

TESIS

PELAKSANAAN PENGAJUAN KLAIM BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN DI RUMAH SAKIT UMUM BAHAGIA MAKASSAR

*IMPLEMENTATION OF HEALTH SOCIAL INSURANCE
ADMINISTRATION ORGANIZATION (BPJS) SUBMISSION CLAIM AT
BAHAGIA GENERAL HOSPITAL MAKASSAR*

**ARIEF AZHARI ILYAS
K012181143**



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2020



TESIS

PELAKSANAAN PENGAJUAN KLAIM BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL DI RUMAH SAKIT UMUM BAHAGIA MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh

ARIEF AZHARI ILYAS
Nomor Pokok K012181143

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 14 Agustus 2020
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasihat



Prof. Dr. H. Indar, SH., MPH
Ketua



Dr. Syamsuar, SKM., M.Kes., M.Sc.PH
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat


Dr. Masni, Apt., MSPH

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Arief Azhari Ilyas

No. Pokok : K012181143

Program Studi: Kesehatan Masyarakat

Dengan ini **MENYATAKAN** sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan mengambil alihan atau pemikiran orang lain.

Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan sebahagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 10 November 2020

Yang Membuat Pernyataan,


6000
RAMPIL
(Arief Azhari Ilyas)



PRAKATA

Bismillahirrahmanirrahim

Puji dan syukur dipanjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan berkah dan rahmat serta anugerah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Pelaksanaan Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumah Sakit Umum Bahagia Makassar”. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Penyusunan tesis ini dapat penulis selesaikan berkat kesediaan pembimbing untuk meluangkan waktunya memberikan petunjuk, arahan dan motivasinya. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada Prof. Dr. H. Indar, SH., M.PH selaku pembimbing I dan Dr. Syamsuar, SKM., M.Kes., M.Sc.PH selaku pembimbing II yang telah membimbing, mengarahkan, dan memberikan masukan untuk membuat tesis ini menjadi lebih baik.

Segala wujud bakti dan kasih sayang penulis persembahkan dengan penuh hormat kepada kedua orang tua tercinta, Ayahanda Ilyas Jabbar, SH dan Ibunda Alm. Husnah atas segala doa, dukungan, pengertian, kesabaran dan pengorbanan yang tidak terhingga sehingga penulis bisa menjadi seperti sekarang ini. Teruntuk kakak saya Akram dan Irma terima

kas dukungan dan semangat yang telah diberikan selama proses



penyusunan tesis ini. Untuk keluarga besar, terima kasih untuk doa dan dukungan yang selalu diberikan kepada penulis.

Selain itu, penulis meyampaikan ucapan terima kasih yang tulus serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Palubuhu, MA, selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Prof. Dr. Jamaluddin Jompa, M.Sc, selaku Dekan Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Aminuddin Syam., M.Kes., M.Med.Ed, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Dr. Masni, Apt., MSPH, selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
5. Prof. Dr. Amran Razak, SE., M.Sc, Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc dan Dr. Masni, Apt., MSPH selaku tim penguji yang telah memberikan saran, arahan dan kritikan yang sangat bermanfaat.
6. Seluruh dosen dan staf Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bantuan informasi, masukan dan pengetahuan.
7. Seluruh staf di RSUD Bahagia Makassar atas bantuan dan kerjasamanya.



8. Teman-teman seperjuangan mahasiswa PPS Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan angkatan 2018 yang tanpa hentinya memberikan semangat yang luar biasa.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu, semua saran dan kritik akan diterima dengan segala kerendahan hati. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat berbagai pihak.

Makassar, Juni 2020

ARIEF AZHARI ILYAS



ABSTRAK

ARIEF AZHARI ILYAS. *Pelaksanaan Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Rumah Sakit Umum Bahagia Makassar (Dibimbing oleh Indar dan Syamsuar)*

Dampak dari keterlambatan pembayaran klaim ke rumah sakit secara langsung mempengaruhi kualitas layanan di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Bahagia Makassar.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan jenis penelitian studi kasus. Pengumpulan data melalui observasi dan wawancara mendalam kepada 8 informan yang terdiri dari koder, kepala instalasi rekam medis, DPJP, perawat, petugas laboratorium, radiologi, pendaftaran dan verifikator internal. Untuk melihat aspek *input*, *process*, dan *output* dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Pengolahan data menggunakan *content analysis*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa aspek input, ketersediaan SDM belum memadai, perbedaan pemberian insentif, item dalam formulir rekam medis terlalu banyak dilengkapi sehingga kepatuhan dokter dalam mengisi rekam medis masih kurang, implementasi SOP belum lancar serta perangkat komputer dan jaringan kurang memadai. Kemudian masalah indikator proses yaitu sering didapatkan catatan pada rekam medis pasien rawat inap tidak terisi lengkap serta pengumpulan rekam medis tidak tepat waktu sedangkan output yakni pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Bahagia setiap tanggal 8. Pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan belum efektif karena masih terdapat berkas klaim tidak lengkap ketika diajukan. Maka, disarankan untuk memberikan sanksi lebih tegas lagi kepada dokter yang tidak melengkapi rekam medis kemudian dalam pemberian insentif diberikan kepada semua yang terlibat dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

Kata Kunci: Pembayaran, Klaim, BPJS Kesehatan, Input, Proses, Output



ABSTRAK

ARIEF AZHARI ILYAS. *Pelaksanaan Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Rumah Sakit Umum Bahagia Makassar (Dibimbing oleh Indar dan Syamsuar)*

