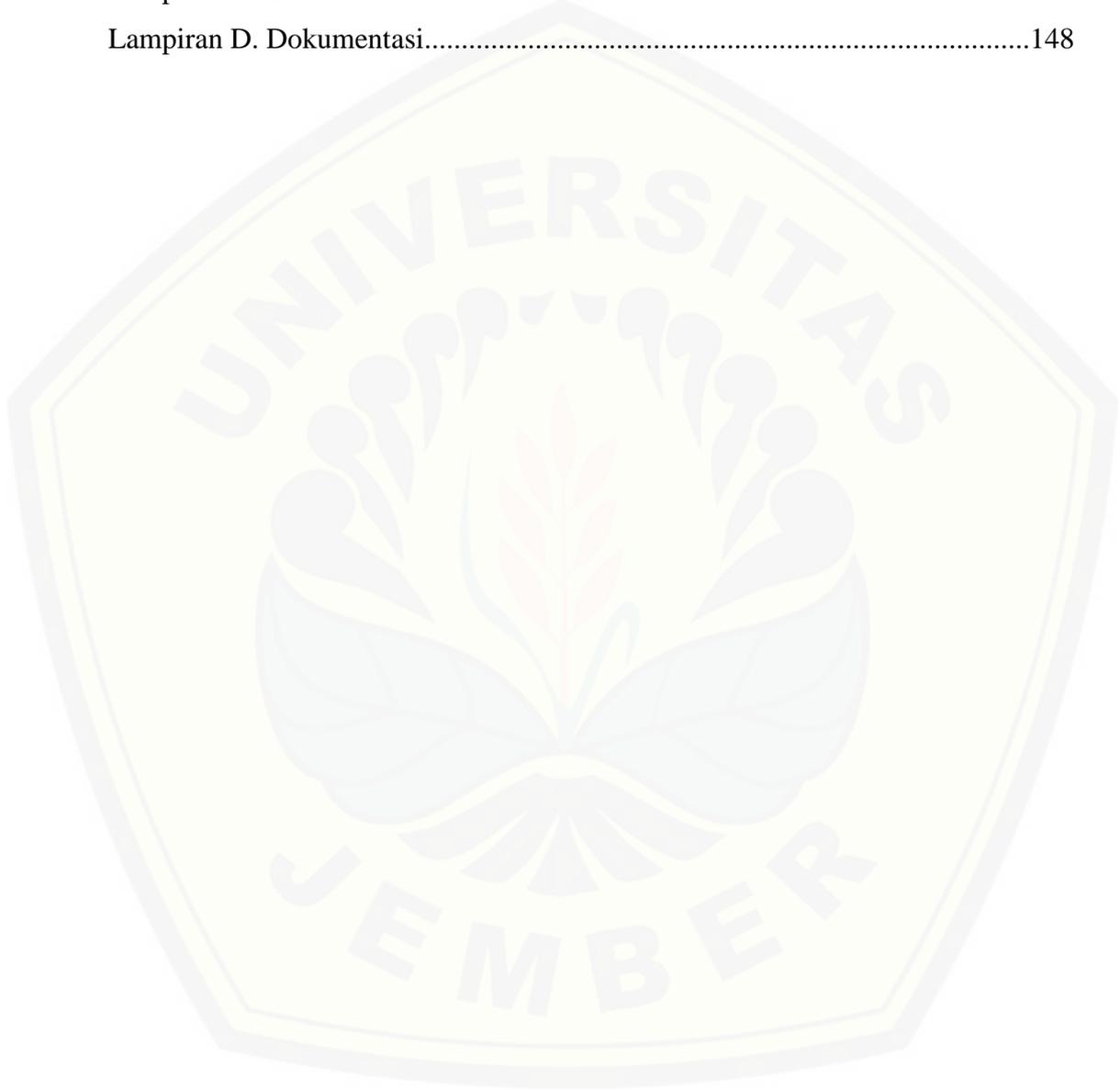
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Alur Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS Kesehatan.....	11
Gambar 2.2 Alur Proses pengajuan Klaim.....	13
Gambar 2.3 Struktur Kode INA CBG's	16
Gambar 2.5 Kerangka Konsep.....	42
Gambar 3.1 Kerangka Alur Penelitian.....	55



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	141
Lampiran B. Pedoman Wawancara.....	142
Lampiran C. <i>Checklist</i> Data Sekunder.....	146
Lampiran D. Dokumentasi.....	148



DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
SJSN	= Sistem Jaminan Sosial Nasional
VEDIKA	= Verifikasi Digital Klaim
OPB	= Otomasi Proses Bisnis
RSD	= Rumah Sakit Daerah
KIS	= Kartu Indonesia Sehat
NKRI	= Negara Kesatuan Republik Indonesia
INA-CBG's	= <i>Indonesia Case Base Groups</i>
PT Askes	= Perseroan Terbatas Asuransi Kesehatan
ICD	= <i>International Classification Of Diseases</i>
PPK	= Fasilitas Kesehatan
SEP	= Surat Eligibilitas Pasien
DPJP	= Dokter Penanggung Jawab Pasien
CMG	= <i>Casemix Main Groups</i>
FKRTL	= Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
SPO	= Standart Prosedur Operasional
BLUD	= Badan Layanan Umum Daerah
APBN	= Anggaran Pendapatan Belanja Nasional
APBD	= Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
RKO	= Rencana Kerja Operasional
JAMKESDA	= Jaminan Kesehatan Daerah
SK	= Surat Keputusan

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting agar manusia dapat bertahan hidup dan melakukan aktivitas yang harus diperoleh oleh setiap warga negara sesuai dengan apa yang menjadi tujuan dalam meningkatkan keadaan kesehatan masyarakat. Pentingnya kesehatan ini mendorong pemerintah untuk melakukan pembangunan kesehatan dengan mendirikan layanan kesehatan agar masyarakat dapat mengakses kebutuhan kesehatan. Salah satu bagian dari Pembangunan Nasional adalah pembangunan kesehatan yang berperan dalam menciptakan bangsa yang maju, mandiri, dan sejahtera secara lahir maupun batin (Depkes RI, 2008).

Setiap orang berhak untuk memperoleh kesehatan yang layak tanpa melihat suku, golongan, agama dan status sosial ekonomi. Hal tersebut menjadi salah satu prinsip dasar pembangunan kesehatan dimana hak sehat merupakan hak dasar setiap orang yang telah tercantum dalam konstitusi dan undang-undang. Pemerintah mempunyai tugas dan tanggung jawab dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Saat ini pemerintah telah menyelenggarakan program jaminan sosial yang bertujuan untuk menjamin hak kesehatan orang miskin atau kurang mampu (Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bahwa setiap penduduk Indonesia harus mempunyai jaminan sosial yang salah satunya termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dalam hal ini, pemerintah telah menyiapkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai lembaga untuk mengimplementasikan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) telah dinaungi oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011.

BPJS Kesehatan menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan yang dapat menguntungkan bagi para pihak. Kerjasama tersebut dilakukan dengan berbasis kontrak, dimana adanya perjanjian hitam diatas putih antara BPJS

Kesehatan dengan fasilitas kesehatan yang terlibat. Hal-hal yang tercantum dalam perjanjian tersebut merupakan pokok transaksi yang berupa pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan untuk peserta BPJS, hak dan kewajiban masing-masing pihak, tata cara pelaksanaan hak dan kewajiban, periode masa berlaku dan perpanjangannya serta hal-hal yang umum dalam suatu perjanjian.

Dalam implementasinya, BPJS Kesehatan membayar klaim kepada pihak Rumah Sakit. Proses klaim dilakukan oleh pihak Rumah Sakit dengan cara dokumen secara online dan offline, dimana verifikator BPJS Kesehatan akan memverifikasi dokumen yang telah dikirimkan. Apabila dokumen yang dikirimkan sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan maka klaim akan segera diganti, akan tetapi jika terjadi ketidaksesuaian dokumen yang dikirimkan maka BPJS Kesehatan akan mengembalikan dan meminta pihak Rumah Sakit untuk memperbaiki dokumen yang diajukan (Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan, 2014).

Hubungan kerjasama antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan tidak selalu berjalan dengan baik. Beberapa hambatan yang sering dialami adalah pasien BPJS Kesehatan tidak melengkapi persyaratan untuk proses klaim, kesalahan ataupun keterlambatan dokter dalam pengisian rekam medis, keterlambatan penyerahan rekam medis kepada unit klaim BPJS Kesehatan, kesalahan entri kode diagnosa dan tindakan, *software* yang digunakan kurang memadai (Sukmawan *et.al*, 2014). Sedangkan Hidayah *et.al* (2014) mengatakan hambatan yang sering terjadi karena permasalahan keluhan mengenai proses verifikasi yang lama yang mengakibatkan beberapa rumah sakit atau faskes kesulitan dalam mengatur dana operasional dan sering terjadinya ketidaksesuaian antara pengkodean yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan dengan pihak Rumah Sakit sehingga terjadi penundaan pencairan dana.

BPJS Kesehatan terus melakukan upaya perbaikan setiap saatnya, termasuk proses klaim yang dilakukan oleh rumah sakit yang bekerjasama dengannya. Upaya perbaikan yang dilakukan dalam proses klaim adalah Verifikasi Digital Klaim atau dapat disebut VEDIKA. Penerapan VEDIKA mempunyai tujuan untuk mencapai efektivitas, efisiensi dan otomasi proses bisnis

100% pada BPJS Kesehatan. Otomasi Proses Bisnis (OPB) akan memberikan manfaat dalam penyediaan layanan yang efisien, perbaikan masalah pembayaran, dan menurunkan tingkat kesalahan. Hal ini merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kegiatan yang dilakukan secara manual dan meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam sebuah organisasi. Strategi ini diterapkan untuk mengintegrasikan aplikasi dengan menggunakan sistem komputer dan pengembangan Sumber Daya Manusia. OPB telah diterapkan di berbagai negara sebagai bentuk dukungan kelangsungan jaminan sosial, salah satunya untuk proses *claim review* (KPKMAK UGM, 2017).

M. Saiful Hakim *et.al* (2017) mengatakan bahwa dalam pengelolaan pelayanan kesehatan di rumah Sakit sumber pendanaan terbesar berasal dari klaim peserta JKN, baru dari sumber pendapatan lain seperti penerimaan pasien umum (pasien VIP) dan pendapatan lain-lain. Adanya upaya perbaikan dari BPJS Kesehatan mengharuskan rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan sekaligus sebagai entitas yang memiliki tanggung jawab kepada *shareholder* dan *stakeholder* harus jeli dan teliti dalam melihat perubahan-perubahan yang dikarenakan kemajuan teknologi, pengaruh globalisasi, tingkat persaingan yang semakin tinggi dan perilaku pasien yang semakin kritis dalam memilih pelayanan kesehatan. Pada era globalisasi saat ini, Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan sebaik-baiknya kepada masyarakat. Hal tersebut akan menjadi pemicu agar dapat bertahan dalam persaingan untuk mencapai keuntungan kompetitif yang dapat memperkuat posisi persaingan bisnis dalam jangka panjang.

RSD Balung dan RSD Kalisat adalah Rumah Sakit Pemerintah Tipe C di Kabupaten Jember yang sumber pendapatan terbesar berasal dari klaim peserta JKN-KIS. Pada tahun 2017 pendapatan RSD Balung sebesar Rp. 19.651.962.118 dengan rincian sumber pendapatan dari BPJS Kesehatan sebesar 46,2%, dari pasien umum 31,3% dan lain-lain sebesar 22,5% (Laporan Tahunan RSD Balung Kabupaten Jember, 2017). Sedangkan pendapatan RSD Kalisat pada tahun 2017 sebesar Rp. 25.573.159.522 dengan rincian sumber dari BPJS Kesehatan sebesar 63,5 %, dari pasien umum 22,7 % dan lain-lain sebesar 13,8% (Laporan Tahunan RSD Kalisat Kabupaten Jember, 2017). Sumber pendapatan yang bersumber dari

BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Daerah Kalisat lebih besar dibandingkan Rumah Sakit Daerah Balung. Jika dilihat dari realisasi pendapatan RSD Balung yang bersumber dari BPJS Kesehatan sebesar 56,4% sedangkan untuk Rumah Sakit Daerah Kalisat 123,6%. Dari data tersebut sumber pendapatan yang bersumber dari BPJS Kesehatan RSD Balung ketercapaian targetnya jauh lebih rendah dibandingkan pendapatan yang diperoleh RSD Kalisat Kabupaten Jember dengan sumber yang sama. Hal ini membuat RSD Balung Kabupaten Jember harus menaruh perhatian lebih terhadap pengelolaan klaim.

Selain itu RSD Balung dan RSD Kalisat telah menerapkan sistem VEDIKA, akan tetapi RSD Balung masih mengalami keterlambatan pengajuan klaim berbeda dengan RSD Kalisat yang telah berbenah dengan adanya sistem VEDIKA dapat secara tepat dalam melakukan pengajuan klaim yaitu setiap tanggal 10 bulan selanjutnya (Tim Pengendali BPJS Kesehatan RSD Kalisat Kabupaten Jember, 2018). Keterlambatan pengajuan klaim akan menghambat pengembalian Dana klaim dari BPJS Kesehatan yang dipakai untuk biaya operasional dan sedikit banyak berpengaruh kepada pelayanan.

Hasil studi pendahuluan peneliti di RSD Balung Kabupaten Jember Jumlah kunjungan pasien BPJS Kesehatan di RSD Balung terus meningkat setiap tahunnya. Pada tahun 2015 jumlah kunjungan 9.419 pasien, tahun 2016 jumlah kunjungan 10.865 pasien dan jumlah kunjungan tahun 2017 mencapai 14.569 pasien. Selain itu, RSD Balung telah menerapkan sistem VEDIKA akan tetapi masih terjadi ketidaktepatan waktu setelah penerapan sistem tersebut pada Oktober 2017, hal ini dapat dilihat dari bulan pelayanan November 2017 pengajuan klaim dilakukan pada tanggal 22 Desember 2017. Pada bulan pelayanan Desember 2017 juga mengalami ketidaktepatan waktu dalam pengajuannya yaitu baru diajukan pada tanggal 22 Januari 2018. Hal ini menggambarkan adanya ketidaktepatan waktu dalam pengajuan maupun pembayaran klaim BPJS Kesehatan kepada RSD Balung Kabupaten Jember (Berita Acara Klaim BPJS Kesehatan RSD Balung Kabupaten Jember, 2017).

Berdasarkan permasalahan yang telah dijabarkan diatas, serta mengingat besarnya peranan BPJS Kesehatan dalam pendapatan RSD Balung Kabupaten

Jember, maka perlu dilakukan penelitian tentang “Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember Tahun 2017”.

1.2 Rumusan Masalah

Dari beberapa permasalahan yang diuraikan diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana sistem pengajuan klaim pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember 2017”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji sistem pengajuan klaim pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSD Balung Kabupaten Jember Tahun 2017.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan lokasi tempat penelitian pada sistem pengajuan klaim pasien kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSD Balung Kabupaten Jember Tahun 2017.
- b. Menggambarkan karakteristik informan pada sistem pengajuan klaim pasien kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSD Balung Kabupaten Jember Tahun 2017.
- c. Menggambarkan *input* yang terdiri atas *man, method, material, machines*, dan *time bound* pada sistem pengajuan klaim pasien kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSD Balung Kabupaten Jember Tahun 2017.
- d. Menggambarkan *process* yaitu *planning, organizing, actuating, controlling* pada sistem pengajuan klaim pasien kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSD Balung Kabupaten Jember Tahun 2017.

- e. Mengidentifikasi *output* yang terdiri dari ketepatan waktu pengajuan klaim dan jumlah berkas siap klaim dalam pengajuan klaim pasien kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSD Balung Jember Tahun 2017.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Peneliti

Dapat memberikan tambahan pengetahuan sebagai wahana dan khazanah pengetahuan dalam penelitian ilmiah serta memberikan informasi bagi penelitian lain yang ingin mengembangkan hasil penelitian ini terkait dengan data tersebut

1.4.2 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan untuk perbaikan proses pengajuan klaim dan ketepatan dalam pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan. Dapat menjadi acuan untuk RSD Balung Kabupaten Jember dalam menjalani proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan yang bermutu, efektif dan efisien serta pelayanan yang sesuai dengan tarif yang ditetapkan.

1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk melakukan penelitian sejenis dan lebih lanjut dalam bidang yang sama.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Jaminan Kesehatan Nasional

2.1.1 Pengertian

Berdasarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dikembangkan di Indonesia diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial. Jaminan Kesehatan Nasional merupakan salah satu asuransi kesehatan sosial yang merupakan bagian dari SJSN dan bersifat wajib (*mandatory*). Salah satu tujuan dari SJSN adalah penduduk Indonesia berhak mendapatkan dasar kesehatan yang layak yang dilindungi sistem asuransi (Kemenkes RI, 2014).

2.1.2 Prinsip – Prinsip

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mempunyai beberapa prinsip yang dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 dan sebagai acuan pada Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional adalah sebagai berikut:

a. Prinsip kegotongroyongan

Prinsip kegotongroyongan adalah sebuah prinsip dengan mengusung metode kebersamaan dimana peserta yang kurang mampu dapat dibantu peserta yang mampu, peserta yang sakit atau beresiko tinggi dapat dibantu oleh peserta yang sehat. Hal ini dapat terlaksana karena kepersertaan SJSN membayar iuran sesuai dengan gaji, upah dan penghasilan dan bersifat wajib sehingga akan terwujud keadilan bagi seluruh masyarakat Indonesia.

b. Prinsip nirlaba

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah sebuah lembaga yang ditunjuk untuk mengelola dana amanat tanpa mencari keuntungan (*for profit oriented*). Pengumpulan dana oleh BPJS akan dimanfaatkan untuk kepentingan seluruh peserta sehingga dapat memenuhi hak-hak peserta.

c. Prinsip keterbukaan

Prinsip keterbukaan adalah setiap peserta dapat mengakses informasi dengan mudah, lengkap, benar dan jelas.

d. Prinsip kehati-hatian

Prinsip kehati-hatian adalah pengelolaan iuran yang berasal dari peserta secara teliti, cermat dan tertib.

e. Prinsip akuntabilitas

Prinsip akuntabilitas adalah pengelolaan keuangan dalam pelaksanaan program yang dapat dipertanggungjawabkan keakuratannya.

f. Prinsip portabilitas

Prinsip portabilitas adalah setiap peserta akan tetap mendapatkan jaminan walaupun berpindah pekerjaan dan tempat tinggal akan tetapi masih dalam lingkup Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI)

g. Prinsip kepersertaan wajib

Kepersertaan wajib adalah seluruh penduduk Indonesia harus memiliki asuransi kesehatan sosial. Walaupun demikian, kepemilikan tersebut disesuaikan dengan kemampuan setiap orang dan pemerintah. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN) harus mencakup seluruh rakyat Indonesia dan memastikan kelayakan penyelenggaraan dilakukan secara bertahap baik disektor formal dan sektor informal.

h. Prinsip dana amanat

Pengelolaan dana merupakan kumpulan iuran peserta yang dititipkan kepada BPJS. Pengelolaannya harus dikelola sebaik mungkin sebagai upaya mengoptimalkan dana untuk mencapai kesejahteraan masyarakat.

i. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial

Prinsip yang dimaksud adalah keuntungan yang diperoleh pemegang saham untuk digunakan dalam pengembangan program dan pencapaian kepentingan peserta jaminan sosial.

2.1.3 Pembiayaan

a. Iuran

Iuran Jaminan Kesehatan adalah besaran dana yang harus disetorkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (Perpres No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan).

b. Pembayar Iuran

- 1) Iuran dibayar oleh Pemerintah bagi peserta PBI
- 2) Iuran dibayar Pemerintah Daerah bagi peserta PBI yang didaftarkan Pemerintah Daerah
- 3) Iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja bagi peserta Pekerja Penerima Upah
- 4) Iuran dibayar oleh Peserta yang bersangkutan bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja
- 5) Iuran dibayar oleh peserta bagi anggota keluarga peserta
- 6) Sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak maka jumlah iuran Jaminan Kesehatan Nasional diatur dalam Perpres Nomor 111 Tahun 2013 yang secara berkala akan ditinjau ulang

c. Pembayaran Iuran

Sejumlah nominal yang wajib dibayarkan oleh peserta ditetapkan sesuai dengan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI). Iuran yang dipungut dari seorang pekerja oleh setiap pemberi kerja harus dibayarkan kepada BPJS Kesehatan dengan cara memenuhi iuran pekerja (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Ketika tanggal 10 (sepuluh) merupakan hari libur, maka pembayaran iuran pada hari kerja setelahnya. Pemberi kerja mempunyai tanggung jawab membayar denda administratif ketika terjadi keterlambatan pembayaran iuran JKN. Berbeda dengan peserta bukan penerima upah dan bukan pekerja wajib, mereka langsung membayar kepada BPJS Kesehatan tanpa melalui orang ketiga. BPJS Kesehatan melakukan pemberitahuan tentang kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran secara tertulis kepada pemberi kerja dan atau peserta selambat-lambatnya 14 hari kerja ketika iuran diterima (Perpres No. 111 tahun 2013).

2.1.4 Cara Pembayaran Fasilitas kesehatan

Pembayaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan kepada fasilitas kesehatan dibagi menjadi dua yaitu kapitasi dan sistem paket INA CBG's. Pembayaran dengan sistem kapitasi dikhususkan untuk fasilitas kesehatan tingkat peserta sedangkan untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dibayar secara sistem paket INA CBG's. Keadaan geografis Indonesia menjadi salah satu permasalahan yang menyebabkan tidak semua fasilitas kesehatan dapat dibayar dengan sistem kapitasi. Hal tersebut terjadi karena wilayah yang sulit dijangkau, sehingga BPJS Kesehatan mempunyai wewenang untuk melakukan pembayaran dengan cara lain.

Peserta BPJS Kesehatan yang dalam keadaan gawat darurat akan tetap diberikan pelayanan kesehatan yang maksimal walaupun fasilitas kesehatan tersebut tidak bekerjasama dengan BPJS, akan tetapi setelah gawat darurat dapat diatasi dan pasien dalam kondisi yang stabil maka pasien tersebut wajib dirujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan akan tetap melakukan pembayaran kepada fasilitas kesehatan yang telah memberikan pelayanan dalam keadaan gawat darurat sesuai dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut (Kemenkes RI, 2014).

2.1.5 Pelayanan

a. Jenis Pelayanan

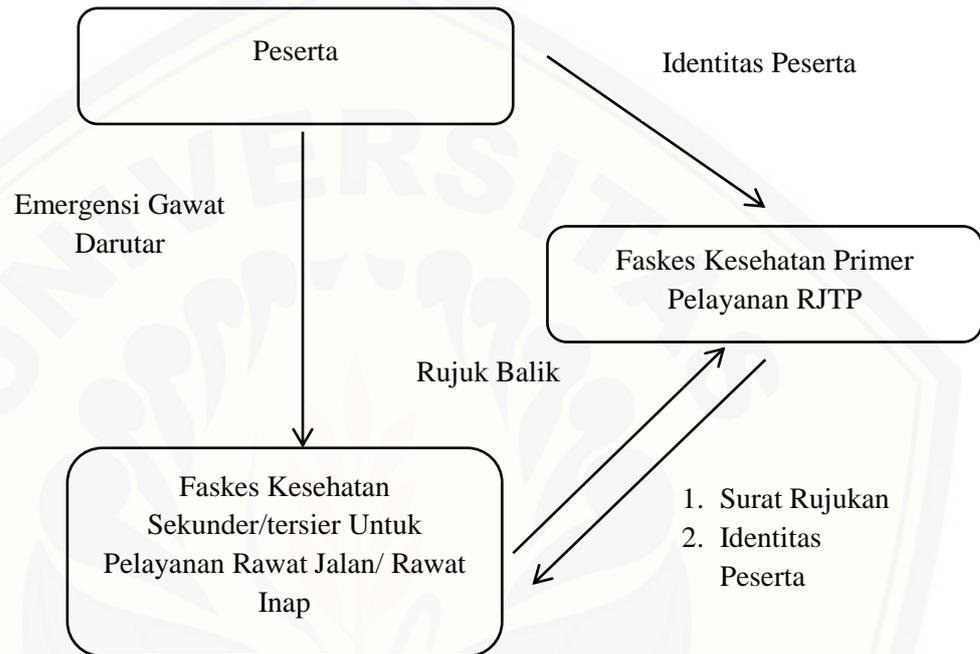
Pelayanan yang diperoleh oleh peserta JKN terdiri dari pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Penggunaan ambulans dapat dimanfaatkan ketika pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan tertentu yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan terdiri dari promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk dalam pemenuhan kebutuhan medis seperti obat-obatan dan bahan medis habis pakai (Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 tahun 2014).

b. Prosedur Pelayanan

Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Bila

Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis. Ada 2 jenis prosedur pelayan di rumah sakit untuk peserta BPJS Kesehatan yaitu

1) Alur Pelayanan Kesehatan



Gambar 2.1 Alur Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS Kesehatan

Sumber : Buku Panduan Layanan Bagi Peserta BPJS Kesehatan 2014

2.2 BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan adalah badan yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan, implementasinya telah dimulai sejak 1 Januari 2014. Dengan telah disahkan Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial maka PT Askes (Persero) dinyatakan bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan. Pihak BPJS Kesehatan bertugas melakukan pengawasan yang serius pada setiap rumah sakit dalam implementasi tarif INA CBG's. Walaupun telah dilakukan revisi seideal mungkin tapi tanpa disertai pengawasan yang serius pada tahapan implementasi bisa jadi tujuan dari INA CBG's tidak tercapai. BPJS Kesehatan juga membentuk tim kendali mutu dan biaya yang memiliki tugas untuk melakukan sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai

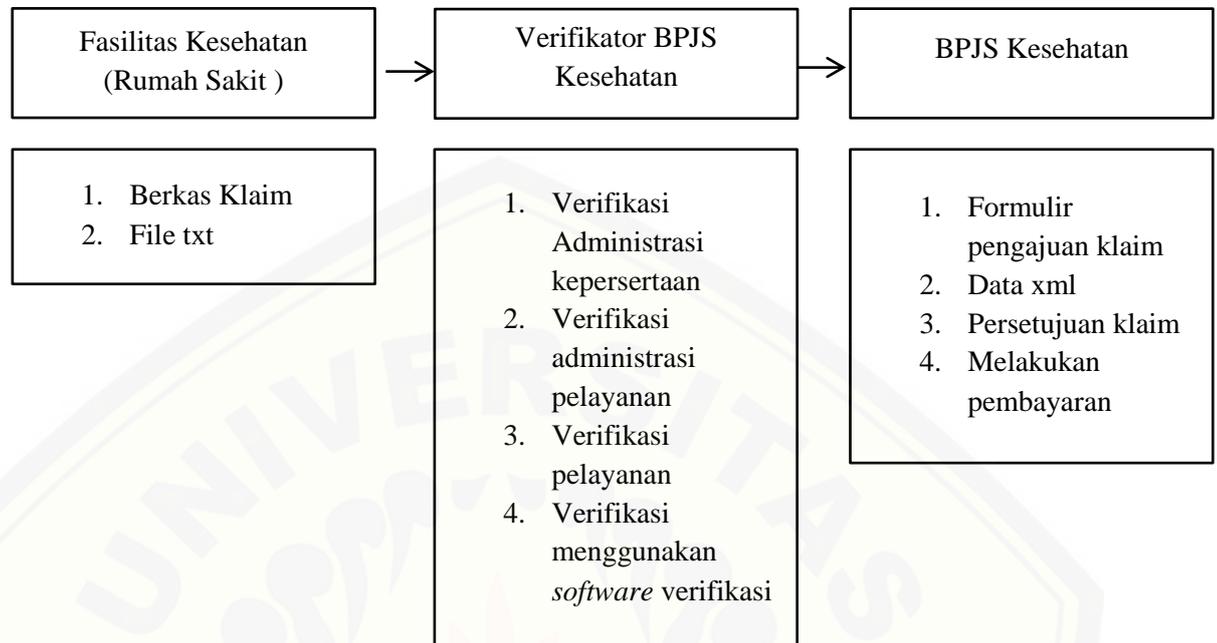
kompetensi dan melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan (Kemenkes, 2013).