Dampak dari keterlambatan pembayaran klaim ke rumah sakit secara langsung mempengaruhi kualitas layanan di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Bahagia Makassar.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan jenis penelitian studi kasus. Pengumpulan data melalui observasi dan wawancara mendalam kepada 8 informan yang terdiri dari koder, kepala instalasi rekam medis, DPJP, perawat, petugas laboratorium, radiologi, pendaftaran dan verifikator internal. Untuk melihat aspek *input*, *process*, dan *output* dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Pengolahan data menggunakan *content analysis*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa aspek input, ketersediaan SDM belum memadai, perbedaan pemberian insentif, item dalam formulir rekam medis terlalu banyak dilengkapi sehingga kepatuhan dokter dalam mengisi rekam medis masih kurang, implementasi SOP belum lancar serta perangkat komputer dan jaringan kurang memadai. Kemudian masalah indikator proses yaitu sering didapatkan catatan pada rekam medis pasien rawat inap tidak terisi lengkap serta pengumpulan rekam medis tidak tepat waktu sedangkan output yakni pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Bahagia setiap tanggal 8. Pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan belum efektif karena masih terdapat berkas klaim tidak lengkap ketika diajukan. Maka, disarankan untuk memberikan sanksi lebih tegas lagi kepada dokter yang tidak melengkapi rekam medis kemudian dalam pemberian insentif diberikan kepada semua yang terlibat dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

Kata Kunci: Pembayaran, Klaim, BPJS Kesehatan, Input, Proses, Output



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PRAKATA	iii
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah.....	8
1. Bagaimana pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan dari segi <i>input</i> di RSUD Bahagia Makassar ?	8
2. Bagaimana <i>pelaksanaan</i> pengajuan klaim BPJS Kesehatan dari segi <i>process</i> di RSUD Bahagia Makassar ?	8
3. Bagaimana pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan dari segi <i>output</i> di RSUD Bahagia Makassar ?	8
C. Tujuan Penelitian	8
1. Tujuan Umum	8
2. Tujuan Khusus	8
D. Manfaat Penelitian	9
1. Manfaat Bagi Peneliti	9
2. Manfaat Bagi Institusi Rumah Sakit.....	9
3. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	11
1. Definisi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	11
2. Karakteristik Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	12
3. Mekanisme Penyelenggaraan.....	14



4. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Menurut	24
5. Standar Tarif dan Mekanisme Pembayaran ke Faskes	24
B. Rumah Sakit	25
1. Definisi Rumah Sakit	25
2. Pelaksanaan JKN Kesehatan di Rumah Sakit	27
C. Klaim	30
1. Definisi Klaim	30
2. Pengajuan Klaim	31
3. Ketentuan dalam Pengajuan Klaim Menurut (Perpres RI, 2018) : ..	33
4. Tujuan Proses Klaim	36
D. Pendekatan Teori pada Pelaksanaan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan	36
E. Kerangka Teori	38
F. Kerangka Konseptual	39
1. Input	39
2. Proses	40
3. Outcome	40
G. Definisi Konseptual	47
H. Sintesa Penelitian	49
BAB III METODE PENELITIAN	57
A. Desain Penelitian	57
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	58
C. Informan Penelitian	58
D. Pengumpulan Data	59
1. Data Primer	59
2. Data Sekunder	60
E. Matriks Pengumpulan Data	61
F. Instrumen Penelitian	62
G. Pengolahan dan Analisis Data	63
1. Pengolahan Data	64
2. Analisis Data	64
V HASIL DAN PEMBAHASAN	65



A. Hasil Penelitian	65
1. Gambaran Lokasi.....	65
2. Karakteristik Informan	72
3. Input terhadap Pelaksanaan Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	73
4. Proses terhadap Pelaksanaan Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	86
5. Output terhadap Pelaksanaan Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	99
B. PEMBAHASAN.....	101
1. Input terhadap Pelaksanaan Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	102
2. Proses terhadap Pelaksanaan Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	118
3. Output terhadap Pelaksanaan Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	130
C. Keterbatasan Penelitian.....	134
BAB V PENUTUP.....	135
A. Kesimpulan.....	135
B. Saran.....	138
1. Untuk Rumah Sakit	138
2. Untuk Peneliti lain	139
DAFTAR PUSTAKA.....	140
LAMPIRAN.....	147



DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
Tabel 2.1	Definisi Konseptual	47
Tabel 2.2	Matriks Penelitian Terdahulu Mengenai Pengelolaan Klaim BPJS di Rumah Sakit	49
Tabel 3.1	Matriks Pengumpulan Data	61
Tabel 4.1	Karakteristik Informan di RSUD Bahagia Makassar Tahun 2020	73
Tabel 4.3	Daftar DPJP, Perawat, dan Tenaga Penunjang yang Bekerja di RSUD Bahagia Makassar Tahun 2020	75



DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori	39
Gambar 2.2 Kerangka Konseptual	46
Gambar 4.1 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai kebutuhan SDM (<i>Man</i>)	79
Gambar 4.2 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai kesediaan insentif (<i>Money</i>)	81
Gambar 4.3 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai kesediaan SOP (<i>Method</i>)	85
Gambar 4.4 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai kesediaan teknologi informasi (<i>Machine</i>)	87
Gambar 4.5 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai kendala dalam penggunaan teknologi informasi	87
Gambar 4.6 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai proses pendaftaran pasien	89
Gambar 4.7 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai persyaratan di pendaftaran pasien	90
Gambar 4.8 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai persyaratan pembuatan SEP	91
Gambar 4.9 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai permasalahan dalam proses pendaftaran pasien	91
Gambar 4.10 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai rekapitulasi pelayanan	93
Gambar 4.11 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai permasalahan dalam melengkapi rekam medis	95
4.12 Skema hasil wawancara tentang proses rekapitulasi	xiii



berkas klaim	97
Gambar 4.13 Skema hasil wawancara tentang kendala dalam proses rekapitulasi berkas klaim	98
Gambar 4.14 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai proses kode dan entri data	100
Gambar 4.15 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai permasalahan dalam proses kode dan entry data	100
Gambar 4.16 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai waktu klaim diajukan	102
Gambar 4.17 Skema hasil wawancara dengan informan mengenai waktu pengajuan berkas klaim yang tidak lengkap	102



DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

Singkatan	Kepanjangan/Pengertian
APBD	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ASKES	Asuransi Kesehatan
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPS	Badan Pusat Statistik
DPJP	Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Pertama
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases</i>
INA-CBGs	<i>Indonesia Case Based Groups</i>
JAMKESDA	Jaminan Kesehatan Daerah
JAMKESMAS	Jaminan Kesehatan Masyarakat
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
KK	Kartu Keluarga
KTP	Kartu Tanda Penduduk
OPD	Organisasi Perangkat Daerah
PMIK	Perekam Medis dan Informasi Kesehatan
PPK BLUD	Penerapan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah
PBI	Penerima Bantuan Iuran
RJTL	Rawat Jalan Tingkat Lanjut
RITL	Rawat Inap Tingkat Lanjut
RM	Rekam Medis
RSU	Rumah Sakit Umum
SDM	Sumber Daya Manusia
SEP	Surat Eligibilitas Peserta
SIM RS	Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional
SO	<i>Sentral Opname</i>
SOP	Standard Operating Procedure
TT	Tempat Tidur
V-claim	<i>Virtual Claim</i>



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Jaminan Kesehatan merupakan sebuah jaminan perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, diberikan kepada setiap orang yang telah membayar luran Jaminan Kesehatan ataupun luran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah (Perpres RI, 2018). Selain itu melalui program Jaminan Kesehatan ini, setiap penduduk diharapkan mampu memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak jika terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan ketika menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, dan memasuki usia lanjut atau pensiun (Andita, 2016).

Program jaminan kesehatan nasional yang diterapkan oleh pemerintah ini bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan sosial masyarakat dalam memberikan kemudahan pelayanan publik terutama aspek kesehatan. Sesuai dengan tujuan negara yang tertuang dalam pembukaan UUD 1945 yaitu memajukan kesejahteraan umum. Seharusnya dengan program JKN, pemerintah dapat meningkatkan kesejahteraan

terutama masyarakat menengah kebawah. Program ini merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang



bersifat wajib untuk seluruh penduduk melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (UU RI, 2004). Implementasi program JKN oleh BPJS Kesehatan dimulai sejak 1 Januari 2014.

Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS sebagai pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial sesuai yang tertuang dalam Undang - Undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 1 tentang BPJS (UU RI, 2011). Hal ini memiliki dampak perubahan dalam pembayaran klaim BPJS Kesehatan, yang dibayarkan dengan menggunakan sistem paket INA CBG's dan di luar paket INA CBG's (Permenkes RI, 2013). Dengan sistem tersebut rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada pasien dan keluarganya.

Beberapa penelitian terkait pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional sejak 2014 memberikan gambaran sebagai berikut. Penelitian yang dilakukan oleh Windarti (2019) menunjukkan bahwa Penerapan JKN di RSUD Nene Mallomo dan RSUD Arifin Nu'mang Kab. Sidrap belum maksimal karena kepatuhan DPJP dalam mengisi resume medis pasien menyebabkan keterlambatan pada saat proses pengajuan klaim, kemudian pemberian kode pada berkas yang terkadang belum lengkap, serta jaringan

di rumah sakit yang kurang memadai.



Penelitian yang dilakukan Agussalim (2017) menunjukkan bahwa Penerapan kebijakan JKN di RSUD Undata Palu belum maksimal pelaksanaannya seperti komunikasi antara petugas dengan pasien yang belum sepenuhnya baik, SDM yang tersedia cukup memadai tetapi masih dibutuhkan penambahan SDM mengingat semakin tingginya minat masyarakat untuk ikut serta dalam program JKN.

Penelitian yang dilakukan oleh Artanto (2018) menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi klaim tertunda ialah ketidaklengkapan resume medis yang didominasi oleh ketiadaan tanda tangan Dokter Penganggung jawab Pelayanan (DPJP), hal ini disebabkan karena adanya tugas ganda pada *case manager* sehingga terjadi keterlambatan dalam penyelesaian resume medis elektronik.

Penelitian yang dilakukan oleh Noviatry (2016) menunjukkan bahwa proses pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit Panti Nugroho telah terlaksana dengan baik, tetapi masih terdapat berkas klaim yang diserahkan terlambat. Faktor penyebab keterlambatan klaim bersumber dari faktor *man* yang merupakan petugas kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. Faktor *machine* adalah karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA-CBG. Faktor *method* adalah Penerapan SPO yang belum lancar. Faktor *materials* banyaknya disebabkan karena persyaratan yang tidak sesuai.

penyebab keterlambatan pembayaran klaim dapat bersumber dari internal rumah sakit (RS) diantaranya, ketidakpatuhan beberapa



dokter untuk mengisi rekam medis sehingga menjadi kendala bagi rumah sakit untuk mengajukan klaim kepada BPJS (Semarajana et al., 2019), minimnya penerapan SOP pengendalian verifikasi, jumlah kompetensi dan personal yang tidak sebanding dengan jumlah klaim yang dibebankan, serta pemahaman terkait dengan pengkodean oleh masing-masing pembuat kode berbeda (Pradani et al., 2017).

Keterlambatan pembayaran klaim tidak hanya disebabkan oleh faktor internal rumah sakit, melainkan juga dapat disebabkan oleh faktor internal BPJS seperti kondisi keuangan BPJS yang mengalami defisit sehingga menyebabkan kecenderungan untuk menunda pembayaran klaim ke rumah sakit. Dampak dari keterlambatan pembayaran klaim ke rumah sakit secara langsung mempengaruhi kualitas pelayanan di rumah sakit seperti penurunan kinerja dokter yang disebabkan karena keterlambatan pembayaran layanan medis, kualitas yang tidak memadai pelayanan dari sisi infrastruktur karena kurangnya biaya pemeliharaan, terganggu dalam kesediaan obat dan bahan habis pakai medis serta rumah sakit terancam bangkrut atau tutup (Yuliyanti et al., 2018).

Berdasarkan data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan, dapat diketahui bahwa pada tahun 2018 peserta BPJS Kesehatan tercatat sebanyak 196.660.000 jiwa. Kemudian pada tanggal 31 Desember 2019 tercatat jumlah penduduk yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan

sebesar 224.149.019 jiwa setara dengan 85% dari jumlah penduduk a sejumlah 265.000.000 jiwa (BPJS Kesehatan, 2019).



Sulawesi Selatan tercatat kuota PBI APBD sebanyak 1.735.571 peserta, sedangkan pada data wilayah berdasarkan SK Bupati/Walikota sebanyak 1.537.134 peserta. Namun, setelah dilakukan verifikasi oleh BPJS hanya terdapat 1.371.915 peserta. PBI APBN sebanyak 3.104.474 peserta. Selain itu, mandiri dan jaminan kesehatan lainnya sebanyak 1.878.325 peserta. Total peserta JKN di Sulawesi Selatan sebanyak 6.354.714 jiwa (77,2%) dari total jumlah penduduk Sulawesi Selatan (Razak et al., 2019).

Data di atas menggambarkan bahwa jumlah peserta BPJS Kesehatan mengalami peningkatan dari tahun ke tahun dan menandakan bahwa masyarakat saat ini mulai menyadari akan pentingnya pemeliharaan kesehatan. Tingginya semangat masyarakat terhadap kebijakan ini juga diiringi dengan penyediaan fasilitas kesehatan. Pemerataan penyediaan faskes yang layak menjadi bahan pertimbangan karena keberadaannya sangat mendukung proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan di masing-masing daerah, tidak hanya di perkotaan, tetapi juga di pedesaan sampai di wilayah yang sulit dijangkau. Untuk mengatur mekanisme penyelenggaraannya, kementerian kesehatan kemudian mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program

Kesehatan Nasional.



Kedua peraturan ini membuat seluruh faskes mulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) hingga Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), memiliki acuan atau pedoman yang jelas dalam menyelenggarakan Pelayanan BPJS Kesehatan. Salah satu faskes yang menjadi penyelenggara dari kebijakan tersebut adalah rumah sakit. Keberadaan rumah sakit sebagai mitra dari BPJS Kesehatan merupakan fokus utama penelitian. Karena salah satu faskes yang banyak dikunjungi oleh peserta BPJS Kesehatan adalah rumah sakit. Keberadaan faskes ini sebagai provider tingkat lanjutan sangat dibutuhkan karena keseluruhan hasil rujukan dari FKTP penanganannya dilakukan di rumah sakit. Peserta asuransi kesehatan sosial berhak mendapat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang dilakukan di puskesmas atau dokter keluarga, sedangkan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan baik untuk Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) diselenggarakan oleh rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS.

Berdasarkan Perjanjian Kerja Sama antara RSUD Bahagia Makassar dengan BPJS Kesehatan, pengajuan klaim dilaksanakan setiap tanggal 08 bulan berikutnya dan BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim tersebut telah diterima dengan lengkap (BPJS Kesehatan, 2016).

Rumah Sakit Umum Bahagia awalnya dikenal dengan nama Rumah dan Anak. Namun, saat ini rumah sakit tersebut dikenal dengan



nama Rumah Sakit Umum Bahagia. Alasan digantinya nama rumah sakit tersebut adalah untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. Jadi saat ini, Rumah Sakit Umum Bahagia tidak hanya berfokus pada kesehatan ibu dan anak saja, tetapi juga melayani semua masalah atau keluhan penyakit dari masyarakat sekitar. Rumah Sakit Umum Bahagia juga memberikan pelayanan yang maksimal untuk pasiennya baik pengguna BPJS atau umum.

Rumah Sakit Umum Bahagia Makassar merupakan rumah sakit swasta dengan status kelas C yang menerima pelayanan rujukan dari puskesmas untuk wilayah Kota Makassar dan Kabupaten Gowa dengan jumlah tempat tidur sebanyak 80 TT. Pada bulan Juni 2019 RSU Bahagia mengikuti pertemuan dengan Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB) Provinsi Sulawesi Selatan membahas masalah mengenai klaim yang tidak terselesaikan antara pihak BPJS Kesehatan dengan rumah sakit. Melalui pertemuan tersebut dibahas penyelesaian kasus *pending* terbanyak, dan salah satu rumah sakit dengan kasus *pending* terbanyak adalah RSU Bahagia Makassar.