Pada setiap rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan terdapat petugas verifikator. Untuk menjalankan tugasnya dalam melakukan verifikasi klaim, 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 CBG's (BPJS Kesehatan, 2014).

2.3 Klaim Pelayanan BPJS

Klaim yang di maksud disini adalah klaim yang berkaitan dengan BPJS Kesehatan. BPJS merupakan badan pelaksana penyelenggara jaminan sosial. Sebelum berubah menjadi BPJS, badan penyelenggara jaminan kesehatan dipegang oleh perusahaan asuransi kesehatan milik pemerintah yang bernama PT Asuransi Kesehatan atau bisa dipanggil PT Askes. Klaim adalah sebuah pernyataan tentang fakta dan kebenaran. Pengklaiman adalah proses penyiapan dokumen yang dibutuhkan, persiapan berkas yang layak yang terdiri dari surat rujukan, lembar pemeriksaan, lembar penunjang diagnosis dan tindakan medis, serta obat-obatan yang digunakan sesuai dengan tarif yang ditentukan sampai dengan pencairan klaim. Proses pengajuan Klaim BPJS Secara umum dibedakan menjadi 3 yaitu :

- a. PPK mengajukan Klaim
- b. Verifikator pusat melakukan verifikasi klaim
- c. Verifikator pusat melakukan pembayaran klaim kepada PPK



Gambar 2.2 Alur Proses pengajuan Klaim

Sumber: Pentunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan , 2014

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

2.3.1 Ketentuan Dan Syarat Klaim Faskes Tingkat lanjutan

Menurut panduan Praktis Administrasi faskes BPJS Kesehatan tahun 2014 ada 2 jenis klaim yang perlu diperhatikan oleh rumah sakit yaitu :

a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

- 1) Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA CBG's tanpa pengenaan iur bayar kepada peserta

- 2) Tarif paket INA CBG's sesuai dengan ketentuan Menteri No. 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat lanjutan dalam penyelenggara program jaminan kesehatan
 - 3) Tarif paket INA CBG's 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
 - 4) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya menggunakan aplikasi INA CBG's Kementrian yang berlaku
 - 5) Klaim diajukan kepada kantor cabang/kantor operasional kabupaten/kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulannya dengan kelegkapan administrasi dan kelengkapan lain sebagai berikut
 - a) Rekapitulasi Eligibilitas Pasien (SEP)
 - b) Resume medis/laporan status pasien/ keterangan diagnosa dari dokter yang merawat bila diperlukan
 - c) Bukti pelayanan Lainnya yaitu
 - (1) Protokol terapi dan regimen (jadwal pembelian obat) pemberian obat khusus
 - (2) Perincian tagihan rumah sakit (manual atau *automatic billing*)
 - (3) Berkas pendukung lainnya yang diperlukan.
- b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan
- 1) Biaya pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan dibayar dengan paket INA CBG's tanpa pengenaan iur bayar kepada peserta
 - 2) Tarif paket INA CBG's sesuai dengan ketentuan Menteri No. 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat lanjutan dalam penyelenggara program jaminan kesehatan
 - 3) Tarif paket INA CBG's sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat, akomodasi dan lain-lain
 - 4) Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi)

INA CBG's Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim)

- 5) Tagihan klaim di fasilitas kesehatan lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani oleh Direktur/Kepala Fasilitas Kesehatan Lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan.
- 6) Klaim diajukan kepada kantor cabang/ kantor operasional kabupaten/kota BPJS Kesehatan secara Objektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lainnya sebagai berikut :
 - a) Rekapitulasi pelayanan
 - b) Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari
 - (1) Surat eligibitas peserta (SEP)
 - (2) Surat perintah rawat Inap
 - (3) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP
 - (4) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan),misal
 - (a) Laporan operasi
 - (b) Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus
 - (c) Perincian tagihan rumah sakit manual atau *automatic billing*
 - (d) Berkas pendukung lain yang diperlukan.

2.4 Sistem INA-CBGs

Sistem INA CBG's merupakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi *output* pelayanan, berbasis pada data *costing* dan *coding* penyakit mengacu *International Classification of Diseases* (ICD) yang disusun WHO dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-*Clinical Modifications* untuk tindakan/prosedur. Tarif INA CBG's mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode *group*/kelompok rawat inap dan 288 kode kelompok rawat jalan. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan *grouper United Nations University* (UNU *Grouper*). UNU *Grouper* adalah *grouper case-mix* yang dikembangkan oleh UNU Malaysia (Kemenkes,2014). Untuk tarif INA-CBG's dikelompokkan dalam 4 jenis RS, yaitu

Keterangan:

- a. Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*), berhubungan dengan sistem organ tubuh yang dilabelkan dengan huruf alphabet (A to Z).
- b. Digit ke-2 merupakan tipe kasus yang dilabelkan dengan numerik (1 to 9).
- c. Digit ke-3 merupakan spesifik CBG (*Case Base Group*) kasus yang dilabelkan dengan numerik(01 to 99).
- d. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*, keparahan kasus dalam INA CBG's terbagi menjadi : "0" untuk rawat jalan, "I - Ringan" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan satu (tanpa komplikasi maupun komorbiditi), "II - Sedang" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan dua (dengan *mild* komplikasi dan komorbiditi), dan "III - Berat" untuk rawat inap dengan tingkat keparahan tiga (dengan *major* komplikasi dan komorbiditi).

Sesuai dengan Permenkes No. 269/ Menkes/Per/III/2008, rekam medis merupakan suatu berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Depkes RI, 2008). Berdasarkan hal tersebut, tujuan dari pengisian rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit (Wijono, 2000). Berikut tugas dan tanggung jawab dari dokter dan *coder* serta verifikator klaim berdasarkan petunjuk teknis sistem INA CBG's:

- a. Tugas dan tanggung jawab dokter adalah menulis semua tindakan atau prosedur yang telah diberikan sesuai ICD 9 CM, seluruh diagnosis primer maupun sekunder sesuai dengan ICD 10, membuat resume medis secara jelas dan lengkap selama perawatan pasien di Rumah Sakit.
- b. Tugas dan tanggung jawab seorang *coder* adalah melakukan pengkodean diagnosis atau tindakan/prosedur yang disahkan oleh dokter yang bertugas menangani pasien sesuai dengan ICD 10 dan ICD 9.CM. Ketika *coder* menemukan hambatan berupa kesulitan dengan aturan pengkodean yang telah ada, maka *coder* wajib untuk melakukan proses klarifikasi kepada dokter yang bersangkutan.

2.5 Rumah Sakit

2.5.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah sebuah institusi yang menyediakan pelayanan kesehatan berupa rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat untuk mencapai kesehatan perorangan dengan sebaik-baiknya (Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009). Sebagai institusi penyelenggara pelayanan kesehatan rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan dengan kualitas mutu yang baik dan adil bagi masyarakat. Hal ini menjadi dorongan kepada seluruh pihak yang menjadi bagian dari rumah sakit baik tenaga medis maupun tenaga non medis agar dapat memberikan pelayanan semaksimal mungkin pada pasien.

2.5.2 Rumah Sakit Sebagai FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan)

Rumah sakit merupakan FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Sebagai FKRTL memberikan pelayanan kesehatan untuk peserta dengan menggunakan tarif INA CBGs. Adapun Jumlah rumah sakit yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan yaitu Sebanyak 1752 rumah sakit baik rumah sakit pemerintah maupun swasta (BPJS Kesehatan,2016).

Pada era JKN saat ini, rumah sakit harus terus berupaya dalam meningkatkan kualitasnya agar terus dapat bersaing dengan rumah sakit lainnya dalam memberikan mutu pelayanan terbaik, hal ini sangat penting dilakukan mengingat tarif INA CBG's yang di berlakukan antara rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta harus menciptakan komunikasi yang baik untuk menentukan pilihan pelayanan yang paling *cost effective* dengan mengedepankan kendali mutu dan kendali biaya. Untuk dapat memberikan pelayanan medik yang bermutu, dokter dan petugas medis lainnya harus berpedoman pada *clinical pathway* atau Standar Prosedur Operasional (SPO), dimana SPO yang di terapkan

di rumah sakit berdasar pada pedoman nasional pelayanan kedokteran yang dibuat oleh organisasi profesi serta disahkan oleh Menteri (Kemenkes RI,2010).

Pelayanan kesehatan dalam program JKN diberikan secara berjenjang, efektif, dan efisien dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya. Dimana peserta BPJS Kesehatan harus mengutamakan pengobatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama terlebih dahulu seperti dokter keluarga atau puskesmas, apabila pasien tidak dapat ditangani di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) barulah pasien tersebut dirujuk untuk melakukan pengobatan di FKRTL dengan membawa surat rujukan terkecuali dalam keadaan darurat pasien boleh langsung mendapatkan pelayanan kesehatan di FKRTL (Kemenkes RI, 2014).

Rumah sakit sebagai *provider* BPJS Kesehatan setelah menangani pasien peserta BPJS Kesehatan dan melakukan *grouping* pada sistem INA CBG's dapat mengajukan klaim ke pihak BPJS Kesehatan. Pengesahan tagihan dilakukan oleh Direktur atau Kepala Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan. Klaim diajukan secara kolektif dan akan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan selambat-lambatnya 15 hari setelah pengajuan klaim (Kemenkes RI, 2014). Agar dapat mengajukan klaim dengan akurat maka mutu rekam medis harus sangat diperhatikan sebab rekam medis merupakan berkas atau dokumen penting yang berisi segala informasi mengenai pasien dimulai dari pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2008). Kelengkapan dan keakuratan dari rekam medis pasien akan sangat mempengaruhi hasil *grouping* yang akan digunakan untuk mengklaim tarif INA CBG's.

2.5.3 Pelayanan Rawat Jalan

Rawat jalan adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang masuk rumah sakit untuk keperluan observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medis dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di ruang rawat inap. Pelayanan

rawat jalan mencakup pengobatan medis praktek swasta perorangan, praktek bersama, klinik-klinik pusat pelayanan medis swasta maupun pemerintah termasuk rumah sakit (Depkes, 1987). Jenis pelayanan rawat jalan di rumah sakit secara umum menurut (Depkes, 1987) adalah

- a. Gawat darurat (*emergency services*) yakni menangani pasien yang butuh pertolongan segera dan mendadak.
- b. Rawat jalan paripurna (*comprehensive hospital, outpatient*) yakni yang memberikan pelayanan kesehatan paripurna sesuai dengan kebutuhan pasien
- c. Rujukan (*referral services*) yakni hanya melayani pasien-pasien rujukan oleh sarana kesehatan lain. Biasanya untuk diagnosis atau terapi, sedangkan perawatan selanjutnya tetap ditangani oleh kesehatan terujuk
- d. Bedah jalan (*ambulatory surgery service*) yakni memberikan pelayanan bedah yang dipulangkan pada hari yang sama.

Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan yang salah satunya mencakup Rawat jalan. Rawat jalan meliputi :

- a. Administrasi pelayanan
- b. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan sub spesialis
- c. Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis
- d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- e. Pelayanan alat kesehatan implant
- f. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
- g. Rehabilitasi medis
- h. Pelayanan darah
- i. Pelayanan kedokteran forensik
- j. Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan

Sedangkan untuk persyaratan kelengkapan berkas pasien rawat jalan yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim JKN yaitu :

- a. Identitas pasien, dapat dilihat pada fotocopy KTP/KK dan kartu/nomor BPJS.
- b. Surat rujukan puskesmas
- c. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

- d. Resume Medis yang tercantum identitas pasien, nomor rekam medis, tanggal pelayanan, diagnosa dan prosedur/tindakan medis yang diberikan kepada pasien serta tanda tangan dokter dan nama jelas dokter.

2.5.4 Pelayanan Rawat Inap

Pengertian rawat inap berdasarkan Kemenkes No. 250 tahun 2003 Pelayanan rawat inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit. Rawat inap juga diartikan sebagai pemeliharaan kesehatan Rumah sakit dimana penderita tinggal/mondok sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari pelaksana pelayanan kesehatan atau rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan lain. Rawat inap merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap. Rawat inap yang meliputi:

- a. Perawatan inap non intensif
- b. Perawatan inap di ruang intensif
- c. Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri

Peserta BPJS Kesehatan dapat menjalani rawat inap di rumah sakit yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan setelah mendapat rujukan dari faskes tingkat pertama, ruang perawatan (rawat inap) disesuaikan dengan kelas kepesertaan yang dipilih, karena ruang rawat inap kelas 1, kelas 2 dan kelas 3 itu berbeda. Persyaratan kelengkapan berkas pasien rawat inap yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim JKN yaitu

- a. Fotocopy kartu BPJS (jika belum jadi diganti dengan persyaratan pasien Askes, Jamsostek, Jamkesmas, Dinas)
- b. Surat Elegibilitas Peserta (SEP)
- c. Form pengendali BPJS Kesehatan

- d. Surat perintah rawat inap
- e. Fotocopy resume medis (untuk rawat inap yang ditanda tangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP))
- f. Fotocopy laporan operasi dan anesthesia (jika ada tindakan operasi)
- g. Resep alat kesehatan (diluar prosedur operasi)
- h. *Billing system* atau perincian tagihan manual rumah sakit
- i. Berkas pendukung lain yang diperlukan meliputi (perincian biaya laborat, rontgen, EKG, obat)
- j. Surat rujukan PPK1, untuk kasus emergency tidak wajib membawa rujukan.

2.5.5 Sumber-Sumber Pendapatan Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai Sumber pendapatan operasional yang berasal dari penerima manfaat fasilitas kesehatan yang diadakan oleh rumah sakit. Fasilitas tersebut dapat berupa pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat dan lain-lain (Bastian, 2008). Akan tetapi pendapatan operasioal rumah sakit yang belum berstatus BLUD harus disetor ke kas daerah. Pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini menerima pemasukan paling banyak dari pasien JKN. Pemasukan dari pasien JKN akan di bayarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan mekanisme pengajuan klaim yang sesuai dengan pasien. Selain itu pendapatan rumah sakit juga berasal dari asuransi-asuransi lain seperti BPJS Ketenagakerjaan, INHEALTH, Jasa Raharja, asuransi swasta lainnya.

2.5.6 Metode Pembayaran Jasa Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Metode pembayaran atas jasa pelayanan kesehatan terdiri dari dua metode yaitu (Bastian, 2008) :

- a. Pembayaran Retropektif, merupakan salah satu metode pembayaran per item dimana pembayaran dilakukan setelah pemberian jasa. Pembayaran tersebut dilakukan dengan cara pasien memberikan sejumlah uang sesuai dengan tagihan penyedia layanan kesehatan (*provider*). Pembayaran langsung dibayarkan oleh pasien yang tidak menggunakan asuransi kesehatan seperti JKN dan asuransi swasta lainnya.

- b. Pembayaran Prospektif, yaitu salah satu metode pembayaran sebelum adanya tindakan dan tidak memperhitungkan pembiayaan yang dikeluarkan oleh provider. Salah satu metode pembayaran prospektif yaitu menggunakan sistem INA CB's dimana para pasien mendapatkan pelayanan terlebih dulu tanpa mengeluarkan retribusi kepada rumah sakit dan nantinya rumah sakit akan mengajukan klaim pasien tersebut kepada pihak penyelenggara dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan. Pembayaran prospektif digunakan oleh pemerintah untuk membiayai layanan kesehatan bagi peserta JKN. Nantinya biaya akan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan selaku penyelenggara JKN kepada rumah sakit setelah rumah sakit melakukan pengajuan klaim.

2.6 Pendekatan Sistem dalam Pelayanan Kesehatan

2.6.1 Definisi

Sistem adalah kumpulan dari gabungan elemen yang saling terhubung dalam suatu proses dan menjadi satu kesatuan sebagai upaya pencapaian tujuan dari sebuah organisasi (Ryans dalam Azwar, 2010:23). Rincian sistem dalam administrasi tersebut secara umum dapat dibedakan atas dua macam yakni :

- a. Sistem sebagai upaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan, yang berarti bahwa:
 1. Masukan berupa bagian dari administrasi yang terdiri dari dana, tenaga, sarana, dan metode atau dikenal pula dengan istilah sumber, tata cara dan kesanggupan.
 2. Proses adalah bagian terpenting dari fungsi administrasi yang terdiri dari perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pelaksanaan (*actuating*) dan penilaian (*evaluation*).
 3. Keluaran berupa kepuasan masyarakat maupun instansi terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang telah diterima. .
- b. Sistem sebagai upaya untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang berarti bahwa:

- 1) Masukan adalah permasalahan kesehatan yang ingin diselesaikan.
- 2) Proses adalah kumpulan dari perangkat administrasi yang berupa tata cara dan kesanggupan serta ketersediaan dana dan sumberdaya
- 3) Keluaran adalah terselesaikannya permasalahan kesehatan yang ada (Azwar, 2010:29)

2.6.2 Ciri-ciri Sistem

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

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

2.6.3 Unsur-unsur Sistem

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

- a. *Input* (masukan)

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

b. *Procces* (proses)

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

c. *Output* (keluaran)

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

d. *Outcome*

Outcome adalah kumpulan akibat atau elemen yang dihasilkan untuk jangka pendek dari berlangsungnya proses dalam sistem.

e. *Feedback* (umpan balik)

Kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus masukan dari sistem tersebut.

f. *Impack* (dampak)

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

g. *Environment* (lingkungan)

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

Rincian tentang kumpulan bagian atau elemen yang ada dalam masukan proses dan keluaran banyak macamnya. Pelayanan kesehatan menghasilkan data *input*, *process*, *output*, dan dampak dari pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. *Input* upaya kesehatan meliputi *man* (manusia), *money* (uang), *material* (bahan), *methode* (metode), *machinery* (sarana) dan *market* (pasar) dan *Time Bone* (target waktu) (Azwar, 2010:13).

1) *Man*, orang atau para pekerja (Athoilah, 2013:77). Kegiatan administrasi hanya mungkin terjadi jika dilakukan oleh dua orang atau lebih (Athoillah, 2013:134). Petugas yang melaksanakan tugas membuat pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Perbedaan dari masing-masing petugas adalah umur, pendidikan, lama kerja, dan pelatihan yang nantinya akan mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan suatu program. Menurut Nasution (2012) umur, pendidikan, lama bekerja, dan pelatihan sangat mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan suatu program, ini terlihat bahwa yang mempunyai pendidikan sesuai dengan pekerjaannya dapat memperlancar suatu kegiatan. Selain itu petugas yang sering mengikuti pelatihan akan berbeda dengan petugas yang jarang mengikuti pelatihan, perbedaan ini terlihat dari keahlian petugas dalam melaksanakan tugasnya dan dalam mempelajari suatu permasalahan.

Menurut yatino (2005) umur dibagi menjadi 2 kategori yaitu kategori <30 tahun dan kategori >30 tahun. Umur yang masih muda diharapkan memiliki kinerja yang bagus dan memiliki semangat untuk bekerja serta berprestasi, diharapkan petugas dapat melaksanakan segala tugas dan tanggung jawab yang pernah dipelajari dibangku pendidikan. Selain umur, pendidikan juga mempengaruhi kinerja seorang petugas, melalui pendidikan yang profesional diharapkan dapat terbentuknya tenaga kerja yang siap latih. Lama kerja atau masa kerja menggambarkan pengalaman seseorang dalam menguasai bidang tugasnya, umurnya petugas dengan pengalaman kerja yang banyak tidak memerlukan banyak bimbingan dibandingkan dengan petugas yang pengalaman kerjanya sedikit.

Pelatihan adalah pendidikan non formal yang bertujuan untuk mengurangi jarak antara kecakapan dan kemampuan seseorang dengan tugas dalam jabatannya serta untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas kerja dalam mencapai sasaran yang telah ditetapkan. Seorang petugas yang mengikuti pelatihan diharapkan dapat meningkatkan keterampilan yang akan menunjang pekerjaannya dan mencapai target pekerjaan yang telah ditetapkan. Unsur-unsur dalam *man* meliputi pengetahuan, umur, masa kerja, pendidikan, ketersediaan sumber daya manusia (SDM), pendukung progam (Yatino, 2005).

a) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari mengingat sesuatu hal termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Mubarak *et al*, 2007). Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terhadap objek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, dengan tersendiri. Pada waktu pengindraan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2012:138),

b) Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek psikis dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis dan mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa (Mubarak, 2007:30).

c) Masa Kerja

Lama kerja dihitung dalam satuan tahun sejak dimulai bekerja/SK pengangkatan (Yatino,2005).

d) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi nilai-nilai baru diperkenalkan (Mubarok, 2007:30)

e) Ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM)

Ketersediaan sumber daya manusia sebagai pelaksana program dan penanggungjawab program dalam program tertentu (Yatino,2005).

- 2) *Money*, uang atau modal pembiayaan (Athoillah, 2013:77). *Money* atau dana yang didapat digali dari swadaya masyarakat dan disubsidi oleh pemerintah (Muninjaya dalam Susatyo, 2013:47). Dana dari suatu program biasanya didapat dari dana APBN, APBD, maupun swadaya masyarakat.
 - 3) *Material*, bahan-bahan yang dipergunakan untuk mencapai tujuan (Athoillah, 2013:77).
 - 4) *Machine*, alat-alat yang dibutuhkan untuk mempercepat proses dan mencapai tujuan (Athoillah, 2013:77). Untuk melakukan kegiatan yang cepat dan tidak menggunakan tenaga manusia dibutuhkan mesin untuk suatu kegiatan untuk mencapai tujuan (Alamsyah, 2011:7).
 - 5) *Method* adalah bagian-bagian atau elemen-elemen yang terhimpun dalam sistem tersebut membentuk suatu metode yang dapat dipakai sebagai alat dalam melakukan pekerjaan administrasi (Azwar, 2010:24).
 - 6) *Market* adalah tuntutan pasar yang semakin tinggi dan luas (Athoillah, 2013:77). Kepada siapa keluaran yang dihasilkan, yakni upaya kesehatan tersebut, ditujukan. Untuk administrasi kesehatan sasaran yang dimaksudkan disini dibedakan atas empat macam yakni perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dapat bersifat sasaran langsung (*direct target group*), ataupun bersifat sasaran tidak langsung (*inderect target group*) (Azwar, 2010:15).
 - 7) *Time bound* (target) merupakan kegiatan atau program tersebut dapat dipastikan kapan dapat diwujudkan hasilnya (Hartono, 2010:116).
- b. *Procces* (proses) adalah semua kegiatan atau aktivitas dari seluruh karyawan dan tenaga profesi dalam interaksinya dalam mengerjakan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah sakit atau instansi tertentu. George R. Terry dalam Athoillah (2013:16) mengatakan bahwa manajemen merupakan suatu proses khas yang terdiri atas tindakan-tindakan perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pergerakan (*actuanting*), dan pengendalian (*controlling*) untuk menentukan serta mencapai tujuan melalui pemanfaatan

sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Fungsi manajemen menurut Terry dikenal dengan POAC. Fungsi-fungsi manajemen dapat diuraikan sebagai berikut :

1. *Planning* (perencanaan)

Planning berasal dari kata *plan* artinya rencana, rancangan, maksud dan niat. *Planning* berarti perencanaan. Perencanaan adalah proses kegiatan, sedangkan rencana merupakan hasil dari perencanaan. Perencanaan adalah kegiatan yang berkaitan dengan usaha merumuskan program yang didalamnya memuat segala sesuatu yang akan dilaksanakan, penentuan tujuan, kebijaksanaan, arah yang akan ditempuh, prosedur dan metode yang diikuti dalam usaha pencapaian tujuan (Athoillah, 2013:98). Perencanaan kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok, dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan tersebut (Muninjaya, 2004:54). Tujuan adalah target yang akan dicapai bersifat stationer dari pelaksanaan kegiatan. Pelaksanaan rencana tertuju pada sasaran yang jelas atau tidak menyimpang dari tujuan yang telah ditetapkan (Athoillah, 2013:101).

Langkah awal untuk menyusun perencanaan dapat dimulai dengan sebuah gagasan atau cita-cita yang terfokus pada situasi tertentu. Perencanaan kesehatan dapat disusun dalam skala besar atau kecil tergantung besar kecilnya wilayah dan tanggung jawab organisasi. Sebagai suatu proses, perencanaan kesehatan mempunyai beberapa langkah yang perlu dilakukan pada penyusunan perencanaan, yaitu :

a) Analisis Situasi

Analisis situasi adalah langkah pertama proses penyusunan perencanaan. Langkah ini dilakukan dengan analisis data laporan yang dimiliki oleh organisasi (data primer) atau mengkaji laporan lembaga lain (data sekunder) yang datanya dibutuhkan, observasi dan wawancara.

b) Mengidentifikasi masalah dan prioritasnya

Melalui analisis situasi akan dihasilkan berbagai macam data. Data akan dianalisis serta akan menentukan prioritas masalah dalam hal pengajuan klaim di Rumah Sakit. Hal ini akan menghasilkan informasi yang digunakan dalam membuat sebuah kebijakan di rumah sakit.

c) Menentukan tujuan program

Setelah prioritas masalah kesehatan ditetapkan, manajer program menetapkan tujuan program. Semakin jelas rumusan masalah manajemen dengan menggunakan kriteria diatas akan semakin mudah dalam menyusun tujuan program.

d) Mengkaji hambatan dan kelemahan program

Langkah keempat proses penyusunan rencana adalah mengkaji kembali hambatan dan kelemahan program yang pernah terlaksana. Tujuannya adalah untuk mencegah atau mewaspadaai timbulnya hambatan serupa. Selain mengkaji hambatan yang pernah dialami, juga dibalas prediksi kendala dan hambatan yang mungkin akan terjadi dilapangan pada saat program dilaksanakan.

e) Menyusun rencana kerja operasional

Hambatan (kelemahan) yang bersumber dari dalam organisasi harus dikaji dahulu sebelum rencana kerja operasional (RKO) disusun. Jika tidak, program yang akan dilaksanakan akan terhambat oleh faktor internal organisasi. Faktor lingkungan di luar organisasi seperti peran serta masyarakat dan kerja sama lintas sektoral juga penting dikaji sebagai bagian dari strategi pengembangan program dilapangan (Muninjaya, 2004:56-71).

2. *Organizing* (pengorganisasian)

Mengorganisasikan (*organizing*) adalah suatu proses menghubungkan orang-orang yang terlibat dalam organisasi tertentu dan menyatupadukan tugas serta fungsinya dalam organisasi. Dalam proses pengorganisasian dilakukan pembagian tugas, wewenang, dan tanggung jawab secara terperinci berdasarkan bagian dan bidangnya masing-masing sehingga terintegrasikan

hubungan-hubungan kerja yang sinergis, komperatif yang harmonis, dan seirama dalam mencapai tujuan yang telah disepakati bersama. (Athoillah, 2013:110). Pengorganisasian adalah salah satu fungsi manajemen yang juga mempunyai peranan penting seperti halnya fungsi perencanaan. Melalui fungsi pengorganisasian, seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi (manusia dan yang bukan manusia) akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan (Muninjaya, 2004:74). Dengan pengertian tersebut, dapat dipahami bahwa organisasi merupakan sistem yang terpadu, yang didalamnya terdapat subsistem dan komponen-komponen yang saling berhubungan (Athoillah, 2013:171). Dalam pengorganisasian dilakukan Pengelompokkan dan pembagian kerja menjadi struktur organisasi yang teratur (Atholillah, 2013:111)

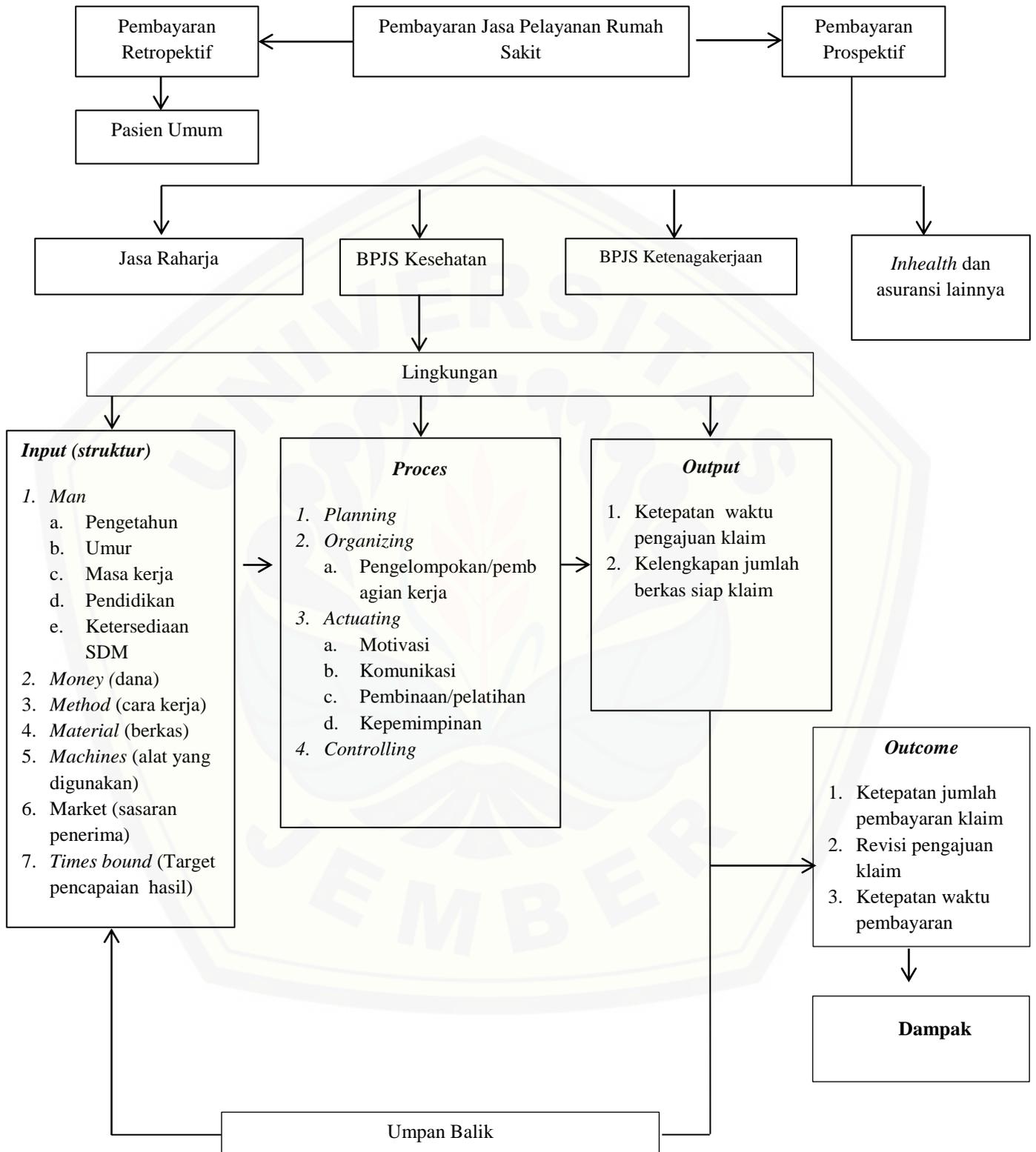
3. *Actuating* (Pergerakan)

Actuating adalah kegiatan yang menggerakkan dan mengusahakan agar para pekerja melakukan tugas dan kewajibannya. Para pekerja sesuai dengan keahlian melakukan tugas dan kewajibannya. Para pekerja sesuai dengan keahlian dan proporsinya segera melaksanakan rencana dalam aktivitas yang kongkret yang diarahkan kepada tujuan yang telah ditetapkan, dengan selalu mengadakan komunikasi, hubungan kemanusiaan yang baik, kepemimpinan yang efektif memberikan motivasi, membuat perintah dan intruksi, serta mengadakan supervisi, dengan meningkatkan sikap dan moral setiap anggota kelompok, dengan demikian dalam *actuating* juga terdapat hal-hal sebagai berikut :

- a) Pemberian motivasi para pekerja untuk segera bekerja sesuai dengan tugas dan tanggung jawab masing-masing
 - b) Kepemimpinan yang diterapkan
 - c) Pengomunikasikan seluruh arah pekerjaan dengan semua unit kerja
 - d) Pembinaan para pekerja
 - e) Motivasi (Athoillah, 2013:116)
- ### 4. *Controlling* (Pengawasan)

Controlling yakni meneliti dan mengawasi agar semua tugas dilakukan dengan baik dan sesuai dengan peraturan yang ada atau sesuai dengan deskripsi kerja masing-masing personal. Pengendalian dapat dilakukan secara vertikal maupun horisontal, yaitu atasan dapat melakukan pengontrolan kepada bawahannya, begitu pula dengan bawahan dapat melakukan upaya kritik kepada atasannya (Athoillah, 2013:114). Fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling*) merupakan fungsi yang terakhir dari proses manajemen. Fungsi ini mempunyai kaitan erat dengan ketiga fungsi manajemen lainnya, terutama dengan fungsi perencanaan. Melalui fungsi pengawasan dan pengendalian, standart keberhasilan program yang dituangkan dalam bentuk target, prosedur kerja dan sebagainya harus selalu dibandingkan dengan hasil yang telah dicapai atau yang mampu dikerjakan oleh staf. Jika ada kesenjangan atau penyimpangan yang terjadi harus segera diatasi. Penyimpangan harus bisa dideteksi secara dini, dicegah, dikendalikan atau dikurangi oleh pimpinan. Fungsi pengawasan dan pengendalian bertujuan agar penggunaan sumber daya dapat lebih diefisienkan, dan tugas-tugas staf untuk mencapai tujuan program dapat lebih diefektifkan (Muninjaya,2004:90). Pengawasan melekat menitikberatkan kesadaran dan keikhlasan dalam bekerja. Pengawasan adalah suatu kegiatan manajer yang mengusahakan agar pekerjaan-pekerjaan terlaksana sesuai dengan rencana yang ditetapkan, dan mencapai hasil yang dikehendaki (Athoillah, 2013:114).

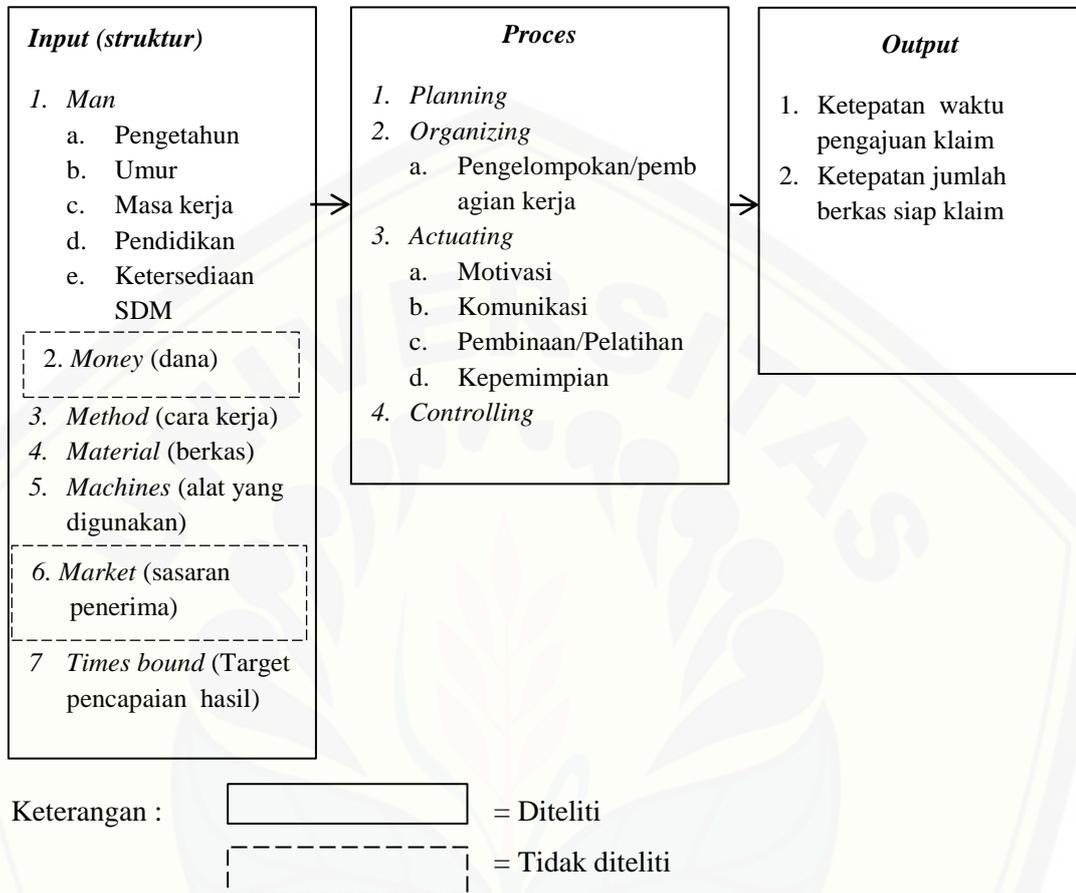
2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.4 Kerangka Teori

Kerangka teori diatas adalah modifikasi dari pembayaran jasa pelayanan rumah sakit oleh (Bastian, 2008) dan pendekatan sistem oleh (Azwar, 2010) serta fungsi manajemen oleh George R Terry (dalam Athoillah, 2013)

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2.5 Kerangka Konsep

Berdasarkan pendekatan sistem yang terdiri dari masukan (*input*), proses, (*procces*), keluaran (*output*) dan dampak, manajemen pengajuan klaim BPJS Kesehatan dipengaruhi oleh komponen masukan (*input*) terdiri dari petugas (*man*), dana (*money*) tidak diteliti, cara kerja (*method*), berkas (*material*), alat yang digunakan (*machines*), sasaran penerima (*market*) tidak diteliti dan target waktu pencapaian (*time bound*). Unsur petugas (*man*) terdiri dari pengetahuan, umur, masa kerja, pendidikan, dan ketersediaan sumber daya manusia (SDM). Unsur dana (*money*) tidak diteliti karena sudah jelas sumber dana pengajuan klaim berasal dari BPJS Kesehatan. Begitu juga dengan sasaran (*market*) tidak diteliti karena sasaran pengajuan klaim sudah jelas yaitu kepada BPJS Kesehatan. Dalam

hal *method* berupa cara kerja dan material berupa bahan-bahan yaitu berkas klaim, *machine* berupa alat-alat yang digunakan atau sarana prasarana dalam sistem pengajuan klaim. Dan komponen proses (*procces*) yang terdiri dari perencanaan (*planning*). Pengorganisasian (*organizing*) meliputi pengelompokan atau pembagian kerja. Penggerak dan pelaksana (*actuating*) meliputi motivasi, komunikasi, dan pembinaan atau pelatihan. Pengawasan (*controlling*) meliputi bentuk pengawasan dan tindakan sebelum terjadi kegagalan. Komponen output yaitu capaian ketepatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Komponen dampak (*impack*) meliputi ketepatan jumlah pengajuan klaim, ketepatan waktu pengajuan klaim dan revisi dalam pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan. Apabila komponen masukan (*input*) baik, kemungkinan manajemen pengajuan klaim juga baik. Sedangkan untuk komponen proses (*procces*) apabila perencanaannya baik dan semakin diterima dan diakui oleh masing-masing organisasi, serta melakukan pergerakan dan hasil akhir dilakukan pengawasan secara berkala maka akan semakin tinggi pula kualitas ketepatan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan. Pada komponen output terjadi ketepepatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. *Outcome* yang terjadi pada penelitian ini adalah dampak jangka pendek setelah terjadi ketepatan pengajuan klaim, *outcome* dari teori ini adalah respon dari BPJS Kesehatan dalam menanggapi pengajuan klaim yang dilakukan oleh RSD Balung Kabupaten Jember yaitu berupa ketepatan pembayaran klaim, revisi berkas klaim dan ketepatan pembayaran klaim hal ini tidak di teliti oleh peneliti.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif deskriptif. Menurut Strauss dan Corbin dalam Sastroasmoro (2011:78), metode kualitatif adalah jenis penelitian yang temuan-temuannya tidak diperoleh melalui prosedur statistika atau bentuk hitungan lainnya. Penelitian dalam penelitian kualitatif mencari jawaban atas pertanyaan mengapa dan bagaimana suatu keputusan diambil oleh subjek bukan sekedar apa, dimana, dan bilamana, oleh karena itu penelitian kualitatif lebih mengutamakan jumlah subjek yang sedikit namun terfokus dari pada sekedar jumlah subjek yang banyak. Hasil penelitian ini adalah Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret-Juli 2018. Kegiatan penelitian dimulai dari awal penyusunan proposal hingga kegiatan penelitian, identifikasi hasil penelitian, penyusunan laporan hingga hasil dapat diujikan.

3.3 Penentuan Informan Penelitian

Informan adalah seorang yang dapat memberikan informasi tentang situasi dan kondisi yang berkaitan dengan penelitian (Moeloeng, 2010:35). Informan penelitian adalah subjek penelitian yang dapat memberikan informasi yang diperlukan selama proses penelitian (Bungin, 2009:77). Informan peneliti ini meliputi 3 macam, yaitu informan kunci (*Key Informan*), informan utama, dan

informan tambahan. Pada penelitian ini informan yang digunakan menurut Suyanto (2005:172) sebagai berikut :

- a. Informan kunci adalah seseorang yang memiliki pengetahuan tentang informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Informan kunci dalam penelitian ini adalah Ketua Tim Penjamin Klaim BPJS Kesehatan dan koordinator tim *casemix* RSD Balung Kabupaten Jember.
- b. Informan utama adalah seseorang yang ikut andil dalam interaksi sosial penelitian. Dalam penelitian ini yang menjadi informan utama adalah para anggota tim *casemix* BPJS Kesehatan yang terdiri dari 2 orang *coder*, 1 Petugas *costing*, dan pengumpul berkas yang secara langsung melakukan tahapan pengajuan klaim BPS Kesehatan di RSD Balung Kabupaten Jember.
- c. Informan tambahan adalah seseorang yang secara tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti akan tetapi mengetahui beberapa informasi yang dibutuhkan dalam penelitian. Informan dalam penelitian ini pembantu pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan diantaranya adalah Ketua Tim Verifikasi BPJS. Diharapkan informan tambahan ini dapat memberikan informasi mengenai Implementasi sistem pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung Kabupaten Jember.

3.4 Fokus Penelitian

Fokus penelitian mengandung penjelasan mengenai dimensi yang menjadi pusat perhatian serta kelak dibahas secara mendalam dan tuntas (Bungin, 2003:42). Adapun fokus penelitian dalam penelitian dan pengertian yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

Tabel 3.1 Fokus Penelitian Dan Cara Pengumpulan Data

No.	Fokus Penelitian atau Sub Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
-----	--	------------	---------------------------------------	----------

No.	Fokus Penelitian atau Sub Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
1.	<i>Input</i>	Perangkat sumber daya manusia dan administrasi yakni tenaga, bahan, alat-alat dan metoda atau dikenal dengan istilah sumber, tata cara dan kesanggupan.		
	<i>a. Man</i>	Petugas yang mengetahui pelaksanaan sistem pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung Kabupaten Jember		
	1) Pengetahuan	Pemahaman petugas tim <i>casemix</i> tentang alur pengajuan klaim yang harus dilakukan.	Wawancara Mendalam	Informan Utama
	2) Umur	Lama waktu hidup petugas tim <i>casemix</i> atau sejak informan dilahirkan sampai ulang tahun terakhir dan berdasarkan pengakuan saat wawancara	Wawancara	Informan Kunci, informan Utama, dan informan tambahan
	3) Masa kerja	Lama kerja petugas tim <i>casemix</i> dihitung dalam satuan tahun sejak mulai bekerja/ SK pengajuan	Wawancara	Informan Kunci, informan Utama, dan informan tambahan
	4) Pendidikan	Ijazah terakhir petugas tim <i>casemix</i> yang dimiliki dan diakui oleh pemerintah sebagai syarat pendidikan	Wawancara	Informan Kunci, informan Utama, dan informan tambahan
	5) Ketersediaan SDM	Tersedianya petugas tim <i>casemix</i> yang berkompeten dan menjadi penanggung jawab khusus dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan.	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, informan Utama, Informan Tambahan
	<i>b. Method (cara)</i>	Prosedur yang digunakan petugas tim <i>casemix</i> dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan.	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, Informan Utama, dan informan tambahan
	<i>c. Material</i>	Berkas yang digunakan petugas tim <i>casemix</i> dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, informan Utama, dan informan tambahan
	<i>d. Machines (sarana)</i>	Sarana dan prasarana yang	Wawancara	Informan

No.	Fokus Penelitian atau Sub Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
		digunakan untuk tersedianya prosedur pada proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan.	Mendalam	Utama
	e. <i>Time bound</i> (target)	Target yang ditetapkan dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan.	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, informan Utama, dan informan tambahan
2.	<i>Procces</i> (proses)	Fungsi administrasi yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pergerakan pengawasan		
	a. <i>Planning</i> (perencanaan)	Perencanaan merupakan awal kegiatan, tujuan organisasi, kemudian menyajikan dengan jelas yang diperlukan untuk mencapai tujuan	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, informan Utama, Informan Tambahan
	b. <i>Organizing</i> (pengorganisasian)	Sebagai kegiatan pembagian tugas-tugas pada orang yang terlibat dalam aktivitas organisasi, sesuai dengan kompetensi SDM yang dimiliki	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, informan Utama, Informan Tambahan
	1) Pembagian kerja	Petugas tim <i>casemix</i> yang bertanggungjawab dari tugas pengumpulan berkas, mengecek kelengkapan berkas, mengkode diagnosa, mengentri data ke software BPJS Kesehatan, memverifikasi berkas klaim, dan mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan. Jumlah staf dan uraian tugas secara jelas dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan.	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, informan Utama, Informan Tambahan
	c. <i>Actuaning</i> (pergerakan)	Kemampuan direktur Rumah sakit dan ketua tim penjamin serta pelaksana untuk mempengaruhi pelaksana tugas agar bekerja sepenuh kemampuan untuk mencapai tujuan kelompok.	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, informan Utama, Informan Tambahan
	1) Motivasi	Dorongan yang membuat individu/kelompok mau bekerja dengan semangat dan kemampuan yang dimiliki untuk mencapai tujuan secara	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, informan Utama,

No.	Fokus Penelitian atau Sub Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
	2) komunikasi	berdaya dan berhasil guna Penyampaian informasi dari Direktur rumah sakit atau Ketua Tim Penjamin kepada penanggung jawab tugas baik di percaya atau tidak tetapi informasi yang disiapkan harus dimengerti oleh penerimanya	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, informan Utama, dan informan tambahan
	3) pembinaan/ pelatihan	Melakukan pembinaan guna mencapai pergerakan yang baik	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, informan Utama
	4) Kepemimpinan koordinator tim <i>casemix</i>	Gaya pimpinan petugas tim <i>casemix</i> dalam mengatur anggota demi tercapainya tujuan	Wawancara mendalam	Informan kunci. Informan utama
	d. <i>Controlling</i> (pengawasan)	Kegiatan-kegiatan yang terencana seorang pimpinan melalui aktivitas memeriksa, mengecek, mencocokkan, menginpeksi, mengendalikan, mengatur, mencegah sebelum terjadinya kegagalan, memotivasi dan evaluasi pada stafnya dalam melakukan tugas sehari-hari	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, informan Utama, dan informan tambahan
3.	<i>Output</i>	Terlaksananya pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan dengan baik		
	Ketepatan waktu pengajuan klaim	Tercapainya ketepatan waktu dalam pengajuan klaim yang bermutu dan berkualitas	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, informan Utama,
	Kelengkapan berkas klaim	Tercapainya kelengkapan berkas siap klaim dalam pengajuan klaim yang bermutu dan berkualitas	Wawancara Mendalam	Informan Kunci, informan Utama

3.5 Data dan Sumber Data Penelitian

Data merupakan kumpulan huruf atau kata, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Data tersebut merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoatmojdo, 2010:180). Penelitian ini menggunakan sumber data primer dan data sekunder.

a. Data primer

Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2014:225). Data primer dari penelitian ini diperoleh melalui wawancara langsung secara mendalam dengan bantuan panduan wawancara (*in-depth interview guide*).