Berdasarkan survei awal dari olah data sekunder tentang kelengkapan berkas klaim rawat inap di RSU Bahagia bulan Januari 2020 ditemukan masih terdapat beberapa yang tidak lengkap. Dari 419 berkas klaim ditemukan sebanyak 156 (37,2%) berkas klaim yang tidak lengkap.

kan jumlah *pending* klaim rawat inap sebanyak 64 (15%) dari 419 yang diajukan. Berdasarkan keadaan tersebut, perlu diketahui



penyebab terjadinya *pending* klaim BPJS Kesehatan di RSUD Bahagia Makassar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengelolaan klaim maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah :

1. Bagaimana pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan dari segi *input* di RSUD Bahagia Makassar ?
2. Bagaimana *pelaksanaan* pengajuan klaim BPJS Kesehatan dari segi *process* di RSUD Bahagia Makassar ?
3. Bagaimana pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan dari segi *output* di RSUD Bahagia Makassar ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Bahagia Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan dari segi **Input** (sumber daya manusia, insentif, formulir rekam

medis, SOP, Kebijakan dan teknologi informasi) di RSUD Bahagia Makassar.



- b. Untuk mengetahui pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan dari segi **Proses** (pelayanan administrasi, rekapitulasi pelayanan, rekapitulasi berkas klaim, pengkodean dan entri pada INA CBG's) di RSUD Bahagia Makassar.
- c. Untuk mengetahui pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan dari segi **Output** (klaim yang diajukan) di RSUD Bahagia Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat berguna secara praktis bagi peneliti sebagai pengaplikasian ilmu atau teori yang telah didapatkan sebelumnya yaitu tentang pentingnya pelayanan kesehatan khususnya mengenai proses pengelolaan klaim di rumah sakit.

2. Manfaat Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi bagi rumah sakit terkait permasalahan yang terjadi pada sistem pengajuan klaim JKN di rumah sakit yang dapat berpengaruh pada kondisi berkas klaim yang diajukan. Selain itu, dapat juga dijadikan sebagai bahan masukan bagi pihak rumah sakit dalam memperbaiki sistem pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan.

3. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah stakan pendidikan, khususnya topik yang sama yaitu pengelolaan di rumah sakit, serta dapat menjadi bahan referensi bagi mereka



yang berminat menindaklanjuti hasil penelitian ini dengan mengambil
kancah penelitian yang berbeda dan dengan informan penelitian yang
lebih banyak



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

1. Definisi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Berdasarkan UU No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Pasal 19 menyebutkan bahwa, Jaminan Kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Jaminan kesehatan ini diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar seluruh peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (UU RI, 2004).

Asuransi sosial adalah asuransi yang wajib diikuti oleh seluruh atau sebagian penduduk (misalnya pegawai), dimana premi atau iurannya bukan nilai nominal tetapi persentase upah yang wajib dibayarkan, dan manfaat asuransi (benefit) ini ditetapkan dalam peraturan perundangan yang sama untuk semua peserta (Thabrany, 2014). Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah suatu program pemerintah dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap Penduduk Indonesia agar penduduk Indonesia hidup sehat, produktif, dan sejahtera.

JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN adalah suatu tata cara



penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial. SJSN diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Jaminan Sosial merupakan bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh Penduduk agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Tujuan dari SJSN ini agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka mampu memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes RI, 2013).

2. Karakteristik Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

a. Diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip-prinsip asuransi sosial yang diatur dalam UU Nomor 40 Tahun 2004. Berikut prinsip-prinsip yang terdapat dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) :

1) Prinsip Kegotongroyongan dalam SJSN berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu peserta yang sakit. Melalui prinsip gotong royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2) Prinsip Nirlaba. Pengelolaan dana amanat oleh BPJS adalah nirlaba dan bukan untuk mencari laba, namun untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil



pengembangannya, akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

- 3) Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
- 4) Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- 5) Prinsip kepesertaan bersifat wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Penerapannya disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahap ini dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya SJSN dapat mencakup seluruh rakyat.
- 6) Prinsip dana amanat maksudnya adalah dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.



7) Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan social dimaksudkan agar dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

- b. Tujuan penyelenggaraan adalah untuk memberikan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan akan pemenuhan kebutuhan dasar.
- c. Manfaat diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan perseorangan yang kompreensif mencakup pelayanan promotif, kuratif dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis dengan menggunakan teknik layanan kendali mutu dan biaya.

3. Mekanisme Penyelenggaraan

a. Kepesertaan

Peserta ialah setiap orang yang telah membayar iuran (bukan penerima bantuan iuran) atau iurannya dibayar oleh pemerintah (penerima bantuan iuran) UU RI (2004). Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI): fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI) terdiri dari:

1) Pekerja Penerima Upah dan Anggota keluarganya

- a) Pegawai Negeri Sipil;
- b) Anggota TNI;
- c) Anggota Polri;



- d) Pejabat Negara;
 - e) Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri;
 - f) Pegawai Swasta; dan
 - g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai f yang menerima Upah.
 - h) Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya
- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri,
 - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
 - c) Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya
- a) Investor;
 - b) Pemberi Kerja;
 - c) Penerima Pensiun, terdiri dari:
 - (1) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
 - (2) Anggota TNI dan anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
 - (3) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
 - (4) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun;



- (5) Penerima pensiun lain; dan
 - (6) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun.
- d) Veteran;
 - e) Perintis Kemerdekaan;
 - f) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; dan
 - g) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a s/d e yang mampu membayar iuran.
- 4) Anggota Keluarga yang ditanggung :
- a) Pekerja Penerima Upah :
 - (1) Keluarga inti meliputi istri/suami dan anak yang sah (anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat), sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.
 - (2) Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, dengan kriteria:
 - (a) Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri;
 - (b) Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.