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya melalui orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2014:225). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari RSD Balung yaitu dokumen-dokumen terkait klaim pasien JKN di RSD Balung Kabupaten Jember Tahun 2017.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu prosedur yang terstruktur secara sistematis dalam upaya memperoleh data yang diperlukan. Teknik pengumpulan data merupakan salah bagian instrumen pengumpulan data sebagai salah satu bentuk penentu keberhasilan suatu penelitian (Bungin, 2009:129). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, diantaranya :

a. Observasi

Objek penelitian dalam penelitian kualitatif yang diobservasi menurut Spradley dalam Sugiyono (2014:228) dinamakan situasi sosial, yang terdiri atas tiap komponen yaitu *place* (tempat) di mana interaksi dalam situasi sosial sedang berlangsung, *actor* (pelaku) atau orang-orang yang sedang memainkan peran tertentu, dan *activities* (aktifitas) atau kegiatan yang dilakukan oleh aktor dalam situasi sosial yang sedang berlangsung. Macam – macam observasi yaitu observasi partisipatif adalah peneliti terlibat dengan kegiatan-kegiatan sehari-hari orang yang sedang diamati atau yang digunakan sebagai sumber data penelitian. Observasi terus terang atau tersamar adalah peneliti dalam melakukan pengumpulan data menyatakan terus terang kepada sumber data, bahwa ia sedang

melakukan penelitian. Tetapi dalam suatu saat peneliti juga tidak terstruktur atau tersamar dalam observasi, hal ini untuk menghindari kalau suatu data yang dicari merupakan data yang masih dirahasiakan. Observasi tak terstruktur adalah penelitian kualitatif dilakukan dengan tidak terstruktur, karena fokus penelitian belum jelas.

Pada penelitian ini peneliti menggunakan observasi berstruktur dengan menggunakan pedoman observasi, yaitu yang akan diobservasi adalah sarana prasarana, *software*, kelengkapan berkas klaim yang ada di ruang tim penjamin BPJS Kesehatan RSD Balung Kabupaten Jember.

b. Wawancara mendalam (*in depth interview*)

Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data ketika peneliti ingin menggali beberapa secara mendalam kepada seorang responden dengan jumlah yang terbatas atau sedikit. Wawancara dapat dilakukan secara terstruktur dan tidak terstruktur. Wawancara terstruktur dilaksanakan ketika peneliti telah memastikan informasi yang telah diperoleh sedangkan wawancara tidak terstruktur dapat dilaksanakan tanpa menggunakan panduan wawancara secara lengkap dan disusun secara sistematis, pelaksanaannya dapat dilakukan secara langsung (tatap muka) ataupun tidak langsung (Sugiyono, 2014:223)

Pada penelitian ini peneliti melakukan wawancara secara mendalam keseluruhan informan untuk mendapatkan informasi mengenai manajemen pengajuan klaim BPJS Kesehatan melalui wawancara terstruktur, mulai dari *input*, *procces* dan *output*.

c. Dokumentasi

Sebuah metode dalam meningkatkan ketepatan pengamatan yang dilakukan untuk merekam percakapan ataupun perbuatan informan saat wawancara (Nazir, 2005:195). Dokumentasi adalah kumpulan beberapa kejadian yang telah berlalu. Dokumen dapat berbentuk gambar, tulisan, ataupun karya

monumental dari seseorang (Sugiyono, 2014:82). Pada penelitian ini dokumen yang digunakan adalah dokumen terkait waktu pengajuan klaim, jumlah dana yang diajukan klaim ke BPJS Kesehatan oleh Tim Penjamin BPJS Kesehatan RSD Balung Kabupaten Jember.

d. Triangulasi

Teknik triangulasi dapat menambah pemahaman peneliti terhadap fenomena yang ditemukan akan tetapi tidak untuk memperoleh kebenaran tentang sebuah fenomena. Triangulasi merupakan penggabungan pengumpulan data dari berbagai teknik dan sumber data yang telah ada. Ketika peneliti menggunakan triangulasi, maka sebenarnya peneliti sedang melakukan proses pengumpulan data dengan berbagai teknik dan sumber sekaligus menguji kredibilitas data. Terdapat dua macam triangulasi yaitu triangulasi teknik dan triangulasi sumber. Triangulasi teknik, ketika peneliti ingin mendapatkan data dari sumber yang sama akan tetapi menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda seperti menggunakan observasi partisipatif, wawancara mendalam, dan dokumentasi. Sedangkan triangulasi sumber berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang sama untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda (Sugiyono, 2014:241).

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan triangulasi sumber yaitu melalui wawancara mendalam dan pelaksanaan dengan semua informan yaitu : ketua tim penjamin BPJS Kesehatan, koordinator *coder*, koordinator *costing*, dan koordinator pengumpul berkas.

3.6.2 Instrumen pengumpulan data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan peneliti dalam kegiatan pengumpulan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah (Arikunto, 2006:135). Penelitian ini menggunakan panduan wawancara dan lembar observasi. Panduan wawancara berupa pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari subjek peneliti dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang diketahui.

3.7 Teknik Penyajian Data dan Analisis Data

3.7.1 Teknik penyajian data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan supaya dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan dan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010:188). Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk uraian kata-kata sesuai dengan bahasa dan pandangan informan, sehingga dari ungkapan dan bahasa asli informan dapat diajukan sebagai temuan peneliti.

3.7.2 Teknik analisis data

Analisis data merupakan kegiatan dalam mencari dan menyusun secara terstruktur atau sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, dokumentasi, catatan lapangan, serta bahan-bahan lain dengan cara mengorganisasikan data kedalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan harus dipelajari dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami dan dapat menginformasikan temuannya kepada orang lain (Sugiyono, 2014:224). Teknik analisis yang dilakukan selama dilapangan menurut model Miles dan Huberman dalam Sugiyono (2010:91) yaitu:

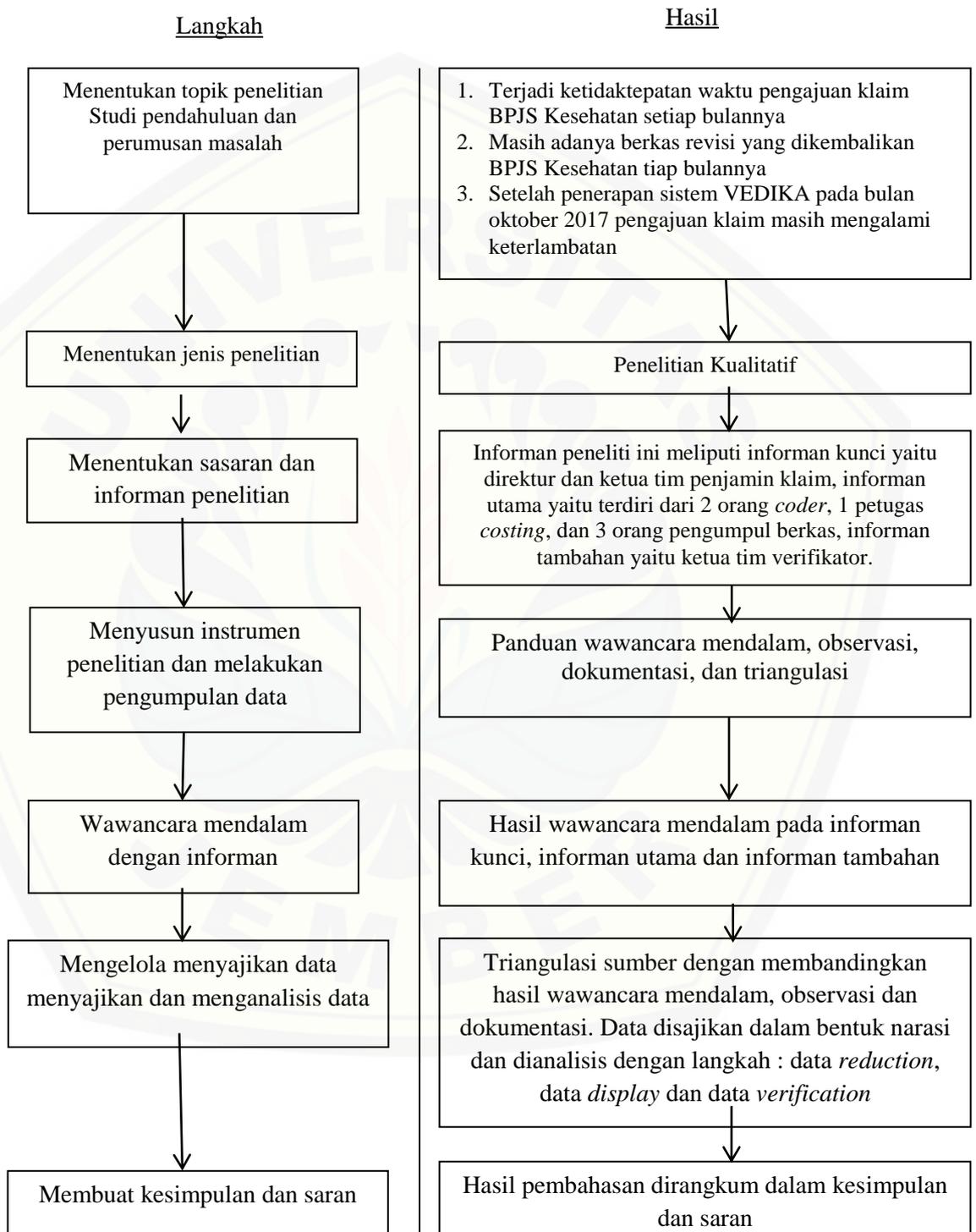
- a. Reduksi Data, pencatatan data yang diperoleh dilapangan jumlahnya cukup banyak sehingga perlu dicatat secara rinci dan teliti. Mereduksi data sama halnya dengan meringkas, memilah beberapa hal yang sesuai dengan tema, sehingga data yang direduksi dapat memberikan gambaran secara jelas dan mempermudah peneliti dalam pengumpulan data. Pada tahap ini juga dilakukan pemeriksaan keabsahan data dengan menggunakan triangulasi, pada penelitian ini dilakukan triangulasi sumber, yaitu dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber, data dari berbagai sumber tersebut tidak bisa dirata-ratakan, tetapi dan yang spesifik dari sumber, selanjutnya dianalisis

dan disimpulkan dengan cara mewancarai seluruh informan dan kemudian disesuaikan dengan teori yang ada.

- b. Penyajian data (*data display*) penyajian data dalam penelitian kualitatif dilakukan dalam bentuk uraian singkat dengan teks naratif, selain itu disarankan melakukam *display* data juga berupa grafik, matrik, *network* (jejaring kerja) dan chart, maka akan mempermudah peneliti dalam memahami apa yang terjadi dan merencanakan kerja selanjutnya.
- c. Kesimpulan (*conclusion*) penarikan kesimpulan dan verifikasi dilakukan pada tahap ketiga, kesimpulan awal yang dikemukakan dapat berubah ketika tidak terdapat bukti dan hal-hal yang mendukung ditahap selanjutnya. Akan tetapi jika terdapat bukti dan hal-hal yang mendukung ditahap selanjutnya dapat dikatakan bahwa kesimpulan awal yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel.

3.8 Alur Penelitian

Uraian langkah-langkah penelitian dan hasil dari masing-masing langkah diuraikan dengan diagram berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

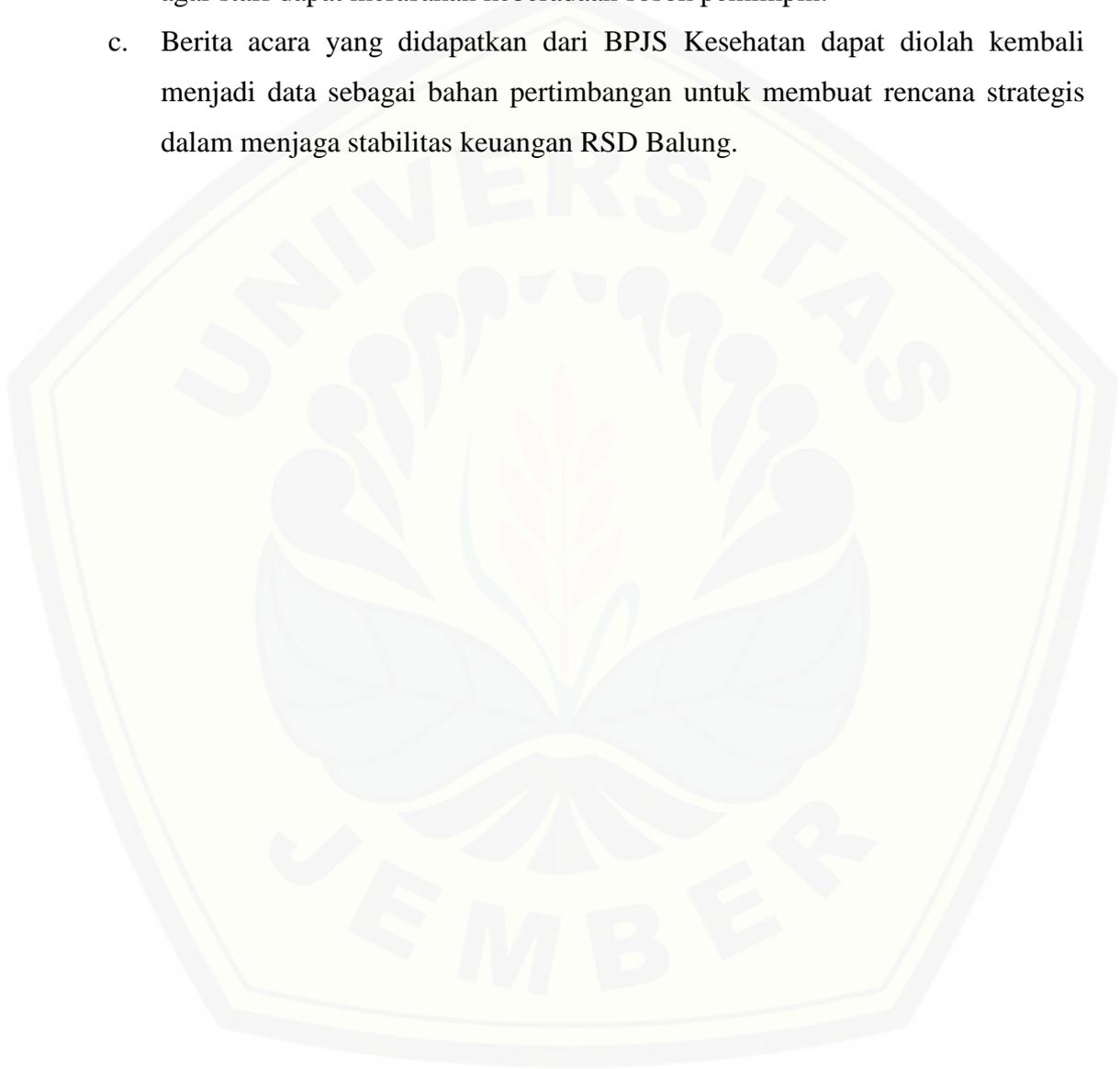
5.1 Kesimpulan

- a. Gambaran *input* dapat diketahui bahwa SDM telah mempunyai pengetahuan yang cukup baik. Kemudian, dalam hal kelengkapan berkas sudah optimal. Selanjutnya, *machine* dan *time bound* masih memerlukan perhatian khusus untuk perbaikan.
- b. Gambaran *proses* dapat diketahui bahwa perencanaan proses pengajuan klaim tim penjamin belum mempunyai rencana strategis dalam meningkatkan kualitas efektivitas dan efisiensi waktu dalam pengiriman berkas. Pembagian kerja telah dibagi sesuai dengan SK Direktur RSD Balung Kabupaten Jember. Kemudian, untuk *actuating* yaitu motivasi yang dimiliki setiap petugas di tim *casemix* untuk memperbaiki kualitas pelayanan di RSD Balung. Selanjutnya, komunikasi antar petugas tim penjamin lebih sering dilakukan dalam suasana formal. Dalam *directing* (memberikan arah) pimpinan lebih sering melimpahkan kepada sekretaris. Sedangkan, *leadership* pimpinan telah menciptakan rasa nyaman dalam tim penjamin. Selain itu, *controlling* yang dilakukan oleh pimpinan adalah bentuk evaluasi rutin.
- c. Gambaran *output* dapat diketahui bahwa ketepatan waktu pengajuan klaim masih belum sesuai target begitupun dengan berkas klaim yang diajukan selalu ada yang dikembalikan oleh pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

5.2 Saran

- a. RSD Balung seharusnya dapat membuat tim penjaminan berdiri sendiri dengan jumlah SDM yang proporsional. Selanjutnya, setiap petugas tim penjamin dapat membuat target sesuai dengan kesepakatan bersama. Selain itu RSD Balung masih harus memenuhi kebutuhan sarana dan prasarana serta membuat target untuk setiap petugas tim penjamin demi tercapainya ketepatan pengajuan klaim sesuai dengan target didalam SPO.

- b. Dalam pembuatan SPO seharusnya dilengkapi dengan target waktu kerja. Selanjutnya, pimpinan bersama staff dapat membuat perencanaan strategis agar dapat mencapai target sesuai dengan dalam SPO. Selain itu pimpinan seharusnya tidak terlalu sering melimpahkan wewenang kepada sekretaris agar staff dapat merasakan keberadaan sosok pemimpin.
- c. Berita acara yang didapatkan dari BPJS Kesehatan dapat diolah kembali menjadi data sebagai bahan pertimbangan untuk membuat rencana strategis dalam menjaga stabilitas keuangan RSD Balung.





DAFTAR PUSTAKA

- Adebesi, J.F. 2013. Time Management Practices And Its Effect On Business Performance. *Journal Canadian Research & Development Center Of Sciences and Cultures*. 9 (01): 22-23
- Adisasmito, W. 2014. *Sistem Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Alamsyah, D. 2011. *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Dalam Praktek*. Jakarta: Bina Aksara
- Athoillah, A. 2013. *Dasar-Dasar Manajemen*. Bandung: Pustaka Setia
- Azwar, A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 2014. *Panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan*.
- Bastian, I. 2008. *Akuntansi Kesehatan*. Jakarta: Glora Aksara Pratama
- Bungin, B. 2009. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Depkes R.I. 2008. *Podoman Penyelenggara Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)*. Jakarta: Departen Kesehatan 2008
- Djojowirono. 2005. *Manajemen Kontruksi Edisi Keempat*. Yogyakarta: Teknik Sipil UGM
- Djoko Wijono. 2000. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Surabaya*. Surabaya: Airlangga University
- Handoko,T.H. 1995. *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: BPFE

- Hartono, B. 2010. *Promosi Kesehatan Di Puskesmas Dan Rumah Sakit*. Jakarta: Rineka Cipta
- Hasibuan, Melayu S.P. 2005. *Manajemen Sumber Daya Manusia Edisi Revisi*. Jakarta: Bumi Aksara
- Hasibuan, S.P.M. 2011. *Manajemen Dasar*. Jakarta: CV Haji Masagung
- Hidayah dkk. 2014. Analisis kualitas layanan asuransi dalam proses ganti rugi kendaraan (klaim) nasabah PT asuransi Mitra Pelindung Mustika Bandung. *Journal*. Bandung: Program Magister Manajemen, Sekolah Pasca Sarjana Universitas Katolik Parahyangan
<https://media.neliti.com/media/publications/72373-ID-analisis-kualitas-layanan-asuransi-dalam.pdf> (diakses pada tanggal 22 februari 2018)
- Ilyas. 2004. *Perencanaan SDM Rumah Sakit: Teori, Metoda dan Formula*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
- Kementerian Kesehatan R.I. 2013. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta : Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan R.I. 2014. *Pedoman pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- KPMAK UGM. 2017. *Kajian Pelaksanaan Sistem Vedika. In Seminar Hasil Kajian Pelaksanaan Sistem Vedika*. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada
- Manullang. 2002. *Dasar-Dasar Manajemen*. Yogyakarta: Gajah Mada Press
- M. Saiful Hakim, dkk. 2017. Perbandingan Profitabilitas Pasien BPJS Dan Pasien Umum Di Rumah Sakit Brawijaya Surabaya Dengan Pendekatan Costomer Profitability Analysis. *Journal*. Surabaya: Jurusan Manajemen Bisnis Institut Teknologi Sepuluh Nopember
<http://oaji.net/articles/2017/5501-1507006203.pdf> (diakses pada 22 Mei 2018)

- Moleong. 2010. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Mubarak, Chayatin, Rozikin, Supradi. 2007. *Promosi Kesehatan Sebuah Metode Pengantar Pross Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Muninjaya, A.A. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Kedokteran EGC
- Nazir, M. 2005. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Notoatmodjo,S. 2012. *Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka cipta
- Notoatmodjo,S. 2009. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo,S. 2014. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Prilaku*. Jakarta: Rineka Cipata
- Oktamianiza. 2011. *Analisis Keefektifan Pengelolaan Informasi Kesehatan Berdasarkan Sistem Case-Mix INA-CBG's Pasien Jamkesmas Pada Bangsal Bedah Di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Journal*. Padang : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas
- Republik Indonesia.2004. *Undang- Undang RI Nomor 40 tentang Sistem Jaminan Nasional (SJSN)*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara
- Republik Indonesia.2008. *Peraturan Menteri Kesehatan R.I Nomor 269 tahun 2008 Tentang Rekam Medis*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara
- Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang RI Nomor 44 tentang Rumah Sakit*. Jakarta : Sekretariat Kabinet Negara
- Republik Indonesia.2012. *Peraturan Pemerintah R.I Nomor 101 tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara

- Republik Indonesia.2013. *Peraturan Menteri Kesehatan R.I Nomor 69 tahun 2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara
- Republik Indonesia.2013. *Peraturan Pemerintah R.I Nomor 111 tahun 2013 Tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara
- Republik Indonesia.2014. *Peraturan Menteri Kesehatan R.I Nomor 27 tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBG's)*. Jakarta: Sekretariat Kabinet Negara
- Sastroasmoro, S. 2011. *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung Setya
- Siregar, C.J.P. 2003. *Farmasi Rumah Sakit Teori & Penerapan*. Jakarta : EGC
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sukmawan & Indyathi. 2014. *Presepsi Staf Mengenai Proses Pertanggungjawaban Klaim Jamkesmas Pada Pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan Di BRSU Tabanan Tahun 2012*. *Journal*. Denpasar: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/jch/article/view/7701> (diakses pada tanggal 22 Maret 2018)
- Suyanto, B. 2005. *Metode Penelitian Sosial Berbagai Alternatif Pendekatan*. Jakarta: Prenada Media
- Yatino. 2005. *Kajian Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Di Desa Jelbuk Kabupaten Jember Tahun 2014*. *Skripsi*. Jember: FKM Universitas Jember

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

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi subjek (informan) dalam penelitian dari :

Nama : Rizky Akbarul Kurnia

NIM : 142110101110

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Judul : “Kajian Sistem Pengajuan Klaim pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2017”

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

Jember,2018

Informan

(.....)

Lampiran B. Panduan Wawancara

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

PEDOMAN WAWANCARA**“Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2017”**

Nama : Rizky Akbarul Kurnia
NIM : 142110101110
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat
Judul : “Kajian Sistem Pengajuan Klaim pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2017”

Petunjuk wawancara :

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



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan 1/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

Panduan Wawancara Untuk Informan Kunci (Ketua Bidang Pelayanan)

Judul : “Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2017”

Petunjuk panduan wawancara :

1. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Kami mohon jawaban pertanyaan dengan apa adanya.

Panduan Wawancara

I. Data Umum Informan

Nama :

Umur :

Masa Kerja :

Pendidikan terakhir :

Tanggal wawancara :

Lokasi wawancara :

II. Input

1. Man (petugas)

a. Pengetahuan

- 1) Apa yang anda ketahui tentang pengakajuan klaim BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit ?

b. Ketersediaan Sumber Daya Manusia

- 2) Bagaimana menurut anda ketersediaan tenaga kerja di tim penjamin BPJS Kesehatan RSD Balung, apakah sudah memadai ?

2. Method (cara kerja)

3) Bagaimana cara kerja Tim *Casemix* BPJS Kesehatan dalam menjalankan tugas-tugasnya ?

3. *Material* (dokumen)

4) Bagaimanakah menurut anda berkas untuk proses pengakajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung apakah sudah cukup baik?

4. *Machines* (sarana prasarana)

5) Bagaimana kelayakan dari sarana prasarana yang menunjang proses pengakajuan klaim ke BPJS Kesehatan di RSD Balung saat ini apakah sudah cukup baik?

5. *Time Bond* (Target Pencapaian Hasil)

6) Bagaimana time bond /target pencapaian hasil yang anda buat dalam pengakerjaan pengajuan klaim di Rumah Sakit Daerah Balung ?

III. Process (Proses)

1. *Planning* (Perencanaan)

7) Bagaimana perencanaan yangak anda buat dalam pengakerjaan proses pengakajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung ?

2. *Organizing* (Pengorganisasi)

8) Bagaimanakah pengelompokan/pembagaian kerja dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan di RSD Balung?

3. *Actuating* (Pergerakan dan pelaksanaan)

9) Bagaimana dengan pelaksanaan pengerjaan di bagian bapak/ibu apakah semua dilakukan sesuai dengan SPO?

10) Bagaimana kendala-kendala yang terjadi saat proses pelaksanaan dalam tugas yang dilakukan oleh anda ?

11) Bagaimana motivasi anda dalam proses pengakerjaan pengajuan klaim BPJS kesehatan ?

12) Bagaimana komunikasi yang anda lakukan dengan pimpinan atau dengan rekan sesama tim atau dengan rekan bagian lain ?

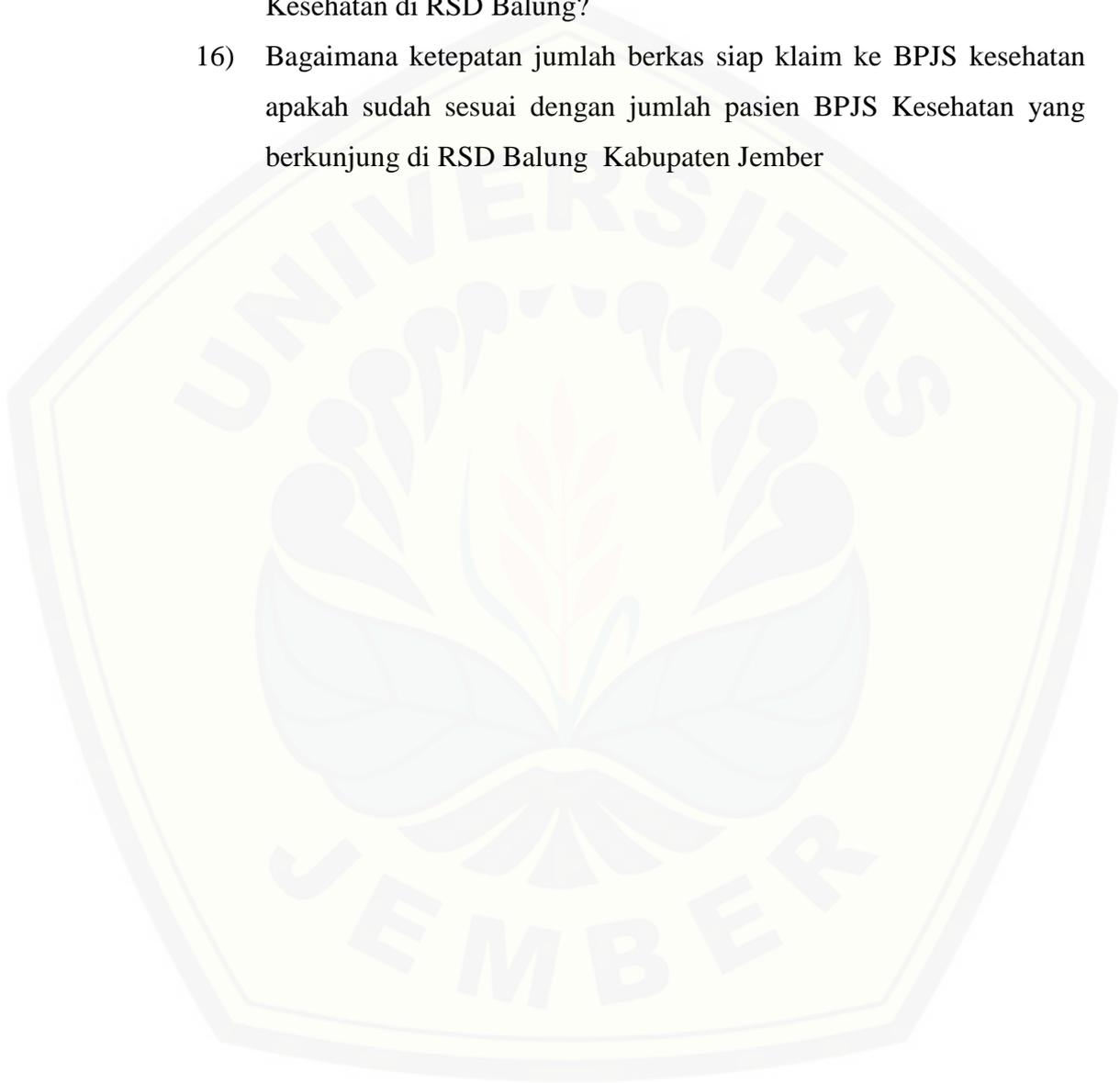
13) Apakah ada pelatihan yang disediakan rumah sakit untuk anda guna menambah skill dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan?

4. *Controlling* (pengawasan)

- 14) Bagaimana Pengawasan yang telah dilakukan oleh anda dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan?

IV. Output (Keluaran)

- 15) Bagaimana ketepatan waktu pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan di RSD Balung?
- 16) Bagaimana ketepatan jumlah berkas siap klaim ke BPJS kesehatan apakah sudah sesuai dengan jumlah pasien BPJS Kesehatan yang berkunjung di RSD Balung Kabupaten Jember





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan 1/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

Panduan Wawancara Untuk Informan Kunci (Ketua Tim Penjamin)

Judul : “Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2017”

Petunjuk panduan wawancara :

1. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Kami mohon jawaban pertanyaan dengan apa adanya.

Panduan Wawancara

I. Data Umum Informan

Nama :

Umur :

Masa Kerja :

Pendidikan terakhir :

Tanggal wawancara :

Lokasi wawancara :

II. Input

1. Man (petugas)

a. Pengetahuan

- 1) Apa yang anda ketahui tentang pengakajuan klaim BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit ?

b. Ketersediaan Sumber Daya Manusia

- 2) Bagaimana menurut anda ketersediaan tenaga kerja di tim penjamin BPJS Kesehatan RSD Balung, apakah sudah memadai ?

2. Method (cara kerja)

3) Bagaimana cara kerja Tim *Casemix* BPJS Kesehatan dalam menjalankan tugas-tugasnya ?

3. *Material* (dokumen)

4) Bagaimanakah menurut anda berkas untuk proses pengakajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung apakah sudah cukup baik?

4. *Machines* (sarana prasarana)

5) Bagaimana kelayakan dari sarana prasarana yang menunjang proses pengakajuan klaim ke BPJS Kesehatan di RSD Balung saat ini apakah sudah cukup baik?

5. *Time Bond* (Target Pencapaian Hasil)

6) Bagaimana time bond /target pencapaian hasil yang anda buat dalam pengakerjaan pengajuan klaim di Rumah Sakit Daerah Balung ?

III. Process (Proses)

1. *Planning* (Perencanaan)

7) Bagaimana perencanaan yangak anda buat dalam pengakerjaan proses pengakajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung ?

2. *Organizing* (Pengorganisasi)

8) Bagaimanakah pengelompokan/pembagaian kerja dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan di RSD Balung?

3. *Actuating* (Pergerakan dan pelaksanaan)

9) Bagaimana dengan pelaksanaan pengerjaan di bagian bapak/ibu apakah semua dilakukan sesuai dengan SPO?

10) Bagaimana kendala-kendala yang terjadi saat proses pelaksanaan dalam tugas yang dilakukan oleh anda ?

11) Bagaimana motivasi anda dalam proses pengakerjaan pengajuan klaim BPJS kesehatan ?

12) Bagaimana komunikasi yang anda lakukan dengan pimpinan atau dengan rekan sesama tim atau dengan rekan bagian lain ?

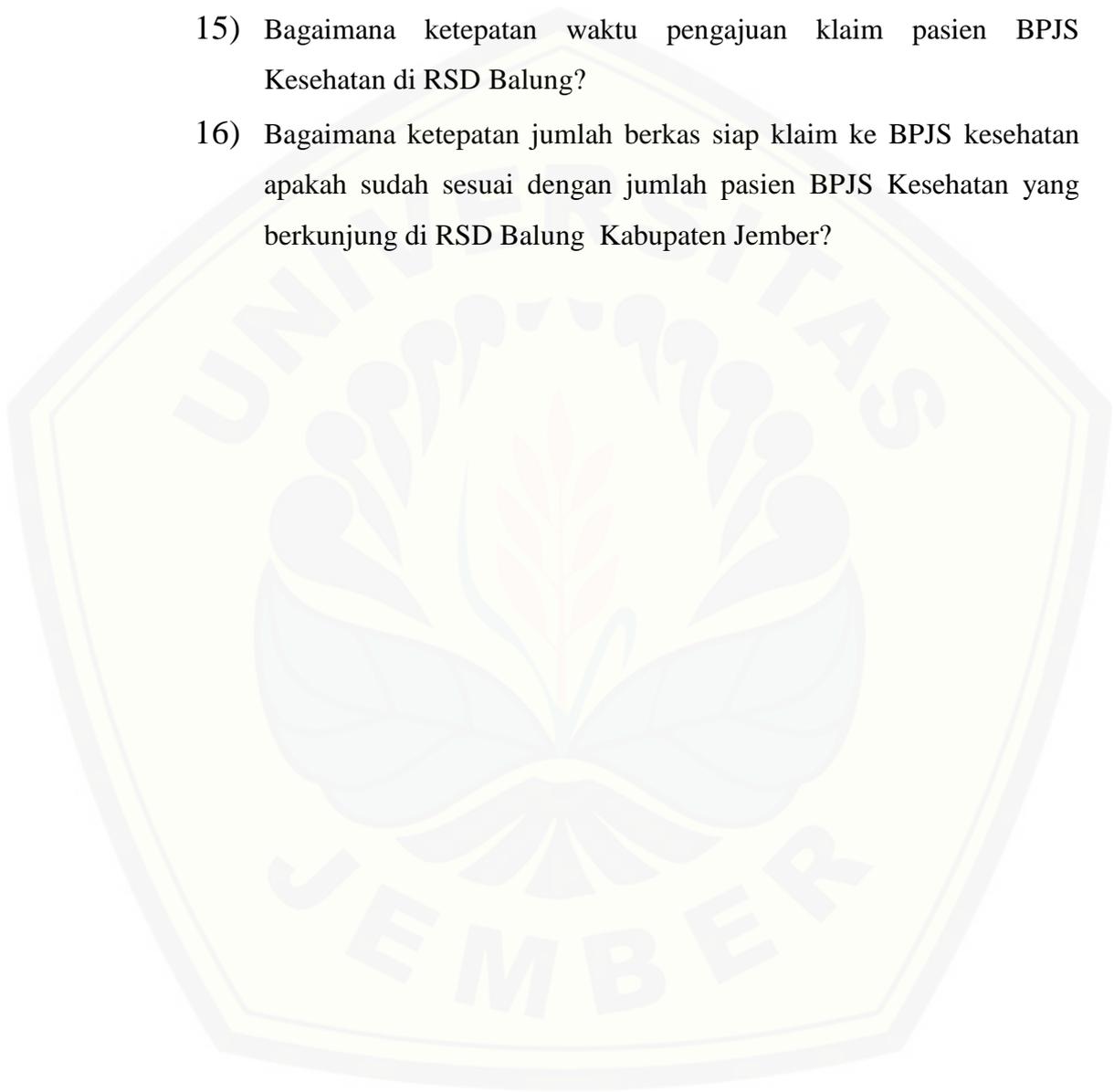
13) Apakah ada pelatihan yang disediakan rumah sakit untuk anda guna menambah skill dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan?

4. *Controlling* (pengawasan)

- 14) Bagaimana Pengawasan yang telah dilakukan oleh anda dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan?

IV. Output (Keluaran)

- 15) Bagaimana ketepatan waktu pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan di RSD Balung?
- 16) Bagaimana ketepatan jumlah berkas siap klaim ke BPJS kesehatan apakah sudah sesuai dengan jumlah pasien BPJS Kesehatan yang berkunjung di RSD Balung Kabupaten Jember?





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan 1/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

Panduan Wawancara Untuk Informan Utama (Petugas Coding)

Judul : “Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2017”

Petunjuk panduan wawancara :

1. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Kami mohon jawaban pertanyaan dengan apa adanya.

Panduan Wawancara

I. Data Umum Informan

Nama :

Umur :

Masa Kerja :

Pendidikan terakhir :

Tanggal wawancara :

Lokasi wawancara :

II. Input

1. Man (petugas)

a. Pengetahuan

- 1) Apa yang anda ketahui tentang pengakajuan klaim BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit ?

b. Ketersediaan Sumber Daya Manusia

- 2) Bagaimana menurut anda ketersediaan tenaga kerja di tim penjamin BPJS Kesehatan RSD Balung, apakah sudah memadai ?

2. Method (cara kerja)

3) Bagaimana cara kerja Tim *Casemix* BPJS Kesehatan dalam menjalankan tugas-tugasnya ?

3. *Material* (dokumen)

4) Bagaimanakah menurut anda berkas untuk proses pengakajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung apakah sudah cukup baik?

4. *Machines* (sarana prasarana)

5) Bagaimana kelayakan dari sarana prasarana yang menunjang proses pengakajuan klaim ke BPJS Kesehatan di RSD Balung saat ini apakah sudah cukup baik?

5. *Time Bond* (Target Pencapaian Hasil)

6) Bagaimana time bond /target pencapaian hasil yang anda buat dalam pengakerjaan pengajuan klaim di Rumah Sakit Daerah Balung ?

III. Process (Proses)

1. *Planning* (Perencanaan)

7) Bagaimana perencanaan yangak anda buat dalam pengakerjaan proses pengakajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung ?

2. *Organizing* (Pengorganisasi)

8) Bagaimanakah pengelompokan/pembagaian kerja dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan di RSD Balung?

3. *Actuating* (Pergerakan dan pelaksanaan)

9) Bagaimana dengan pelaksanaan pengerjaan di bagian bapak/ibu apakah semua dilakukan sesuai dengan SPO?

10) Bagaimana kendala-kendala yang terjadi saat proses pelaksanaan dalam tugas yang dilakukan oleh anda ?

11) Bagaimana motivasi anda dalam proses pengakerjaan pengajuan klaim BPJS kesehatan ?

12) Bagaimana komunikasi yang anda lakukan dengan pimpinan atau dengan rekan sesama tim atau dengan rekan bagian lain ?

13) Apakah ada pelatihan yang disediakan rumah sakit untuk anda guna menambah skill dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan?

4. *Controlling* (pengawasan)

14) Bagaimana Pengawasan yang telah dilakukan oleh anda dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan?





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan 1/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

Panduan Wawancara Untuk Informan Utama (Petugas *Costing*)

Judul : “Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2017”

Petunjuk panduan wawancara :

1. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Kami mohon jawaban pertanyaan dengan apa adanya.

Panduan Wawancara

I. Data Umum Informan

Nama :

Umur :

Masa Kerja :

Pendidikan terakhir :

Tanggal wawancara :

Lokasi wawancara :

II. Input

1. Man (petugas)

a. Pengetahuan

- 1) Apa yang anda ketahui tentang pengakajuan klaim BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit ?

b. Ketersediaan Sumber Daya Manusia

- 2) Bagaimana menurut anda ketersediaan tenaga kerja di tim penjamin BPJS Kesehatan RSD Balung, apakah sudah memadai ?

2. Method (cara kerja)

- 3) Bagaimana cara kerja Tim *Casemix* BPJS Kesehatan dalam menjalankan tugas-tugasnya ?
3. *Material* (dokumen)
 - 4) Bagaimanakah menurut anda berkas untuk proses pengakajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung apakah sudah cukup baik?
4. *Machines* (sarana prasarana)
 - 5) Bagaimana kelayakan dari sarana prasarana yang menunjang proses pengakajuan klaim ke BPJS Kesehatan di RSD Balung saat ini apakah sudah cukup baik?
5. *Time Bond* (Target Pencapaian Hasil)
 - 6) Bagaimana time bond /target pencapaian hasil yang anda buat dalam pengakerjaan pengajuan klaim di Rumah Sakit Daerah Balung ?

III. Process (Proses)

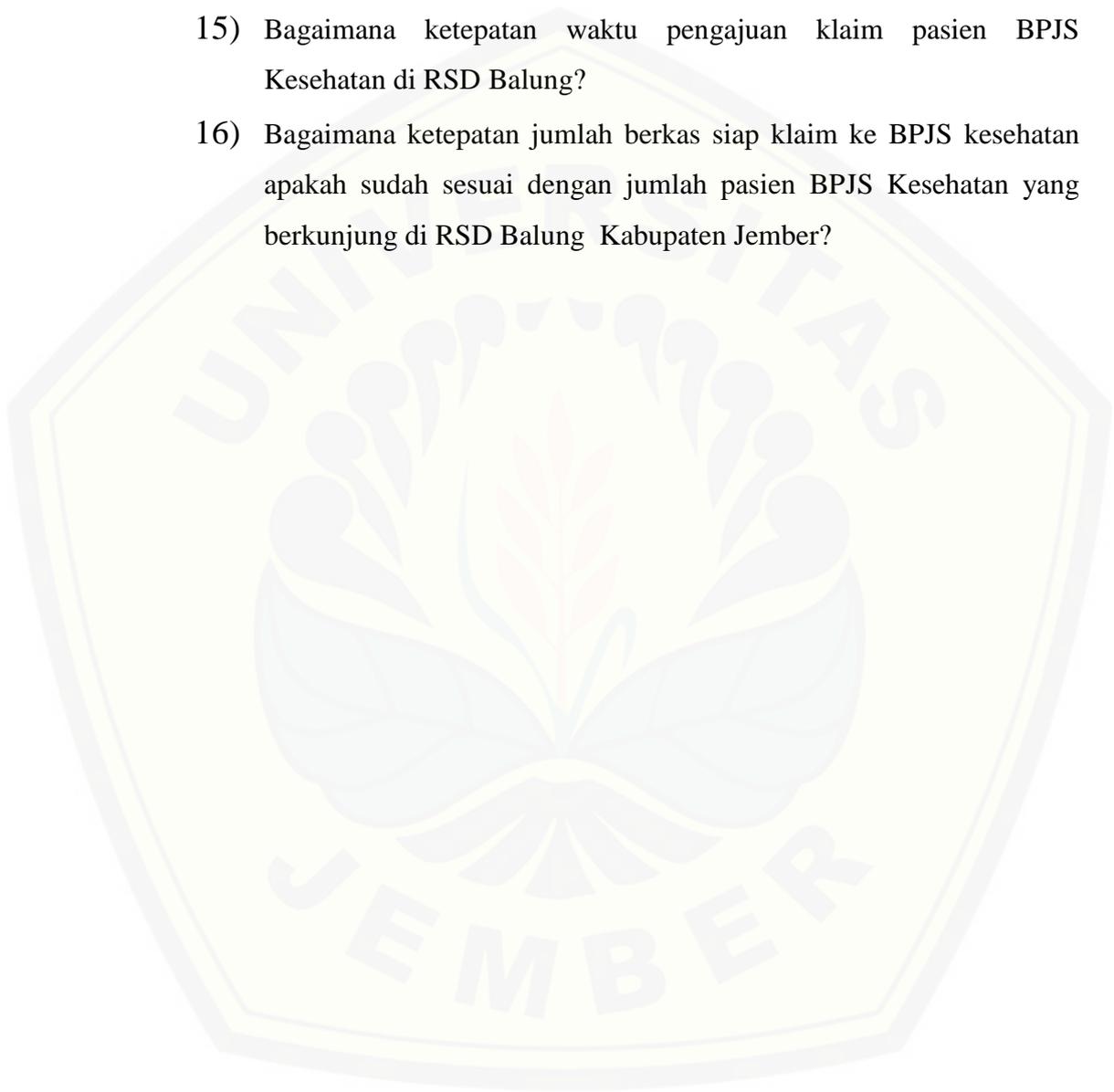
1. *Planning* (Perencanaan)
 - 7) Bagaimana perencanaan yangak anda buat dalam pengakerjaan proses pengakajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung ?
2. *Organizing* (Pengorganisasi)
 - 8) Bagaimanakah pengelompokan/pembagaian kerja dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan di RSD Balung?
3. *Actuating* (Pergerakan dan pelaksanaan)
 - 9) Bagaimana dengan pelaksanaan pengerjaan di bagian bapak/ibu apakah semua dilakukan sesuai dengan SPO?
 - 10) Bagaimana kendala-kendala yang terjadi saat proses pelaksanaan dalam tugas yang dilakukan oleh anda ?
 - 11) Bagaimana motivasi anda dalam proses pengakerjaan pengajuan klaim BPJS kesehatan ?
 - 12) Bagaimana komunikasi yang anda lakukan dengan pimpinan atau dengan rekan sesama tim atau dengan rekan bagian lain ?
 - 13) Apakah ada pelatihan yang disediakan rumah sakit untuk anda guna menambah skill dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan?

4. *Controlling* (pengawasan)

- 14) Bagaimana Pengawasan yang telah dilakukan oleh anda dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan?

IV. Output (Keluaran)

- 15) Bagaimana ketepatan waktu pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan di RSD Balung?
- 16) Bagaimana ketepatan jumlah berkas siap klaim ke BPJS kesehatan apakah sudah sesuai dengan jumlah pasien BPJS Kesehatan yang berkunjung di RSD Balung Kabupaten Jember?





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan 1/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

Panduan Wawancara Untuk Informan Utama (Pengumpul Berkas)

Judul : “Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2017”

Petunjuk panduan wawancara :

1. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Kami mohon jawaban pertanyaan dengan apa adanya.

Panduan Wawancara

I. Data Umum Informan

Nama :

Umur :

Masa Kerja :

Pendidikan terakhir :

Tanggal wawancara :

Lokasi wawancara :

II. Input

1. *Man* (petugas)

a. Pengetahuan

- 1) Apa yang anda ketahui tentang pengakajuan klaim BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit ?

b. Ketersediaan Sumber Daya Manusia

- 2) Bagaimana menurut anda ketersediaan tenaga kerja di tim penjamin BPJS Kesehatan RSD Balung, apakah sudah memadai ?

2. *Method* (cara kerja)

- 3) Bagaimana cara kerja Tim *Casemix* BPJS Kesehatan dalam menjalankan tugas-tugasnya ?
3. *Material* (dokumen)
 - 4) Bagaimanakah menurut anda berkas untuk proses pengakajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung apakah sudah cukup baik?
4. *Machines* (sarana prasarana)
 - 5) Bagaimana kelayakan dari sarana prasarana yang menunjang proses pengakajuan klaim ke BPJS Kesehatan di RSD Balung saat ini apakah sudah cukup baik?
5. *Time Bond* (Target Pencapaian Hasil)
 - 6) Bagaimana time bond /target pencapaian hasil yang anda buat dalam pengakerjaan pengajuan klaim di Rumah Sakit Daerah Balung ?

III. Process (Proses)

1. *Planning* (Perencanaan)
 - 7) Bagaimana perencanaan yangak anda buat dalam pengakerjaan proses pengakajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung ?
2. *Organizing* (Pengorganisasi)
 - 8) Bagaimanakah pengelompokan/pembagaian kerja dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan di RSD Balung?
3. *Actuating* (Pergerakan dan pelaksanaan)
 - 9) Bagaimana dengan pelaksanaan pengerjaan di bagian bapak/ibu apakah semua dilakukan sesuai dengan SPO?
 - 10) Bagaimana kendala-kendala yang terjadi saat proses pelaksanaan dalam tugas yang dilakukan oleh anda ?
 - 11) Bagaimana motivasi anda dalam proses pengakerjaan pengajuan klaim BPJS kesehatan ?
 - 12) Bagaimana komunikasi yang anda lakukan dengan pimpinan atau dengan rekan sesama tim atau dengan rekan bagian lain ?
 - 13) Apakah ada pelatihan yang disediakan rumah sakit untuk anda guna menambah skill dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan?

4. *Controlling* (pengawasan)

14) Bagaimana Pengawasan yang telah dilakukan oleh anda dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan?





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jalan Kalimantan 1/93 – Kampus Bumi Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121

Telepon 0331-337878, 331743 Faksimile 0331-322995

Laman : www.fkm.unej.ac.id

Panduan Wawancara Untuk Informan Tambahan (Ketua Tim Verifikasi)

Judul : “Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2017”

Petunjuk panduan wawancara :

1. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Kami mohon jawaban pertanyaan dengan apa adanya.

Panduan Wawancara

I. Data Umum Informan

Nama :

Umur :

Masa Kerja :

Pendidikan terakhir :

Tanggal wawancara :

Lokasi wawancara :

II. Input

1. *Man* (petugas)

a. Pengetahuan

- 1) Apa yang anda ketahui tentang pengakajuan klaim BPJS Kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit ?

b. Ketersediaan Sumber Daya Manusia

- 2) Bagaimana menurut anda ketersediaan tenaga kerja di tim penjamin BPJS Kesehatan RSD Balung, apakah sudah memadai ?

2. *Method* (cara kerja)

3) Bagaimana cara kerja Tim *Casemix* BPJS Kesehatan dalam menjalankan tugas-tugasnya ?

3. *Material* (dokumen)

4) Bagaimanakah menurut anda berkas untuk proses pengakajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung apakah sudah cukup baik?

4. *Machines* (sarana prasarana)

5) Bagaimana kelayakan dari sarana prasarana yang menunjang proses pengakajuan klaim ke BPJS Kesehatan di RSD Balung saat ini apakah sudah cukup baik?

5. *Time Bond* (Target Pencapaian Hasil)

6) Bagaimana time bond /target pencapaian hasil yang anda buat dalam pengakerjaan pengajuan klaim di Rumah Sakit Daerah Balung ?

III. Process (Proses)

1. *Planning* (Perencanaan)

7) Bagaimana perencanaan yangak anda buat dalam pengakerjaan proses pengakajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung ?

2. *Organizing* (Pengorganisasi)

8) Bagaimanakah pengelompokan/pembagaian kerja dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan di RSD Balung?

3. *Actuating* (Pergerakan dan pelaksanaan)

9) Bagaimana dengan pelaksanaan pengerjaan di bagian bapak/ibu apakah semua dilakukan sesuai dengan SPO?

10) Bagaimana kendala-kendala yang terjadi saat proses pelaksanaan dalam tugas yang dilakukan oleh anda ?