- b) Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja : Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang diinginkan (tidak terbatas).
- c) Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua.
- d) Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi kerabat lain seperti Saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll.

b. Hak dan Kewajiban Peserta

1) Hak Peserta

- a) Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan;
- b) Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- c) Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan; dan
- d) Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan

2) Kewajiban Peserta

- a) Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku;



- b) Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat I;
- c) Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak;
- d) Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

c. Pembiayaan

Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan. Besarnya iuran JKN tersebut ditetapkan melalui Peraturan Presiden yang ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak. Pembayaran iuran terdiri atas (Perpres RI, 2019) ;

- 1) Iuran bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah yaitu sebesar Rp42.000,00 (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan.
- 2) Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja pada Lembaga Pemerintahan terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat Negara, dan pegawai pemerintah non pegawai negeri sebesar 5% (lima persen) dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 4% (empat persen)



dibayar oleh pemberi kerja dan 1% (satu persen) dibayar oleh peserta.

- 3) Batas paling tinggi Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran iuran bagi Peserta PPU yaitu sebesar Rp12.000.000,00 (dua belas juta rupiah).
- 4) Batas paling rendah Gaji atau Upah per bulan yang digunakan sebagai dasar perhitungan besaran iuran bagi Peserta PPU untuk pegawai swasta yaitu sebesar upah minimum kabupaten/kota.
- 5) Dalam hal Pemerintah Daerah tidak menetapkan upah minimum kabupaten/kota maka yang menjadi dasar perhitungan besaran iuran yaitu upah minimum provinsi.
- 6) Iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP yaitu sebesar:
 - a) Rp.42.000,- (empat puluh dua ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III;
 - b) Rp.110.000,- (seratus sepuluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II; atau
 - c) Rp.160.000,- (seratus enam puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.

d. Fasilitas Kesehatan Bagi Peserta (Permenkes RI, 2013)



Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan terdiri dari:

- 1) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama:
 - a) Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Non Perawatan dan Puskesmas Perawatan (Puskesmas dengan Tempat Tidur).
 - b) Fasilitas Kesehatan milik Tentara Nasional Indonesia (TNI)
 - (1) TNI Angkatan Darat: Poliklinik kesehatan dan Pos Kesehatan.
 - (2) TNI Angkatan Laut: Balai kesehatan A dan D, Balai Pengobatan A, B, dan C, Lembaga Kesehatan Kelautan dan Lembaga Kedokteran Gigi.
 - (3) TNI Angkatan Udara: Seksi kesehatan TNI AU, Lembaga Kesehatan Penerbangan dan Antariksa (Laksepra) dan Lembaga Kesehatan Gigi & Mulut (Lakesgilut).
 - c) Fasilitas Kesehatan Milik Polisi Republik Indonesia (POLRI), terdiri dari Poliklinik Induk POLRI, Poliklinik Umum POLRI, Poliklinik Lain POLRI dan Tempat Perawatan Sementara (TPS) POLRI.
 - d) Praktek Dokter Umum/ Klinik Umum, terdiri dari Praktek Dokter Umum Perseorangan, Praktek Dokter Umum Bersama, Klinik Dokter Umum/ Klinik 24 Jam, Praktek Dokter Gigi, Klinik Pratama, RS Pratama.



2) Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut :

a) Rumah Sakit, terdiri dari RS Umum (RSU), RS Umum Pemerintah Pusat (RSUP), RS Umum Pemerintah Daerah (RSUD), RS Umum Swasta, RS Khusus, RS Khusus jantung (kardiovaskular), RS Khusus Kanker (Onkologi), RS Khusus paru, RS Khusus Mata, RS Khusus Bersalin, RS Khusus Kusta, RS Bergerak dan RS lapangan.

b) Balai Kesehatan, terdiri dari : Balai Kesehatan Paru Masyarakat, Balai Kesehatan Mata Masyarakat, Balai Kesehatan Ibu dan Anak dan Balai Kesehatan Jiwa.

3) Fasilitas kesehatan penunjang yang tidak bekerjasama secara langsung dengan BPJS Kesehatan namun merupakan jejaring dari fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, meliputi :

a) Laboratorium Kesehatan

b) Apotek

c) Unit Transfusi Darah

d) Optik

e. Manfaat Akomodasi Rawat Inap (Perpres RI, 2018)

1) Ruang perawatan kelas III bagi:

a) Peserta PBI Jaminan Kesehatan; dan



- b) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
- 2) Ruang Perawatan kelas II bagi:
- a) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 - b) Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 - c) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
 - d) Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah sampai dengan 1,5 (satu setengah) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
 - e) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II;



Ruang perawatan kelas I bagi:

- a) Pejabat Negara dan anggota keluarganya;

- b) Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
- c) Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
- d) Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
- e) Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya;
- f) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan;
- g) Peserta Pekerja Penerima Upah bulanan dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah diatas 1,5 (satu setengah) sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
- h) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.



- i) Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja dengan iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

4. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Menurut (Perpres RI, 2018)

- a. Penyelenggara pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- b. Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- c. Fasilitas Kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan.
- d. Kerja sama sebagaimana dimaksud dilaksanakan dengan membuat perjanjian tertulis.

5. Standar Tarif dan Mekanisme Pembayaran ke Faskes (Perpres RI, 2018)

- a. Standar tarif pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL ditetapkan oleh Menteri.
- b. Menteri menetapkan standar tarif sebagaimana dimaksud setelah:
 - 1) Mendapatkan masukan dari BPJS Kesehatan bersama dengan asosiasi fasilitas kesehatan; dan

- 2) Mempertimbangkan ketersediaan Fasilitas Kesehatan, indeks harga konsumen, dan indeks kemahalan Daerah.