11) Bagaimana motivasi anda dalam proses pengakerjaan pengajuan klaim BPJS kesehatan ?

12) Bagaimana komunikasi yang anda lakukan dengan pimpinan atau dengan rekan sesama tim atau dengan rekan bagian lain ?

13) Apakah ada pelatihan yang disediakan rumah sakit untuk anda guna menambah skill dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan?

4. *Controlling* (pengawasan)

- 14) Bagaimana Pengawasan yang telah dilakukan oleh anda dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan?



Lampiran C. Lembar *Checklist* Obsevasi

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 *Checklist* Observasi

- a. Identitas Objek
 1) Lokasi :
 2) Waktu :
 b. Aspek yang akan di observasi

No.	Aspek Yang Diamati	Ada	Tidak	Keterangan
1.	Ketersediaan SDM			
	a. Pengakumpul berkas			
	b. <i>Coder</i>			
	c. Petugakas <i>Costing</i>			
	d. Dokter verifikator			
	e. Ketua tim <i>casemix</i>			
	f. Ketua tim Penjamin			
2.	Ketersedian SPO dalam pengakajuan Klaim			
	SEP			
	Resume Medis (Lembr INA CBG's)			
	Tanda Tangan DPJP			
	LPP			
	Fotokopi Kartu JKN			
	Fotokopi KTP			
	Fotokopi KK			
	Surat Rujukan			
	Hasil Pemeriksaan Penunjang			
	Rincian Obat (Jika diberikan)			

3. Kesesuaian Metode kerja dengan SPO pengajuan

Klaim BPJS Kesehatan

4. Kelegkapan berkas Klaim

5. Sarana prasarana

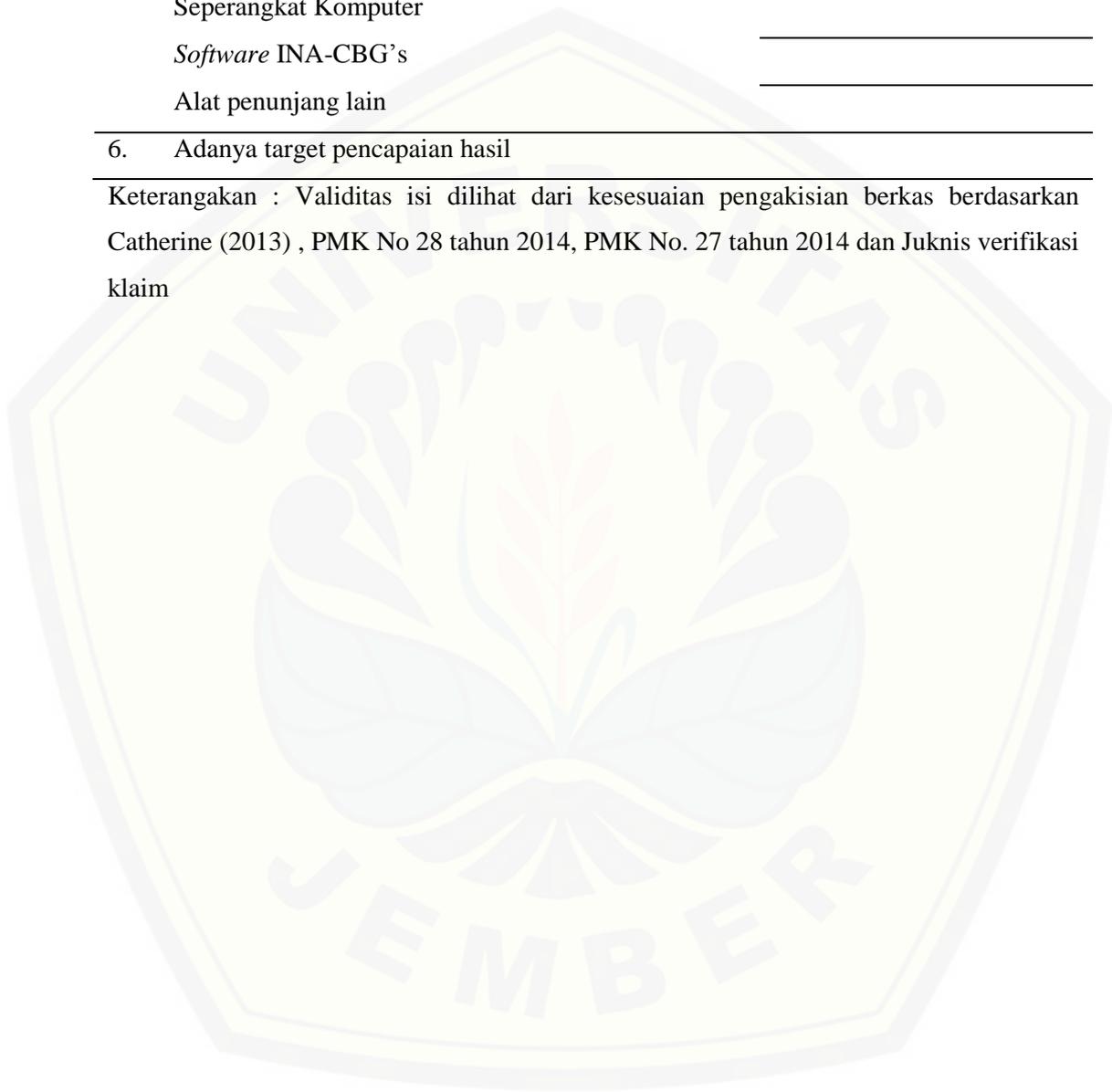
Seperangkat Komputer

Software INA-CBG's

Alat penunjang lain

6. Adanya target pencapaian hasil

Keterangan : Validitas isi dilihat dari kesesuaian pengakisian berkas berdasarkan Catherine (2013) , PMK No 28 tahun 2014, PMK No. 27 tahun 2014 dan Juknis verifikasi klaim



LAMPIRAN D. Matriks Wawancara

Input (Masukan)	
1. <i>Man</i> (Manusia)	
a. Apa yang anda ketahui tentang Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan?	ES ohh iyaa , pengajuan klaim BPJS itu upaya rumah sakit untuk meminta ganti biaya yang seharusnya dibayarkan oleh pasien tapi ini dibayar oleh BPJS kesehatan kalau sekarang dengan sistem <i>online</i> dan menggunakan tarif INA CBG's jadi semua rumah sakit sama tergantung kelasnya mas. Biasanya untuk kelas C tarifnya beda dengan kelas B. Kita kebetulan rumah sakit kelas C. Rumah sakit mengajukan dengan <i>online</i> menggunakan aplikasi INACBG's, setelah itu rumah sakit mengirimkan berkas klaim ke kantor BPJS kesehatan dan akan di sertai berita acara pengajuan klaim setelah itu BPJS mengecek pengajuan yang kita lakukan atau memverifikasi jika ada berkas yang masih salah itu dikembalikan dan kita benarkan berkas yang salah itu akan diajukan di bulan selanjutnya untuk berkas yang benar akan dibayarkan 15 hari setelah kita menyetorkan atau melakukan pengajuan itu langsung dibayarkan.
	HA klaim BPJS itu proses kita minta ganti biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk pengobatan pasien BPJS nanti akan diganti oleh BPJS Kesehatan , syaratnya rumah sakit melakukan pengajuan klaim secara <i>online</i> dan <i>offline</i> . <i>Online</i> -nya rumah sakit memasukkan data ke aplikasi INA CBG's untuk mengetahui jumlah tarif yang ditetapkan untuk diagnosa tertentu tarif INACBG's mutltak seluruh Indonesia sama kadang tarif INA CBG's gak sama dengan tarif rumah sakit ada yang lebih tinggi ada yang lebih rendah. Untuk secara <i>offline</i> -nya berkas pasien akan dikirim ke BPJS kesehatan kalau keduanya oke klaim baru bisa dibayarkan.
	ED emm pegajuan klaim itu rumah sakit melakukan pengiriman berkas baik secara <i>online</i> maupun <i>offline</i> ke bpjs agar dana yang kita kelurkan untuk pasien bpjs digantikan oleh bpjs, onilenya kita mengajukan lewat aplikasi inacbgs yang sudah disediakan bpjs untuk offline nya kita mengirimkan berkas dan nama nama pasien ke bpjs kesehatan tp selama ini

pengajuan terkendala dengan pengiriman , berkas kurang lengkap, itu yang kadang jadi kendala disini, belum terkirim kesini itu yang menjadi kendala, kendala yang paling fata adalah resum dokter, biasana pelayanan banyak beliaunya lupa meresum , nah jadi orang ruangan kendalanya kirim ke bagian penyetor, penyetonya lama ke bagian koder, kodernya juga lama kesinnya, kalau sudah sampek sini sebenarnya cepet kok, salnya ruangan yang memverifikasi kebetulan berada di depan, jadi konsutasinya enak,

RA umumnya itu nganu dari pendaftaran nanti pendaftaran dpat berkas kalo rawat jalan dibawa ke ruang rawat jalan kan itu ada lembaran kaya gini. Nah ini lembaran diisi kembali ke pengumpul berkas bagian buat SEP itu nanti disetor ke bagian koder, nanti bagian koder ngoding sesuai dengan diagnosa setelah sesuai dengan diagnosa nanti di input ke software CBG's nanti keluar, keluar bentuknya print-an gitu. Ndi contohe. Oh iku jupuken wes mbak sitok mbak, terserah.

Lah ini bentuknya kaya gini terus nanti ditempli ini terus ini diarahkan ke verifikasi atau fraud. Lah itu nanti diteliti, ditelitinya sesuai dengan teknis ini. Dikembalikan kesini dengan tanda tangan. Udah itu aja terus dipilah yang satu dikirim ke BPJS yang satu untuk arsip terus diurutkan sesuai tanggal pelayanan, terus direkap sama costing terus di pack sama costing kirim sudah.

MD kalau pengajuan klaim bpjs secara umum di rsd balung itu awalnya dari mbak linggar itu berkas rawat inap mulai dari rawat inap terus di verif kelengkapan berkasnya baru dikasihkan ke kita baru kita koding, kita koding baru di input habis input baru dikasihkan ke.... oh habis di input di print... di print diagnosanya lewat software INA CBG's terus dikasihkan ke bagian verif internal, kelengkapan dan diagnosa selesai di verif dikembalikan lagi ke sana tadi ke mas didit habis itu nanti dipilah per eh dipilah dulu antara yang asli dan yang arsip terus habis itu dikumpulkan per tanggal rawat jalan rawat inap terus dimasukkan sesuai tanggal baru kita kirim ke BPJS sekalian filenya yang habis di input tadi dalam bentuk

		txt gitu
	DL	<p>untuk pengajuan klaim sebenarnya kalau dulu kan sistemnya belum vedika dan sekarang sudah vedika, jadi kalau dulu sistem sebelum vedika sistemnya itu manual , itu lebih cepat karena tidak perlu verifikasi internal, kalau sekarang berkas masuk harus melalui verifikasi internal dulu . akhirnya waktunya yang harusnya kan maksimal tanggal 10 harus kirim ke kantor BPJS kalau sekarang ndak bisa tanggal 10 pasti lewat , dulu seleisihnya 1-2 hari kalau sekarang lebih dari 5 hari bahkan 10 hari dari <i>deadline</i> nya. Kalau dulu kendalanya ada di ruang rawat inapnya. rawat inap dalam artian berkas klaim yang dari rawat inap terlambat disetor, terus masuk ke kita ke bagian ini juga tidak tepat waktu . akhirnya semua proses terganggu dan menjadi terhambat. Terus ditambah lagi ada waktu untuk verifikasi intern , terdiri dari dokter-dokter itu kan yang tim fraut itu . nah itu lambatnya disitu sudah molor di belakang terus ditambah verifikasi internal jadi tambah terlambat. Dari verifikasi internal kita kan juga butuh menyiapkan berkasnya nah menyiapkan berkasnya juga butuh waktu ya disitu proses keterlambatanannya disitu, klaw yang di ruang rawat inap kebanyakan itu dari dokternya dari resume medisnya karena dokter saat habis melayani pasien tidak langsung dikerjakan resumnya melainkan di taruh dulu dimeja baru kalau sudah agak longgar baru bisa membuat resum medisnya. Nah disini dokternya lama ndak langsung dikerjakan padahal resum medis sangat penting sebagai bahan dasar klaim. Apalagi kalau dokternya ada acara keluar kota itu tambah lama lagi pengumpulan berkasnya ke saya.</p>
	AY	<p>kita melakukan pengajuan ke bpjs kesehatan dengan mengirimkan berkas kesana sebelum itu harus dikode dulu berkas yang masuk harus kita koreksi dulu biar tidak ada kesalahan atau meminimalisir kesalahan setelah itu berkas bisa dikirimkan ke BPJS dan kalau bpjs setuju akan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.</p>
b. Bagaimanakah menurut anda ketersediaan tenaga kerja di tim penjamin BPJS	ES	<p>Kita punya ketua tim, sekretaris tim, koordinator <i>casemix</i>, dua orang <i>coder</i>, satu orang petugas kosting , dua orang pengumpul berkas dan lima orang tim verifikator, sebenarnya kalau dilihat kurang ya kurang, tapi</p>

RSD Balung sudah memadai ?	kalau namanya rumah sakit pemerintah ini kan istilahnya harus efisiensi adanya itu ya harus di optimalkan petugas yang ada, misalnya kalau kita liat disini beliau ini adalah kepala ruangan tapi dia juga bertindak sebagai verifikator, dan beliaunya juga dokter DPJP, tapi juga merangkap sebagai verifikator. Kita juga melihat dari senioritasnya juga. Karena diruangan itu kan juga berbagai macam to. Jadi yang kita pilih adalah mereka yang senior dan trek recort nya baik. Dia sebagai tim dia yang memverifikatori. Sedangkan untuk medis ya sesuai DPJPnya kalau penyakit dalam ya sesuai penyakit dalam
HA	menurut saya sudah cukup sih tapi masalahnya adalah semua petugas di tim <i>cesemix</i> merangkap jabatan gak hanya mengurus klaim BPJS misal saya koordinator juga dokter bedah disini, petugas kosting juga staff di keuangan, petugas koder juga merangkap sebagai petugas rekamedik, pengumpul berkas ya merangkap di kasir, tim verifikasi juga merangkap ada yang jadi kepala poli, kepala perawat dan lain-lain. Akibatnya kadang fokus kita terbagi-bagi mau ngerjakan yang mana
ED	kalau di kostingnya dengan banyak nya berkas kayaknya masih mencukupi, g tau kalau nanti kedepannya soalnya yang didepan yang di mbak linngar sama mbak resi itu bisa membantu, jadi agak mudah untuk sementara ini sudah cukup satu menurut saya,
RA	dikoder ini ada dua orang dan semuanya ngerangkep juga jadi petugas di rekamedis. Cukup sih kalo untuk penjaminannya, dianggap cukup kalo ga bilang cukup ya kurang. Kurang ga bakal nambah. Tiap bulan rawat inap 500an, yang rawat jalan 1000- 1500an berkas yang harus kita koding saya rasa enggak berat soalnya walaupun diusulkan kurang ya gak akan ditambah. Angel.
MD	Sebenarnya kalo dibilang kurang ya kurang sih, ini saja saya dobel jobdisk ngerjakan RM ngerjakan coding jadi ya mungkin kalo soalnya kalo disini SDMnya kurang mungkin kalo cukup bisa buat tim. Tapi untung kalo coder masih bisa diatasi lah
DL	kalau dari pengumpul berkas kan ada saya sama mbak resi kan ya sebenarnya kalau dari saya sama mbak resi begitu ada setoran langsung kita rekap dan di sini juga sudah cukup kok,

berkas kita verifikasi kelengkapannya kalau memang belum lengkap kita balikkan lagi ke ruangan entah itu rawat inap apa rawat jalan , nah tp cukup kok sebenarnya mungkin yang harus ditambahi itu adalah petugas administrasi ruangan karena disana petugasnya merangkep , tupoksi utamanya sebagai perawat dan harus mengerjakan tugas administrasi , pastilah pasien dulu yang diutamakan dan akhirnya administrasinya jadi terhambat. Nah kalau ditambah nanti ada yang menghendel berkas ada yang menghendel pelayanan ke pasien . karena pelayanan ke pasien itu membutuhkan waktu, kadang orang-orang manajemen itu menyepelkan pekerjaan administrasi. Padahal pekerjaan administrasi itu gak hanya mengumpulkan berkas aja , atau menulis berkas-berkas itu tidak seperti itu, tp harus menjelaskan ke pasien nah menjelaskan ke pasien ini yang membutuhkan waktu lama ya lak pasiennya pinter semua lah pasien nya banyak yang gak sekolah ya harus sabar dan itu butuh waktu, pasti seperti itu di ruang rawat inap dan disana permasalahan adminnnya hanya satu dan itu mengurus semua berkas tidak hanya pasien BJPS dan itu menurut saya kurang kalau seperti itu. Jadi akhirnya berkas juga ada yang gak terurus. sebaiknya butuh 2 petugas administrasi untuk ruang rawat inap satu menghendel berkas dan satu mengandel penjelasan ke pasien.

AY Disini ada saya ada bidan 1, perawat 1, dokter anak 1, saya 1, dokter gigi 1 ada 5 mas anggotanya dengan jumlah segitu insyaallah cukup kok yang paling banyak itu penyakit dalam, itu setinggi ini itu bisa saya selesaikan dalam waktu gak sampek 1 jam di tingkat fraud karena kenapa, saya dokter penyakit dalam saya bisa tau mana yang bolong-bolong misalkan , di rawat inap penyakit dalam kan ada perawat kami mungkin nulisnya ya tadi itu ada yang nulis anemia tapi lab nya tidak dilampirkan, saya tahu cepet ini , ndak bener ini tak singkirin sama aku untuk dilengkapi , lebih teliti dan ditangan dokter masing masing itu proses jadi lebih cepet karena sesuai dengan bidang dia

2. *Method (Cara Kerja)*

a. Bagaimanakah ES Misalnya petugas koder dia menerima berkas

menurut anda cara kerja tim penjamin BPJS Kesehatan dalam menjalankan tugas-tugasnya?

pelayanan yang sudah diverifikasi lengkap dari petugas SEP atau pengumpul berkas kemudian dilakukan koding pada berkas tersebut berdasarkan ICD 10., diagnosa dan tindakannya juga sesuai ICD 9 kemudian dilakukan entri data pada *software* INA CBG's setelah ditentukan dan menyerahkan berkas dan pada petugas costing. Memang setelah dikoding baru bisa costing bisa berjalan petugas costing sendiri itu akan menerima seluruh berkas yang telah dikoding serta *softcopy* data untuk selanjutnya di proses dengan *software* INACBG's sampai muncul tarifnya pelayanan yang ditentukan sehingga kita tidak bisa memang misalnya mau markup, ya kalau misalnya terjadi markup itu akan terjadi fraud atau kecurangan yang dilakukan oleh rumah sakit. Kemudian melakukan entri data costing dan mencetak keluaran hasil *grouped* masing-masing berkas klaim . kemudian kalau sudah keluar hasilnya kemudian menyerahkan berkas klaim kepada tim verifikasi berkas ke BPJS kesehatan kan ada tim verifikasi dari BPJS itu diserahkan disertai dengan berita acara pengajuan klaim. Jadi kita melakukan verifikasi internal dulu kemudian setelah dikosting diserahkan kepada tim verifikasi BPJS disana petugas BPJS akan memverif kadang-kadang ada yang tidak disetujui , kalau misalnya dilihat antara tindakan dan diagnose kadang-kadang yang tidak sesuai maka akan dikoordinasikan kepada rumah sakit. Nah dari proses ini nanti semua berkas tidak melalui apa semua berkas yang terkumpul kembali dari verifikator mau *setting* kemudian dikirim semua ke BPJS kesehatan nah dari BPJS kesehatan itu nanti baru di verifikasi oleh verifikatornya BPJS kesehatan dengan melalui *vkclaim* nah kalau misalnya ada klaim yang dirasa di kantor BPJS itu meragukan atau kekurangan entah itu dokumennya entah itu tanggal SEPnya keliru dan sebagainya maka akan jadi klaim pending bulan berikutnya klaim bulan berikutnya itu dia akan masuk tagihan bulan berikutnya jadi tagihan hari ini misalnya ada seribu berkas kemudian ada 50 berkas yang kembali maka akan menjadi klaim tertunda nah kemudian permasalahan yang ditanyakan bagaimana kalau ada klaim yang tertunda ini atau klaim yang harusnya tepat waktu menjadi tidak tepat

waktu kan seperti itu kalau klaim yang tertunda otomatis akan dilakukan verifikasi ulang ke rekamedis apa yang menjadi catatan dari BPJS . tapi kalau dari kendala klaim ini dia harus masuk ke BPJS tanggal 10 kemudian di kita tanggal 10 belum proses itu kita harus kembali merunut ke belakanag bagaimana prosesnya ternyata selama ini yang paling banyak dialami oleh rumah sakit balung yaitu berkas masuk terlambat tidak sesuai waktu yang ditentukan keterlambatan masuknya berkas terutama resum medis yang terlambat yang di berikan oleh DPJP sehingga kalau resiko medis belum muncul atau belum tertandatangani atau belum terisi oleh dpjpnya otomatis berkas tidak bisa di stor ke pengumpul berkas jadi itu kendala yang paling banyak saat dialami oleh kita sehingga sampai saat ini kita belum tepat tanggal 10 pengajuannya ke BPJS masih di atas tanggal 15 kita ngajukannya.

HA nah awalnya dari berkas yang dari poli dan ruangan rawat inap itu disetorkan ke pengumpul berkas, selanjutnya setelah berkas oke berkas ditaruh di lemari di rekamedik sana untuk dikode oleh petugas koder rekam medis sakjane gak terlalu berperan soalnya kenapa di rekam medis karena ruangan koder ada disitu yang satu tapi gak punya ruangan hehe. Setelah dikode petugas koder menginput secara *online* ke aplikasi INA CBG's nya tanpa diklik dikirim secara *online* dulu. Nah setelah berkas dikode baik secara *offline* atau secara *online* setelah itu berkas di limpahkan ke petugas kosting untuk dihitung tarif rumah sakitnya setelah di *input* semua berkas disetorkan ke tim verifikasi rumah sakit setelah berkas oke maka berkas di kembalikan ke petugas kosting untuk dikirim secara *online* dan direkap. Berkas yang sudah siap akan dipacing dan dikirimkan ke BPJS kesehatan . nah disana jika berkas sudah sesuai maka klaim akan dibayarkan jika tidak berkas akan dikembalikan untuk dievisi.

ED cara kerja yang saya lakukan cukup mudah sebenarnya mas saya hanya memasukkan tarif rumah sakit ke aplikasi yang disediakan oleh BPJS dengan *login* menggunakan SEP pasien saya memasukkan per-item biaya yang dikeluarkan rumah sakit di aplikasi klaim masih manual kita masukin satu-satu , rencana

	kedepannya kalau ini sudah terkoneksi kita jadi lebih mudah kita evaluasi dari sini oh harusnya ini masuk kesini kok malah masuk kesini jadi hanya lebih banyak mengkroscek saja .
RA	Ya sesuai SPO aja. SPOnya kan gatau ya punya SPO apa enggak, yang megang pimpinan . Tanya sama pimpinan ya. Kalo ngoding ya sesuai SPO, ada diagnosa keliatan ya dikoding. Kalau SPO dari depan ke belakang ada dipimpinan ya.
MD	Kita sesuai SK sesuai tupoksinya, ada SK pengendali itu nanti kita ada tugasnya disitu jadi coder itu tugasnya apa aja ada disitu
DL	kalau itu dari ruang rawat inap atau rawat jalan itu stor ke saya nah itu kita verif, verifnya itu tanda tangan dokter lengkap atau enggak, diagnosa ada apa enggak, di lembar INA CBG's, karena kalau ndak ada diagnosanya koder dirak bisa ngoding. Yang lebih kita tekankan itu untuk pasien-pasien yang operasi biasanya kan ada dokter atau petugas rawat inap yang ngasih ditindakan itu tindakan operasinya apa. Nah itu mempengaruhi tarif INACBG's nya apa, misalnya dia melahirkan sesar sama ndak sesar itu kan tarifnya beda nah disitu dia lupa ndak nulis cesar nya nah muncul di tarifnya rumah sakit juga ndak sama mangkanya disitu kita cek dibagian kita. Ceknya apakah sudah ada laporan operasi, tindakan operasi , cesar kalau dikolom tindakan gak dimunculkan nah pasti kita konfirmasi lagi ke ruang rawat inap. Ini bener enggak atas nama pasien ini kalau kurang tolong lengkapi. Biasanya itu yang kita kerjakan. Terus kelengkapan lainnya itu <i>billing</i> , dan surat pengantar di rawat jalan artian pasien masuk situ dari IGD berarti kan dia gawat darurat berarti diakan harus disertai dokter bahwa dia berhak dirawat. Kelengkapannya juga termasuk surat pengantar rawat inapnya juga. Kalau poli dia masuk dari rujukan puskesmas dari poli kondisinya harus masuk rawat inap , berarti dokter spesialis polinya ngasih surat pengantar rawat inap. Terus, kemarin kapan hari yang BPJS minta yudidi jadi itu rincian pekaiaan obat untuk rawat inap.jadi itu obat apa saja yang diberikan direkap disitu namanya yudidi. Dan itu muncul nominal obat berapa. Terus selama dia dirawat total biaya pasien itu dirawat terekam pada yudidi itu.duu BPJS

		seperti itu menginginkan resep obatnya seperti apa. Jadi yudidi, surat pegantar dirawat, resum medis, laporan operasi dan <i>billing</i> dan berkaas untuk penjuang medis kayak laporan lap, laporan radiologi itu disitu, kita hanya sebatas ngecek kelengkapannya saja
	AY	cara kerjanya adalah berkas yang sudah nyampek di tim <i>fraut</i> itu kita <i>breakdown</i> , itu artinya kita punya beberapa dokter yang berkompeten dibidang masing-masing ada penyakit dalam, anak-anak kandungan dll, untuk mempermudah itu kita bagi ke dokter masing-masing itu supaya dia jeli, jeli diagnosa ini benar enggak karena pada saat barang mentah seperti itu kita teliti lagi ada enggak yang salah, contoh diagnosanya anemia, dicek hbnya lho kok baik lha itu dokter yang bersangkutan dibidang masing-masing pengang itu akan jeli, wahh ini gak benar nih anemia kok ininya hbnya baik nah seperti itu jadi sesuai dengan bidang masing masing mempunyai tanggung jawab di berkas yang sudah ditata dimeja oh ini punya dokter penyakit dalam, dokter kandungan, dokter anak, dokter gigi sampek yang lain.
3. <i>Material</i> (berkas)		
a. Bagaimanakah menurut anda berkas untuk proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung sudah cukup baik?	ES	kalau kelengkapan enggak ada masalah, jadi kelengkapan berkas yang dikirim ke BPJS itu harus benar-bener semua memang, terkait diagnosa atau SEPnya kadang kadang antara SEP dengan datanya BPJS itu gak sama ada seperti itu, nanti itu tim pencetak SEP yang bisa menjawabnya jadi kalau berkas kita ketika tim pengumpul berkas stor ke koder itu sudah <i>clear</i> semua.
	HA	saya rasa cukup baik sih karena gak banyak yang dikembalikan oleh BPJS setiap bulannya
	ED	kalau kelengkapan berkas dari vedika kita satu November kita gak ada masalah sama sekali.
	RA	Kalo selama ini sih kalo kelengkapan sudah, kalo kualitasnya belum maksudnya gini contoh resume lengkap tapi belum tentu benar kadang benar tapi gak lengkap. Contohnya yang tadi ini kan gini, lengkap itu satu lembar <i>full</i> diisi semua. Nah emm ini penyakit penyertanya gak ada terus obatnya masa ini tok. Terus ini obat apa. Soalnya saya ngoding sesuai alur ini ada tindakan ya dikoding. Selama ini gitu, ini untung yang tak buka lengkap kadang ga

		lengkap blasss. Mek iki karo iki tok uwes. Itu
	MD	Kalo kita ga neliti satu- satu pokoknya ada lembar ini lembar INA CBG's sama resume yang buat liat gejala penyakitnya udah beres kita koding kalo liat kelengkapan berkasnya satu satu nantoi gak selesai-selesai
	DL	ada beberapa ruangan yang sudah rapi penyusunannya dan lengkap tapi ada beberapa ruang rawat inap yang juga masih belum rapi dan pasti ada yang kurang dan kita kembalikan untuk melengkapi, dan yang kurang itu biasanya ruang perinatologi, dan ruang bayi pasti surat pengantar untuk rawat inapnya tidak disertakan padahal surat pengantar untuk rawat inapnya kan penting kalau untuk bayi, bayinya misal ada kelainan , keluhan atau penyakit yang harus di rawat di ruang rawat inap di perintanologi bukan gabung sama ibunya karena kan kalau bayi sehat ada 2 kategori penjaminan BPJS untuk bayi , bayi sehat dia gabung dengan ibunya langsung masuk ke ruang nifas dirawat di ruang nifas namun kalau ada penyakitnya yang dijamin oleh BPJS masuk ruang bayi nah itu harusnya ada surat pengantar rawat inap disitu kadang petugas adminnya lupa tidak dikasih surat pengantarnya.
	AY	kualitasnya sih masih oke sementara ini yang masuk kesaya tapi ya itu kalau ada berkas yang masih salah saya kembalikan ke koder, dikasih jepretan ini kurang nanti dia nelpon rawat inap, kalau gak ketemu telpon lap , suruh cetak lagi dan melengkapi yang kurang, nah gitu
4. Machines (Sarana Prasarana)		
a.	ES	kalau untuk sarana prasarana kita menggunakan internet sama komputer, saya rasa dari manajemen sudah memfasilitasi dengan baik, jadi internet kita buat 100 mb, cuman kendalanya pada vklaim cetak SEP itu kan basisnya aplikasi nasional , begitu ada <i>error</i> nasioanal kita juga <i>error</i> . Keterlambatan bisa terjadi disitu juga, jadi begitu <i>error</i> sehari kita enggak bisa cetak SEP sehari maka manual , dan itu menghambat proses pengajuan klaim kalau dari sisi rumah sakit memang sudah memenuhi sesuai dengan kebutuhan. Dan ditim kita tunjuk satu orang it untuk kesediaan internet di kosting itu salah satunya

	<p>mengamankan ketersediaan internet. Kalau wawancara dengan tim yang lain nanti bisa ditanyakan untuk sarana prasaranya . dan kita juga buat ruangan khusus juga , ada fraut sendiri, kosting sendiri, koding sendiri, cuman ruang sep dengan pengumpul beerkas jadi satu, karena petugas SEP dan pengumpul berkas itu ada di depan jadi dia nyetak untuk pasien baru juga menerima berkas yang dari rawat inap. Walaupun sendiri-sendiri namun berdekatan kok untuk memudahkan koordinasi juga.</p>
HA	<p>sarana ini yang paling vital kan komputer sama internet dan insyaallah masih bisa lah, tapi kalau menurut temen temen yang lain saya enggak tau nanti ditanyakan saja</p>
ED	<p>untuk satu tim kayak kurang contohnya kebetulan saya it juga kebetulan saya yang mengkoordinir internetnya jalur jaringannya jadi mulai pendaftaran sampek disini itu komputernya kurang bagus satu komputer itu pendaftaran itu satu punya rumah sakit satu punya BPJS inventaris dulu memang BPJS ditempatkan disini sekarang sudah ditarik dikantornya komputernya kebetulan saya minta dan tidak dibawa, inventaris pun itu pun juga gak begitu bagus , dipendaftaran sebenarnya kita butuh komputer yang bagus karena apa yang sekarang itu <i>online</i> yang punya SEP, data basenya itu ada di telkom jadi setiap hari kita manggil jika butuh jaringan internet. Pasti kalau kita lemot tidak akan terdetek . yang kedua punya rekam medis, ini diruang sebelah juga kurang baik, koder juga belum punya nah tahun anggaran ini saya sudah data-data rencananya saya di taruh dibawah tempat pendaftaran satu lagi di taruh direkam medis untuk koder</p>
RA	<p>kurang sekali Hard sama komputer. Itu komputer BPJS yang tak pake. Harusnya kan itu dibawa Cuma dipinjem aja soalnya orangnya gak ada. Hard itu seperti buku yang isinya kayak kamus jadi ada semua kode diagnoasa disitu buku ICD-9 dan ICD-10 jadi itu harus ada tp disini masih belum ada.</p>
MD	<p>Sarana dari komputernya jaringannya udah cepet internetnya tapi mas seno pindah-pindah belum punya itu apa komputer sendiri yang diatas tadi itu aja punyaanya verrifikator BPJS kan sekarang udah VEDIKA e apaa klaim</p>

			digital itu Verifikasi Klaim Digital jadinya verifikasi nya gak pernah kesini sudah jadi langsung kirim kesana
	DL		kalau pengumpulan berkas iyaa masih kurang sebenarnya , itu butuh kapan hari itu minta lemari atau loker kecil, agar mempermudah pengerjaan kami, jadi nanti berkas yang gak lengkap bisa saya simpan dulu terus saya hubungi ruangan bersangkutan untuk membuat berkas baru yang lengkap pengennya seperti itu tp sampek sakarang masih belum dikasih lemarnya , akhirnya berkas semua tercampur di tempat kasir itu semua takutnya kalau gak ada lemari kan berkas-berkas semua kecampur soalnya semua jadi satu
	AY		untuk sarana prasarana sebenarnya gak ada masalah sih kalau di tim saya ya soalnya begitu sampek diruangan tim fraut langsung saya suruh perawat untuk ambil berkasnya untuk dibawa kesini poli penyakit dalam, sebenarnya saya sudah disediakan ruangan dan meja diatas di ruang tim fraut tapi teman-teman jarang kesana kebanyakan selalu di bawa keruangannya masing-masing
5. Time Bound (target Pencapaian hasil)			
a.	Bagaimana <i>time bond</i> /target pencapaian hasil yang anda buat ?	ES	sesuai aturan yang ditetapkan BPJS mas kalau target kita selalu narget harus selesai tanggal 10 bulan pelayanan selanjutnya namun kendalanya banyak sehingga masih belum konsisten dan jauh dari target.
		HA	target selalu saya komunikasikan ke teman-teman ini sebelum tanggal 10 sudah selesai . dan tanggal 10 sudah kirm ke BPJS tapi ternyata masih sulit seperti itu kita masih di atas tanggal 10 .
		ED	sebenarnya saya mentargetkan tanggal 6/7 sudah selesai tp ya itu teman-teman dibawah terlambat saya pun juga terlambat , secara umum begitu berkas ada langsung saya garap kok
		RA	Nah ini targetnya kalo target koder itu ga sampe 3 hari ini rajal dan ranap ini, soalnya kalo sehari ada ya lansung tak kerjakan saya entry. Maksimal ya 3 hari tapi bisa molor 7 hari kadang 2 minggu kalo saya lagi ga masuk. Hehe gapopo wes ojok ngomong yo sing

		penting klaim sebelum tanggal 10 ngunu wes
MD		biasanya sih saya target 3 hari setelah berkas ada disaya itu makasimal sih bisa lebih cepat soalnya ketika ada berkas langsung saya garap
DL		target nya h+2 tapi ruangan keberatan terus di ubah jadi h+4 tapi masih ada aja yang ruangan yang terlambat. Yang tepat waktu itu ruang anggrek dan GMC paviliun itu selalu tepat waktu yang lain masih banyak yang lolos. Dulu di melati juga sering terlambat karena ada dokter syaraf nya soalnya apa jam terbang dokter juga tiggi lama juga membuat resum medisnya tapi kalau sekarang sudah enggak. Yang paling lama setornya itu itu lewat satu minggu yaitu ruang nifas dan mawar operasi rata2 ruang yang ada tindakannya itu yang lama. ruang perinatologi dan dahlia itu cenderung cepet
AY		saya enggak pernah narget yang jelas pekerjaan yang saya lakukan tidak membutuhkan waktu satu hari begitu ada berkas langsung saya kerjakan, tp berkassnya enggak satu2 biasanya dikumpulkan dulu sampek banyak setelah itu disetor ke tim fraut begitu distort langsung kami kerjakan gak sampek sehari kami kembalikan atau sampaikan hasilnya ke petugas selanjutnya.

Procces (Proses)

1. Planning (Perencanaan)

a. bagaimana perencanaan yang anda buat dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSD Balung ?	ES	untuk rencananya kedepan pertama kita akan mengikutkan pelatihan tim , jadi pelatihan untuk peningkatannya yang jelas penguatan pada dokter DPJP, penguatan pada koordinasi komite medik , itu tugasnya saya sebagai ketua untuk koordinasi kepada komitte medik , bagaimana menjalin komunikasi agar DPJP itu bisa menulis resum tepat waktu dia kan rekamedis itu kan 2x24 jam harus setor rekamedis apabila ada rekamedis yang ternyata tulisannya belum komplid nanti akan disediakan ruangan khusus untuk dokter menulis resum medisnya, rencananya didekat taman itu nanti ada ruangan khusus untuk dokter seandainya berkas sudah masuk rekam medis namun belum lengkap maka dokter melengkapainya disitu jadi enggak harus keliling, jadi dokter tinggal menuju tempat itu mana yang akan ditulis jadi impiannya seperti
--	----	--

	itu sehingga tidak ada lagi resum yang terlambat
HA	kalau perencanaan kita lakukan di rapat-rapat rutin tim mas kita menetapkan target jumlah dana yang akan diklaim dsb. itu kan termasuk perencanaan yaa. Kita juga punya SPO kalau ada petugas yang kerepotan bisa di lihat lagi SPOnya kalau rencana kedepan kita pengennya nambah sarana prasarana penunjan gitu kayaknya pengumpul berkes butuh lemari koder juga butuh komputer soalnya satu belum punya itu sih mas.
ED	<i>Planning</i> -nya mungkin yang pertama itu sim rs kalau sudah sim rs sudah fix atau sudah terhubung semua secara otomatis terutama untuk memasukkann tarif rs ke aplikasi INA CBG's dan sudah bener sudah kita peke 100 % maka kita nanti untuk saya <i>briging</i> ke INA CBG's kementrian sangat besar sekali, misalnya untuk mempermudah percepatan klaim yang lama ini kan <i>input</i> untuk memilah ini kita butuh waktu biasanya kita gelondongan hasil akhir kita <i>input</i> -kan kita memilah akomodasi, mana obat, mana laborat, kita kan butuh waktu juga disini kan banyak juga item-itemnya, nah makanya itu mungkin yang agak lama itu, seandainya sim rs sudah bener-bener bisa <i>ter-conect</i> dengan itu maka akan mempercepat proses pengerjaan yang saya lakukan bisa efisiensi waktu juga
RA	Ga saya ga bisa <i>planning</i> sekarang, soalnya apa petugas rekam medis dengan RS tipe C sebesar ini itu cuman dua. Jadiya pegang mana- mana. Sak candake disikat. Nek iso nyandak iki yo iki lak ga iso yo sesok, nyandak liyane. Soalnya rekam medis juga kurang orang. Kalo bisa ngerjakan ini segini yaudah segini tak <i>input</i> , yang lainnya gak bisa. Soalnya sana minta laporan ndadak Insidentallnya itu
MD	<i>planning</i> saya ya pokoknya ada setoran itu ya misalnya kadang kan setornya itu per bulan ada yang langsung <i>break</i> gitu kalo per bulan itu langsung ada ya langsung dikoding terus kalo langsung <i>break</i> itu ya nanti liat itunya sih setornya kalo sudah siang ya gak mungkin kan langsung di koding jadi ya kalo mepet jam 2 bisa dilanjutkan besok lagi gitu
DL	emm saya biasanya enggak terlalu banyak <i>planning</i> , pokoknya ada berkas langsung saya

		cek kelengkapannya kalau enggak lengkap ya saya kembalikan kalau lengkap saya taruh di lemari agar dikerjakan oleh petugas koding itu aja sih
	AY	enggak ada mas ya itu dah begitu ada berkas langsung saya kerjakan dengan tim
2. organizing (pengorganisasian)		
a. bagaimana pengelompokan /pembagian kerja dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan di RSD Balung?	ES	untuk tim <i>casemix</i> alhamdulillah sudah sesuai dengan kemampuan mereka tim pengumpul berkas lulusan skm, 2 koder lulusan rekam medis untuk petugas costing lulusan TI dan di tim <i>fraud</i> berisikan dokter-dokter spesialis, bidan dan kepala perawat, mereka sudah berpengalaman dan kita ikutkan berbagai pelatihan koding kita ikutkan pelatihan untuk koder, yang costing kita ikutkan pelatihan INA CBG's dan lain sebagainya dan untuk tim <i>frount</i> kita ikutkan pelatihan 2 orang kemarin untuk pelatihan dan sementara untuk sekretaris dan koordinator kalau ada undangan ini akan selalu menghadiri koordinasi sesuai dengan bidangnya, kalau koordinasi kapan klaim dibayar, pengiriman berkas ke BPJS itu lebih sekretaris yang bekerja. Soalnya di SPO sudah dijelaskan sekretaris mengerjakan apa dan koordinator mengerjakan apa
	HA	bu endang itu koordinator tim secara keseluruhan, saya tugasnya sebagai koordinator temen-temen yang menyampaikan hasil dan kalau ada apa-apa ke pimpinan itu saya. Ada 2 petugas koder ya tugasnya mengkode berkas sekaligus menginput 2 orang pengumpul berkas tugasnya menerima dan menghimpun berkas dari poli dan ruangan dan ada satu petugas costing yang bertugas mengirim secara <i>online</i> itu kalau di inti <i>casemix</i> mas. Yang berhubungan dengan BPJS itu bu endang dan sekretarisnya nanti kita yang menyiapkan bahannya mereka yang ke sana ke BPJS.
	ED	pembagian tugas saya ini mas saya ngerjakan semua dibagian costing pokok nya dan tugas saya hanya menginput tarif rumah sakit secara rinci kedalam aplikasi INACBG's setelah itu saya juga bertugas mengentri dan merekap klaim sebelum dikirim ke BPJS kesehatan dan sesuai atau enggak tugas saya dengan SPO saya juga kurang paham soalnya SPO saya gak

		<p>pernah diajak ngomong lho mas saya enggak tau SPOnya seperti apa kalau prosedur saya pake pmk peraturan pemerintah itu kalau sesuai alur, mulai dari persyaratan, mulai dari tata cara klaim, mulai cara pengentrian, mulai tata cara pengiriman , saya sudah melakukan sesuai peraturan itu . tapi kalau SPO yang ada di rumah sakit saya belum pernah diajak ngobrol.</p>
	RA	<p>oh kalau itu saya mengerjakan semua rawat inapnya kalau mas rizal itu mengerjakan kode yang rawat jalan .</p>
	MD	<p>kalau pembagian tugasnya saya bagian rawat jalan dan mas seno bagian rawat inap tapi kadang-kadang kita juga bantu sih tergantung kalau longgar yaa saya bantu tapi saya bagian kode rawat jalan.</p>
	DL	<p>sama kok, ndak ada bedanya sama semua begitu ada berkas kita langsung bagi entah itu rawat inap atau rawat jalan semua kita yang memverifikasi. Bedanya dia tidak menghendel berkas BPJS ketenagakerjaan kalau saya yang pegang berkas itu, udah itu aja lain-lainnya sama semua, koordinasi dengan ruangan juga dua-duanya kok, koordinasi dengan atasan juga dua-duanya nya bisa,</p>
	AY	<p>jadi untuk saya khusus penyakit dalam , yang kedua dokter natalia dokter anak khusus anak, dokter gigi igandi bagian poli gigi yang satu lagi mas ardhi kepala perawat bagian yang lain-lain karena yang lain-lain itu kecil-kecil tapi banyak sisanya , mbak mindu bidan yang asistennya dokter murat menangani kandungan dan sianya itu yang mas ardi menangani bagian bedah dan sisanya , jadi 2 orang itu sering kita sebut bagian nano nano, cilik-cilik tapi akeh, nah saya satu tapi sak tumpuk.</p>
<p>3. Actuating (pelaksanaan)</p>		
a.	<p>Bagaimana dengan pelaksanaan pengerjaan di bagian bapak/ibu apakah semua dilakukan sesuai dengan SOP?</p>	<p>ES</p> <p>kalau SPO insyaallah sudah semua dek semua berjalan sesuai dengan SPO walaupun ada beberapa kendala dimasing-masing bagian bisa ditanyakan langsung kemereka. Cuman kalau disaya enaknya sudah dibantu sekertaris baru nanti kalau ada masalah yang gak bisa diselesaikan oleh sekertaris baru kesaya tapi selama ini selalu bisa dihandel sama sekertaris saya.</p>

	HA	iyaa sudah kok gak ada yang menyimpang dari SPO kalau ada yang tidak sesuai pasti segera di komunikasikan.
	ED	waduh kalau SPO saya enggak pernah di ajak ngomong saya ya sudah dikasih tugasnya gini ya saya kerjakan kalau SPO saya belum pernah diajak ngomong kalau ada tugas tugas baru selalu dikomunikasikan sama pimpinan terutama sama sekretaris
	RA	Halah yo wes diaggap sesuai. Aku loh ra ngerti SPO. Sing penting mari terus cair ra urusi SPO
	MD	gak sempet baca SPO saya juga enggak tau pokok dikasih tugas suruh ngode ini ya saya kode gitu aja
	DL	saya enggak tau mas SPO nya seperti apaa tapi insyaallah sudah karena gak ada teguran dari pimpinan setiap apa yang kami lakukan sudah sesuai dengan intruksi pimpinan
	AY	nah SPO nya kayaknya belum dibuat, namun karena ini baru dibuat tapi lancar2 saja tanpa SPO, kita selalu komunikasi di grub begitu ada berkas grub nya langsung rame dan langsung cepat tanggap, kita juga sering menanyakan ke grub kok g datang-datang berkasnya ayo manaa, namanya grub vedika, isinya ya itu.
b. Bagaimana kendala-kendala yang terjadi saat proses pelaksanaan dalam tugas yang dilakukan oleh anda ?	ES	Walaupun kita banyak terjadi kendala kalau di bandingkan dengan rumah sakit lain kita itu yang tidak ada masalah kita selalu dibayar lancar artinya seperti itu kalau misalnya, jadi selama ini kan kita ada tim pengendali, tim pegendali pelayanan ya kalau sekarang ini tim penjamin BPJS Kesehatan kemudian disana kita juga sudah ada tim timnya , disini ada tim <i>casemix</i> atau tim INACBG's klaim ya kemudian ada tuga coder dan ada petugas coster dan ada koordinator sedangkan secara keseluruhan ada ketua dan skertaris dan selama yang bekerja selama ini dikendalikan oleh sekretaris, kalau timbul permasalahan baru ke ketua selama ini kalau sudah istilahnya berjalan sesuai tupoksinya masing-masing kalau ada masalah baru ke ketua. Misalnya petugas koder dia menerima berkas pelayanan yang sudah diverifikasi lengkap dari petugas SEP atau pengumpul berkas kemudian dilakukan dilakukan koding pada berkas tersebut berdasarkan ICD 10, diagnosa dan tindakannya juga sesuai ICD 9 kemudian dilakukan entri data pada <i>software</i> INA CBG's setelah

ditentukan dan menyerahkan berkas dan pada petugas costing. Memang setelah dikoding baru bisa costing bisa berjalan petugas costing sendiri itu akan menerima seluruh berkas yang telah dikoding serta softcopi data untuk selanjutnya di proses dengan *software* INACBG's sampai muncul tarifnya pelayanan yang ditentukan sehingga kita tidak bisa memang misalnya mau *mark up*, ya kalau misalnya terjadi *mark up* itu akan terjadi *fraud* atau kecurangan yang dilakukan oleh rumah sakit. Kemudian melakukan entri data costing dan mencetak keluaran hasil grouper masing-masing berkas klaim . kemudian kalau sudah keluar hasilnya kemudian menyerahkan berkas klaim kepada tim verifikasi berkas ke BPJS kesehatan kan ada tim verifikasi dari BPJS itu diserahkan disertai dengan berita acara pengajuan klaim. Jadi kita melakukan verifikasi internal dulu kemudian setelah dikosting diserahkan kepada tim verifikasi BPJS disana petugas BPJS akan memverif kadang-kadang ada yang tidak disetujui , kalau misalnya dilihat antara tindakan dan diagnosa kadang-kadang ada yang tidak sesuai maka akan dikoordinasikan kepada rumah sakit. Nah dari proses ini nanti semua berkas tidak melalui apa semua berkas yang terkumpul kembali dari verifikator mau *setting* kemudian dikirim semua ke BPJS kesehatan nah dari BPJS kesehatan itu nanti baru di verifikasi oleh verifikatornya BPJS kesehatan dengan melalui Vklaim nah kalau misalnya ada klaim yang dirasa di kantor BPJS itu meragukan atau kekurangan e entah itu dokumennya entah itu tanggal SEPnya keliru dan sebagainya maka akan jadi klaim pending bulan berikutnya klaim bulan berikutnya itu dia akan masuk tagihan bulan berikutnya jadi tagihan hari ini misalnya ada seribu berkas kemudian ada 50 berkas yang kembali maka akan menjadi klaim tertunda nah kemudian permasalahan yang ditanyakan bagaimana kalau ada klaim yang tertunda ini atau klaim yang harusnya tepat waktu menjadi tidak tepat waktu kan seperti itu kalau klaim yang tertunda otomatis akan dilakukan verifikasi ulang ke rekamedis apa yang menjadi catatan dari BPJS. tapi kalau dari kendala klaim ini dia harus masuk ke BPJS tanggal 10 kemudian di kita tanggal 10 belum proses itu

kita harus kembali merunut ke belakanag bagaimana prosesnya ternyata selama ini yang paling banyak dialami oleh rumah sakit balung yaitu berkas masuk terlambat tidak sesuai waktu yang ditentukan keterlambatan masuknya berkas terutama resum medis yang terlambat yang di berikan oleh DPJP sehingga kalau resiko medis belum muncul atau belum tertandatangani atau belum terisi oleh DPJPnya otomatis berkas tidak bisa di stor ke pengumpul berkas jadi itu kendala yang paling banyak saat dialami oleh kita sehingga sampai saat ini kita belum tepat tanggal 10 pengajuannya ke bpjs masih di atas tanggal 15 kita ngajukannya.

HA kendala paling berat adalah teman2 dari ruangan itu telat nyetorinya di target h+4 pelayanan tapi masih aja terlambat ditambah lagi kalau berkas yang disetor itu tidak ada resum medis dari dokter itu sering seperti itu padahal di *casemix* sudah cepet dari pengumpul berkas sampek petugas costing itu sudah cepet dari admin ruangan yang jadi hambatan kita.