- c. Standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri sebagaimana digunakan oleh BPJS Kesehatan sebagai besaran pembayaran ke Fasilitas Kesehatan.
- d. BPJS Kesehatan melakukan pembayaran kepada:
 - 1) FKTP secara praupaya atau kapitasi berdasarkan jumlah Peserta yang terdaftar di FKTP; dan
 - 2) FKRTL secara *Indonesian Case Based Groups*
- e. Dalam kondisi tertentu dan/atau di suatu Daerah FKTP tidak memungkinkan pembayaran secara praupaya atau kapitasi, BPJS Kesehatan dapat mengembangkan sistem pembayaran lain.
- f. BPJS Kesehatan dapat mengembangkan system pembayaran di FKRTL yang lebih berhasil guna dengan tetap mengacu pada *Indonesian Case Based Groups*.

B. Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara lengkap yang menyediakan pelayanan mulai dari rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan nilai

keadilan, kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan, serta mempunyai fungsi sosial. Sehingga dapat kita ketahui



tujuan Rumah Sakit salah satu nya yaitu memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit. Seperti kita ketahui Rumah Sakit saat ini memiliki tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara lengkap dan fungsi menjalankan penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai standar pelayanan rumah sakit (UU RI, 2009).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 bahwa Rumah Sakit diklasifikasikan berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, yaitu dikategorikan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada seluruh bidang dan jenis penyakit, Rumah Sakit yang didirikan dan diselenggarakan oleh Pemerintah merupakan unit pelaksana teknis dari Instansi Pemerintah yang tugas pokok dan fungsinya di bidang kesehatan ataupun instansi Pemerintah lainnya sedangkan rumah sakit yang didirikan oleh swasta harus berbentuk hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakit. Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Umum Kelas A, Rumah Sakit Umum Kelas B, Rumah Sakit Umum Kelas C, dan Rumah Sakit Kelas D, penetapan klasifikasi ini dimaksud kan berdasarkan pelayanan, sumber daya manusia,

atan, dan bangunan dan prasarana (Permenkes RI, 2014).



Rumah sakit yang merupakan salah satu lembaga pelayanan kesehatan juga dituntut untuk bersifat komprehensif, terpadu, merata dan dapat diterima serta terjangkau oleh masyarakat melalui penggunaan dan pendekatan teknologi yang tepat guna dengan biaya yang dapat dijangkau oleh pemerintah dan swasta kemudian bertitik berat pada kepentingan masyarakat luas tanpa mengabaikan mutu pelayanan maka dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dibutuhkan tindakan yang komprehensif dan responsif terhadap kejadian tidak diinginkan di fasilitas pelayanan kesehatan agar kejadian serupa tidak terulang (UU RI, 2009).

2. Pelaksanaan JKN Kesehatan di Rumah Sakit

a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada Program JKN

Pada Jaminan Kesehatan nasional, Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan.

Berikut ini akan dijabarkan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) berdasarkan Permenkes No. 71 Tahun 2013, yang terdiri

dari (Permenkes RI, 2013):



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

b. Klasifikasi Rumah Sakit

Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit. Klasifikasi Rumah Sakit Umum diantaranya (Permenkes RI, 2014):



1) Rumah Sakit Umum Kelas A

Rumah Sakit Umum Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 pelayanan Medik Spesialis Dasar, 5 Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 13 Pelayanan Medik Sub Spesialis.

2) Rumah Sakit Umum Kelas B

Rumah Sakit Umum Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 8 Pelayanan Medik Spesialis Lainnya dan 2 Pelayanan Medik Subspesialis Dasar.

3) Rumah Sakit Umum Kelas C

Rumah Sakit Umum Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan paling sedikit 4 Pelayanan Medik Spesialis Dasar dan 4 Pelayanan Spesialis Penunjang Medik.

4) Rumah Sakit Umum Kelas D

Rumah Sakit Umum Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medic paling sedikit 2 pelayanan Medik Spesialis Dasar.



C. Klaim

1. Definisi Klaim

Menurut Ilyas (2011) definisi klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar haknya terpenuhi. satu dari dua pihak yang melakukan ikatan tersebut akan mengajukan klaimnya kepada pihak lainnya sesuai dengan perjanjian atau provisi polis yang disepakati bersama oleh kedua pihak. Tujuan klaim adalah untuk, memberikan manfaat yang sesuai dengan ketentuan dalam polis jaminan kesehatan kepada pemegang polis (Tertanggung), mengidentifikasi kemungkinan terjadi tindakan kecurangan baik yang disengaja (*froud*) maupun yang tidak disengaja (*Abuse*) dalam melakukan klaim, memenuhi peraturan pemerintah, menghindari atau mencegah tuntutan hukum, mengkoordinasikan *benefit*, melakukan kontrol terhadap biaya klaim (*Claim Cost*).

Klaim yang dimaksud disini adalah klaim yang berkaitan dengan BPJS Kesehatan. BPJS merupakan badan pelaksana penyelenggaraan jaminan sosial. Sebelum berubah nama menjadi BPJS, badan penyelenggaraan jaminan kesehatan dipegang oleh perusahaan asuransi kesehatan milik pemerintah yang bernama PT Asuransi Kesehatan atau biasa dipanggil PT Askes. Klaim dilakukan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya melalui sebuah proses yang

berkaitan dengan administrasi klaim. Pengklaiman/administrasi klaim merupakan salah satu proses dari penyiapan berkas dan prosedur penilaian



layak tidaknya klaim dibayar yang berkaitan dengan kelengkapan dokumen, yakni surat rujukan, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostik, dan tindakan medik yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggungjawab, serta obat-obatan yang digunakan sesuai dengan tarif yang berlaku sampai dengan pencairan klaim kepada PPK/Penyedia Pelayanan Kesehatan.