ED kalau kendala biasanya itu kalau hanya memasukkni ini g ada masalah , cuman kita tidak pernah tau evaluasi costing ini bener apa enggak yang kita lakukan diruangan ini biasanya kan disini kan kebanyakan ini kan belum ada evalasi kemarin kan di direktur itu menginginkan semua itu dievaluasi ini juga yang disini ada pemeriksaan obat , obat itu pun beda *billing* makanya saya katakan *billing* yang ada di rumah sakit ini belum sempurna , jadi mangkanya saya sering saya itu geger sama anak ruangan gara gara *billing* kadang disini 3 hari ditulis 4 hari karena kesalahan entri mereka belum terbiasa dengan *billing*, belum modern belum terbiasa dengan *billing* jadi kebingunngan kayak gini jadi nanti *loss* kayak injeksi kayak gini ini semuanya dientri , harusnya kan dalam satu rangkain itu kan ada satu paket kalau satu kali tindakan kadang di tindakan itu kan muncul tindakan lainkan nah itu mereka tidak tahu bahwahannya itu dalam satu paket. Nahh itu yang mereka belum tauh *diinput* lagi *diinput* lagi akhirnya costingnya membengkak , nah cuman disitu kalau disaya itu gak ada masalah karena memang kita hanya mencontek intinya kan kita hanya mencontek tp yang kita contek itu bener apa enggak kita juga

	enggak tau. Tutup mata pokok ada <i>biling</i> yang ada di ruangan nah itu saya anukan saya kerjakan.
RA	Kendalanya banyak satu tulisannya ga jelas, samean tak kon ndelok ngenenan ra pati jelas toh. Tulisane opo diagnosane opo. Itu nanti dikomunikasikan sama dokternya kalau endak sama perawatnya. Terus yang kedua kaya gini nih ada singkatan gak jelas. Nah ini juga dikomunikasikan. Ini STT pakenya apa soalnya disini sudah ada ada SK pembakuan singkatan di RS Balung. Nah itu STT nanti masuk apa gitu ya. Disini STT Suftasi Tumor, nanti kalo STT lain bukan Suftasi Tumor, Suspect Trauma Torax juga bisa. Jadi nya gini nih dikomunikasikan lagi, soalnya kan dokternya sama. Itu harus dikomunikasikan juga. Terus kendalanya senjata, senjata itu kalo koder namanya ICD international wes mbuh aku ra apal golek dewe pokok ICD 10 untuk diganosa penyakit ICD 9 untuk tindakan atau operasi. Senjatanya gak update harusnya punya hardnya adanya <i>softcopy</i> yang 2010. Ya 2010 sesuai dengan PMK 76 ini ya. Itu aja sih kendalanya yang rawat jalan. Kalo yang rawat inap tulisannya gak lengkap resume medisnya kadang ditulis kadang gak. Terus diagnosa utama itu dijejer kan harusnya satu terus yang lainnya diagnosa komplikasi atau pengorbit. Kalo disini ditulis semuanaya. Ada contohnya ini, nah ini untungnya satu biasanya banyak disini. Banyak satunya ini. Biasanya gak lengkap, jadi kita ngoding itu kalo ga ada yang di belakang ga akan ketemu diakhirnya. Kita bolehlah manut sama dokter tapi kan gatau. Kendalnya tulisan dan kelengkapan itu sih
MD	ini biasanya kita kesulitan kalau tulisannya dokter kan kadang ada yang gak bisa dibaca, terus lagi kadang dokter lupa nulis diagnosanya dan juga kita gak punya buku ICD-9 dan ICD-10 kita mengandalkan <i>software</i> pake internet nah kalau internetnya mati gak bisa kerja deh kita
DL	Kalau dulu kendalanya ada di ruang rawat inap nya rawat inap dalam artian berkas klaim yang dari rawat inap terlambat disetor, terus masuk ke kita ke bagian ini juga tidak tepat waktu . akhirnya semua proses terganggu dan menjadi termambat. Terus ditambah lagi ada waktu

untuk verifikasi intern , terdiri dari dokter-dokter itu kan yang tim *fraud* itu . nah itu lambatnya disitu sudah molor di belakang terus ditambah verifikasi internal jadi tambah terlambat. Dari verifikasi internal kita kan juga butuh menyiapkan berkasnya nah menyiapkan berkasnya juga butuh waktu ya disitu proses keterlambatanannya disitu, klau yang di ruang rawat inap kebanyakan itu dari dokternya dari resume medisnya karena dokter saat habis melayani pasien tidak langsung dikerjakan resumnya melainkan di taruh dulu dimeja baru kalau sudah agak longgar baru bisa membuat resum medisnya. Nah disini dokternya lama ndak langsung dikerjakan padahal resum medis sangat penting sebagai bahan dasar klaim. Apalagi kalau dokternya ada acara keluar kota itu tambah lama lagi pengumpulan berkasnya ke saya.

	AY	kalau dari saya sih enggak ada kendala karena berkas itu datangnya 1 minggu sekali kadang juga 2 minggu sekali dan sekali datang semua langsung selesai jadi gak terlalu bermasalah.
c. Bagaimana motivasi anda dalam proses pengerjaan pengajuan klaim bpjs kesehatan ?	ES	jadi sebetulnya untuk diri pribadi memang kita itu ingin memberikan yang terbaik seperti saya bukan untuk ambisi untuk menjadi direktur enggak mas, tapi untuk lebih untuk kualitas dan meningkatkan kopetansi diri seperti itu. Nomer satu adalah kita tidak tertinggal oleh rumah sakit lain . kemudian akreditasi rumah sakit. Dan disini itu seperti keluarga g seperti atasan atau bawahan jadi semua bekerja dengan senang. Misal akalau ada keluhan mereka langsung menyampaikan jadi kita tahu betul salah nya apa . dan juga motivasi untuk teman-teman motivasinya pada jasa pelayanan soalnya, sebetulnya arahnya ke japel, walaupun petugas pengelola sendiri kita terlambat tapi saya liat kinerjanya itu bagus sebetulnya motivasi dan kepemilikan ke rumah sakit balung itu besar. Karena dia memikirkan bahwa kalau sampek terlambat otomatis operasional rumah sakit juga terhambat. Walaupun jasanya belum diberikan tapi kinerjanya para petugas sudah luar biasa. Jadi setiap saat kita menginformasikan kepada kepala ruangan kepada temen-temen yang lain bahwa e ketepatan klaim itu menjadi tanggungjawab bersama begitu klaim

terlamabat maka keuangan juga terhambat begitu keuangan terhambat maka akan berdampak pada operasional rumah sakit, jika operasional rumah sakit tidak mencukupi maka jasa pelayanan mereka juga tidak bisa dibayar tepat waktu seperti saat ini karena keterlambatan klaim kita maka jasa pelayanan yang kita berikan pada bulan mei ini itu adalah jasa pelayanan untuk bulan januari seperti itu tetapi engan kondisi ini e karena mungkin di RSD balung itu rasa kebersamaannya itu tinggi sehingga kondisi apapun teman-teman tetap semangat kerja keras untuk memperlancar klaim karena apa klaimkan tidak hanya BPJS saja ada SPM itu juga sangat-sangat terlamabat. Jadi kita mengutamakan operasional sehingga kita memberikan memicu teman-teman lebih cepat kita bekerja maka klaim akan cepat maka japel juga akan cepat seandainya itu bisa rutin kita berikan tiap bulan itu juga akan menjadi motivasi teman-teman. Dan transparansi jasa mereka tau kok misalnya bulan mei tp ini merupakan jape bulan januari itu mereka berarti kita masih punya hutang ke mereka , mereka punya jasa yang terhutang oleh rumah sakit. Itu kita bangun ke teman-teman agar pekerjaan yang mereka lakukan benar-bener memang sesuai kebutuhan sehingga klaim berjalan dengan baik

HA motivasi yang pertama karena ini tanggung jawab tambahan yaa mas dan juga saya pengen memberikan yang terbaik juga untuk rumah sakit , saya juga seneng kerja dibagian ini walau saya jadwalnya padet tapi banyak yang bantuin disini sudah seperti keluarga.

ED kalau motivasi sih sering sekali mas cuman yang dilakukan itu biasanya gini kita itu disesuaikan dengan target misalkan biasanya kan kalau kita klaim kan dulu-dulu itu pertanggal 10 , tanggal 10 itu berkas sudah siap tapi dengan adanya vedika yang kita kirim itu datanya jadi soft kopinya makanya di mou itu maksimal tanggal 1-3 itu sudah harus terkirim tp kenyataannya mulai kita bekerja sama dengan vedika dari november – sekarang kita tidak bisa tetep tanggal 10 itu mungkin e dari pihak pimpinan mesti banyak motivasinya untuk gimana carasnya temen-teman diruangan supaya cepat menyelesaikan klaim. Yang

	<p>paling bermasalah adalah resum dokter, dan kalau untuk diri sendiri ya kita harus entri rutin, enggeh supaya kalau berkas ada kan penyetoran itu kan sudah mulai rutin jadi kita banyaknya berkas yang di setor juga gak tau kan antara minggu ini sama minggu depannya lagi biasanya ngobrak-ngobrak tiap pagi, koder entri cepet masukkan ke saya saya rutin, kita tidak banyak melaporkan ke tim <i>fraut</i> yang di koder juga butuh proses, nah jadi misalkan dalam satu hari kita selesaikan 100 berkas itu sudah bagus 1000-150 berkas itu sudah alhamdulillah,</p>
RA	<p>Ya Cuma itu pelatihan. Pelatihan itu bentuk insentif. Ya untuk update ilmu dan rekreasi ben gak sumpek nang RS. Ceritanya ngunu. Tapi untuk selanjutnya harusnya pakai bukan hanya itu. SDM harusnya disesuaikan dengan yang lain. Misal saya ikut pelatihan dan diterapkan disini, harusnya diterima karena ilmu baru itu tidak akan bisa langsung diserap langsung. Karena biasanya sesuatu yang benar kalah dengan yang biasa dilakukan. Nah iku, nang kene yo nek wes biasa yo iku sing bener. Gitu. Dan untuk diri sendiri yo nyambut gawe mas. haha. Anu nang kene nyambut gawe di anggep refreshing ngunu ae ojok di gawe anu apa namanya stress. Nah lak stress nak omah gak enak</p>
MD	<p>Motivasi saya ya biar cepet ke klaim jadi kalo ga cepet di kerjakan nanti klaimnya mundur gitu. Biar cepet supaya cepet ke klaim karenan nanti pengaruh ke semua pelayanan operasional kalau dari atasan biasanya kalo motivasi ada ya kasih honor gitu</p>
DL	<p>kalau itu namanya supervisi yaa, itu rutin setiap bulan biasanya saya dulu koordinasi ruangan mana aja yang sudah stor , kalau rawat jalan itu rutin 3 hari sekali sudah setor, tp kalau rawat inap ini bervariasi nah ini selalu kita komunikasikan , jadi kita juga koordinasi dengan manajemen terkait permasalahan yang ada nah disitu saya koordinasi dengan bu sri wahyuni atau mas didit, disitu dibidang juga sama pimpinan langsung koordinasikan sama ruangan yang terkait, kalau ruangnya gak sanggup menyelesaikan dalam tenggat waktu yang saya tawarkan biasanya bu sri wahyuni langsung turun menghubungi ruangan terkait untuk segera menyelesaikan berkas nya yag kurang. Dan juga biar cepet selesai mas biar</p>

		bisa ngerjakan yang lain juga.
	AY	emm motivasi saya yaa pengen bantu rumah sakit mas biar berkas dikirm enggak salah dan enggak dikembalikan sama BPJS kan repot juga kalau banyak yang dikembalikan
d. Bagaimana komunikasi yang anda lakukan dengan pimpinan atau dengan rekan sesama tim atau dengan rekan bagian lain ?	ES	untuk kepemimpinan seperti direktur dan pengawas ini biasanya saya lakuakan 6 bulan sekali untuk melaprockan perkembangan klaim tapi kalau ada sesuatu masalah yang harus saya komunikasikan pasti saya segera komunikasikan juga saat rapat rutin , untuk ke teman teman tim . biasanya ada rapat 2 minggu sekali dan juga kadang-kadang saya melakukan supervisi untuk mengecek apakah sudah berjalan dengan lancar atau ada kendala . yang selalu saya tanyakan ke teman-teman adalah bagaimana perkembangannya ada kendala apa enggak itu yang rutin saya tanyakan
	ED	komunikasi paling sering dilakukan di rapat mas jarang sekali saya ngecek ke ruangnya teman-teman juga kadang lewat grub wa koordinasinya sudah dimudahkan dengan teknologi juga jadi sewaktu-waktu dikomunikasikan.
	ED	biasanya tanya sudah kirim apa belum, atau mungkin apa ada kendala cuman itu dan itu dilakukan saat rapat atau saat pimpinan supervisi kesini, kalau masalah yang dikostingnya saya memang gak ada masalah mas. Tapi kalau review satu tim itu baru mungkin ada masalah, mungkin yang ada kendala itu di depan karena kontak dengan pasien dan mengurus SEP. Terus dikoder soalnya kan biasanya dokter tidak jelas menuliskan diagnosa
	RA	kalau kepemimpinan biasanya saya lapor kalau ada kedala-kendala perkembangan dll tp kalau ke teman rekan setim biasanya saya kalau ada keperluan atau kesibukan saya minta tolong mas rizal untuk menghandel dulu tp kalau bener-bener gak bisa yaa, itu sehari2 nya tp saat rapat juga saya sampaikan kalau ada kendala terutama sama ruangan untuk bilangi dokternya jagan lupa buat nulis diagnosanya agar bisa saya koding gitu.
	MD	biasanya saya lakukaan saat rapat sih ,
	MD6	untuk kepemimpinan jarang sih mas, pada saat rapat-rapat saja yang biasa kesini biasanya sekertarisnya , kalau dengan rekan setim selai di rapat sehari-hari juga kami lakukan terutama

		dengan mbak resi mas didit itu sehari-hari kami lakukan, kalau dengan ruangan biasanya juga h+4 berkas belum dikirim saya telpon ke ruangan atau kalau ada berkas yang masih kurang saya kembalikan itu selalu saya komunikasikan lewat telepon
	AY	kalau komunikasi dengan pimpinan jarang mas, kalau dengan tim biasanya saya di grub selalu saya tanyakan mana berkasnya kok belum ada di meja gitu biasanya saya tanyakan di grub whatsapp.
e. Apakah ada pelatihan yang disediakan rumah sakit untuk anda guna menambah skil dalam pengerjaan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan ?	ES	kalau <i>casemix</i> itu lebih yang mengadakan pelatihan adalah kementerian dan bpjs kalau internal kita enggak ada , cuman kalau internal kita administrasi ruangan istilahnya bukan pelatihan namun rapat-rapat koorinasi rutin dan selalu <i>refresh</i> ke mereka apa yang harus dilakukan tindakan apa saja yang perlu disampaikan itu rutin kita sampaikan kadang-kadang isidental sesuai dengan permasalahan yang muncul.
	HA	selama saya menjabat sebagai koordinator baru sekali tahun kemarin ada pelatihan dan tahun ini belum juga. Biasanya yang di kirim itu petugas koding atau kosting tapi tahun ini belum ada,
	ED	kalau dulu di eranya BPJS itu belum diambil oleh BPJS dikantor itu, itu rutin, sama kementerian kita kan klaimnya di kementerian, jadi dulu ada namanya itu verifikator independen jamannya jamkesmas, nah itu kita rutin setiap 3 bulan entah itu dari pihak kosting entah itu penanggung jawab keuangan itu rutin ada pelatihan semenjak ada bpjs ini kayak nya di permudah lingkupnya kan hanya kabupaten per pertemuannya itu belum begitu rutin, ada 6 bulan sekali , nah itu pun hanya di lokal jadi permasalahan dilokal itu belum tentu, untuk pihak kosting dan pihak kodernya itu mencakup kalau yang dilokal BPJS ini yang dikabupaten biasanya kita rivew jadi permasalahan apa sih yang terjadi di rumah sakit, nah dengan adanya BPJS atau SEP yang terbitkan sama BPJS hanya itu jadi kendala yang adan di klaim di kementerian itu tidak ada pembahassan jadi misalkan koder apa sih yang bisa dipake supaya rs itu untung gak rugi, tapi kalau kita pertemuan dengan kementerian itu mereka malah menunjukkan ini lho yang membuat koder atau klaim itu tinggi, nah itu malah mengasih tau

		tapi lingkup nasional kalau yang lingkup kabupaten ini kayaknya, lingkungnya review, kalau ditanya kurang ya kurang kurang sekali,
	RA	Ada baru sekali tahun ini, tahun kemarin sekali juga. Sebenarnya dua. Kalo awal tahun <i>update</i> peraturan kalo dibelakang evaluasi. Nah kalo <i>update</i> itu kan pasti ada permasalahan nah itu disampaikan diakhir tahun. Nanti untuk pembentukan peraturan yang akan datang 2018 pake 2017 masih kaya peraturan BPJS tentang berita cara kesepakatan koding. Nanti dalam 2018 ada masalah itu nanti ada SK lagi untuk 2019 gitu.
	MD	ada kita selama ini setiap ada <i>update</i> kode baru kita selalu mengajukan untuk ikut pelatihan, gantian saya sama seno ,YA pokoknya setahun itu ya gak sekali karena <i>update</i> nya gak setiap tahun ya paling 2 tahun. Konsekuensinya koder ya kaya ada perubahan penyakit kan mesti ada penyakit baru kan
	DL	kalau pelatihan yang kemarin itu pelatihan komunikasi , soalnya kita juga kontak dengan pasien di PAT , nah kalau pelatihan casemix nya belum dan kita juga butuh itu kita juga perlu dilatih dalam membuat SEP dll, tp kalau sekedar hanya ngecek itu enggak perlu gpp kok soalnya juga gak terlalu sulit juga. Dan belum ada pelatihan untuk itu, dulu ada wacana kalau ada pelatihan-pelatihan mau diikuti kita tapi sampek sekarang masih belum ada,
	AY	Tidak ditanyakan
f. Bagaimana menurut anda kepemimpinan yang sudah dilakukan oleh pimpinan dalam proses pengajuan klaim?	ES	Kepemimpinan yang saya lakukan gak terlalu keras kok mas , gak otoriter kalau istilahnya, saya ingin membangun tim seperti sebuah keluaran rasa saling memiliki nya tinggi itu yang saya pegang selama ini. Kalau ada masalah selalu dibicarakan baik-baik dulu gak semena-mena langsung ambil tindakan. Saya juga tertolong dengan adanya sekertaris soalnya selama ini dia yang selalu kontak langsung dengan tim.
	HA	Saya sih gak macam-macam mas gak terlalu keras juga soalnya semuanya sudah berjalan dengan baik juga kalau di tim sih emangkan yang bikin terlambat bukan dari tim kita yang lelet tapi dari admin ruangan yang terlalu lama menyeter ke sini.
	ED	Sudah baik sih mas , komunikasi lancar, arahan lancar, walupun masih terlambat dalam pengajuan klaimnya tapi pimpinan masih enak

		ndak dalam tekanan pimpinan sudah membuat suasana kerja disini nyaman saya suka
	RA	Gaya nya teges mas cuman gak otoriter yang sak enake dewe, pengertian lah masih
	MD	Bagus kok sudah mas,
	DL	Terbuka mas pimpinan juga mengayomi segala sesuatu jika bawahannya mengalami kesulitan selalu dikasih solusi yang tepat
	AY	Wah saya gak terlalu interaksi banyak seh mas sama pimpinan sampean biasa tanya ke yang lain yaa
g. Bagaimana pengawasan yang anda lakukan dalam pelaksanaan proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan RSD Balung ?	ES	Pengawasan rutin selalu dilakukan mas saya minta tolong ke sekertaris saya untuk mengawasi jalannya pelaksanaan pengajuan klaim rutin dilaksanakan biasanya seminggu sekali. Nanti dikroscek apakah semua ruangan lancar dalam menyetorkan berkasnya, setiap petugas juga ditanyai kendalanya apa saja saat itu di tanya keliling pokok nanti sekertaris saya yang laporan ke saya perkembangannya bagaimana
	HA	Pengawasannya biasanya saya cek berkasnya sudah siap apa belum, saya cek kelengkapan berkasnya tp gak semua ambil sampel gitu, tapi kan saya jarang ya ada di tim paling banyak pengawasan dilakukan oleh sekertarisnya bu endang,
	ED	Pengawasannya dalam bentuk sidak biasanya , dicek semuanya mas, nanti ditanyai sudah entri berapa berkas bulan ini, revisinya bagaimana, kesiapan klaim bagaimana disaat mepet mepet tanggal 10, itu seh mas
	RA	Pengawasan yang dilakukan kesaya biasanya ditanya ayo seno sudah dikoding apa belum, biasanya pimpinan suka ngoprak ngoprak saya kalau berkas harus segera dikoding
	MD	Paling pengawaannya ya dicek mas sudah dikoding apa belum tapi lebih banyak ke mas seno itu
	DL	Pengawasannya biasanya pimpinan ke sini mas di wakili oleh sekertarisnya di cek ruangan apa saja yang mengalami hambatan terus di cek disana dan pimpinan langsung memberi intruksi untuk segera melengkapi berkas klaim jika ada yang belum lengkap.
	AY	Paling ya itu mas ditanya i sudah dikoreksi apa belum berkasnya mas

Output (keluaran)

1. Bagaimana ketepatan jumlah berkas siap klaim ke bpjs kesehatan apakah sudah sesuai dengan jumlah pasien BPJS Kesehatan yang berkunjung di RSD Balung Kabupaten jember	ES	seluruhnya , sudah tepat . kami itu sudah punya tim yang andal rekapitulasi berkas sebelum itu dikirimkan ke BPJS itu dilist dulu kalau misalnya ada satu kancrit itu dicari dulu jadi tidak ada berkas kancrit adanya memang BPJS meragukan ini harus begini harusnya begini, atau istilahnya tidak layak oleh BPJS
	HA	kalau ini saya rasa baik lah solnya berkas yang dikembalikan BPJS kekita setiap bulanya sedikit sekali gak sampai 50 berkas juga
	ED	sudah cukup baik menurut saya walaupun masih ada revisi tapi itu sedikit sekali dan bisa ditangani
	RA	Tidak ditanyakan
	Inf-5	Tidak ditanyakan
	DL	Tidak ditanyakan
	AY	Tidak ditanyakan
2. Bagaimana ketepatan jumlah dana yang akan diklaimkan ke BPJS Kesehatan ?	ES	tepat sudah sesuai tarif dan sudah sesuai dengan yang kita ajukan.
	HA	kalau ini pasti tepat mas kalau kodenya tepat tarifnya juga tepat g ada masalah kalau ini gak bisa di utek-utek juga biaya yang kita ujukan segitu ya segitu wes , dan yang dibayarkan BPJS juga sesuai dengan yang kita ajukan .
	HA	insyaallah sudah tepat yang kita ajukan sesuai dengan yang dibayarkan olah BPJS
	ED	Tidak ditanyakan
	RA	Tidak ditanyakan
	MD	Tidak ditanyakan
	DL	Tidak ditanyakan

LAMPIRAN E. Dokumentasi



Gambar 1. Wawancara dengan pengumpul berkas



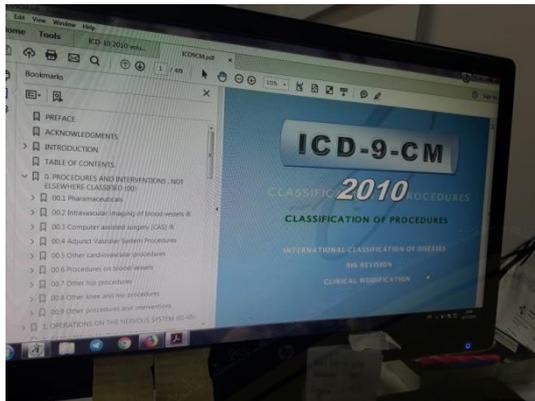
Gambar 2. Wawancara dengan *coder*



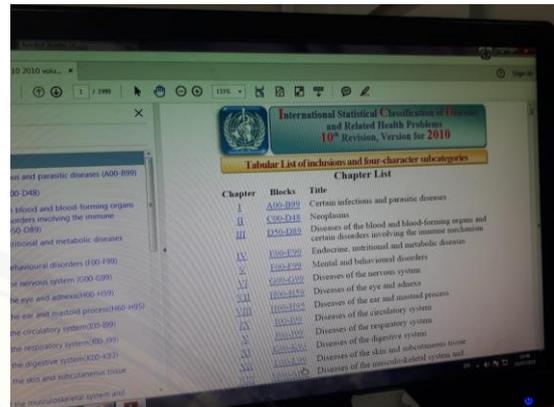
Gambar 3. Wawancara dengan *costing*



Gambar 4. Wawancara dengan ketua tim penjamin



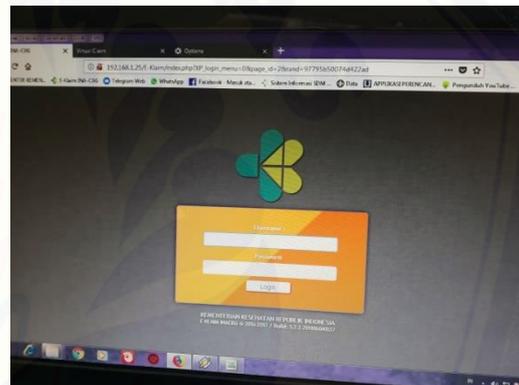
Gambar 5. ICD 9



Gambar 6. ICD 10



Gambar 7. Checklist verifikasi BPJS



Gambar 8. Software INA CBG'S