Proses Pengajuan Klaim BPJS Secara umum dibedakan menjadi 3 yaitu:

- a. Pengajuan Klaim oleh PPK
- b. Verifikasi Klaim oleh verifikator pusat
- c. Pembayaran Klaim oleh verifikator pusat kepada PPK

Administrasi klaim dalam INA-CBGs adalah rangkain proses penyiapan berkas atau dokumen pelayanan yang diajukan dengan pengajuan klaim oleh rumah sakit dan penilaian atas klaim yang diajukan melalui proses verifikasi klaim sampai pembayaran klaim. Pada pelaksanaan klaim BPJS kesehatan dilakukan dengan menggunakan INA-CBs.

2. Pengajuan Klaim

Cara pengajuan klaim dapat dikategorikan menjadi 3 cara (Ilyas, 2006) adalah :

a. *Direct Submission*

Metode Direct Submission tertanggung atau pemegang polis dapat mengajukan klaim ke perusahaan asuransi, dan perusahaan



asuransi tersebut melakukan verifikasi atas klaim yang diajukan , pembayaran langsung akan diterima oleh pemegang polis atau tertanggung dengan claim kit dimana klaim kit tersebut mencakup formulir klaim dan instruksi bagaimana cara melakukan pengajuan klaim, dengan sistem tersebut claim yang biasa digunakan pada perusahaan asuransi besar.

Manfaat klaim dengan *Metode Direct Submission* antara lain:

- 1) Pemegang polis dapat langsung menerima pembayaran.
- 2) Dapat meringankan beban administrasi pada pemegang polis.
- 3) Melindungi informasi medis dari pemegang polis.

b. *Policyholder submission (Group Health Insurance)*

Pemegang polis tersebut akan memberikan informasi secara detail kepada tertanggung dan yang memberi penjelasan merupakan bagian personalia, dimana formulir klaim tersebut berisi instruksinya secara lengkap. Pemegang polis akan melakukan *review* kelengkapan dan menyatakan bahwa pengajuan klaim eligible untuk dijamin atau dibayarkan, kemudian mengirim berkas klaim tersebut ke bagian asuransi.

c. *Third Party Submission*

Kewenangan untuk melakukan proses klaim dan melakukan pelayanan klaim dalam TPA (*Third Party Administration*) yang

memberikan kewenangan dalam batasan jumlah tertentu sesuai dengan kesepakatan dengan perusahaan asuransi.



Ada beberapa hal kerugian apabila TPA ini diterapkan :

- 1) *Sistem Third Party Administration* adalah sistem yang dikembangkan sendiri.
- 2) Dalam praktek administrasi dan polis asuransi sistem ini melakukan interpretasi sendiri.
- 3) Beban tambahan biaya.

3. Ketentuan dalam Pengajuan Klaim Menurut (Perpres RI, 2018) :

- a. BPJS Kesehatan wajib membayar kapitasi kepada FKTP paling lambat tanggal 15 setiap bulan berjalan .
- b. FKTP mengajukan klaim nonkapitasi kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap.
- c. BPJS Kesehatan wajib membayar kepada FKTP berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas klaim dinyatakan lengkap.
- d. Dalam hal pembayaran jika jatuh pada hari libur maka pembayaran pada FKTP dilakukan pada hari kerja berikutnya.
- e. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (3), BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKTP yaitu sebesar 1 % (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.

KRTL mengajukan klaim kolektif kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap.



- g. BPJS Kesehatan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim paling lambat 10 (sepuluh) hari sejak klaim diajukan oleh FKRTL dan diterima oleh BPJS Kesehatan.
- h. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim dalam waktu 10 (sepuluh) hari maka berkas klaim dinyatakan lengkap.
- i. BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran kepada FKRTL berdasarkan klaim yang diajukan dan telah:
 - 1) Diverifikasi sebagaimana dimaksud paling lambat 15 (lima belas) hari sejak diterbitkannya berita acara kelengkapan berkas klaim; atau
 - 2) Memenuhi ketentuan sebagaimana yang dimaksud paling lambat 15 (lima belas) hari sejak terpenuhinya ketentuan tersebut.
- j. Dalam hal pembayaran kepada FKRTL jika jatuh pada hari libur maka pembayaran pada FKRTL dilakukan pada hari kerja berikutnya.
- k. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran, BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKRTL yaitu sebesar 1 % (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.
- l. Pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan oleh Fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan diberikan jangka waktu paling



lambat 6 (enam) bulan sejak pelayanan kesehatan selesai diberikan.

Lewat dari itu, klaim tidak dapat diajukan.

- m. Ketentuan tersebut dikecualikan bagi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan sebelum berlakunya Peraturan Presiden ini.
- n. Dalam hal terdapat pembayaran atas pelayanan kesehatan yang disebabkan karena penyalahgunaan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Fasilitas Kesehatan, Fasilitas Kesehatan harus mengembalikan biaya yang sudah dibayarkan setelah dilakukan verifikasi pascaklaim kepada BPJS Kesehatan.
- o. Dalam hal terjadi kekurangan pembayaran atas biaya pelayanan kesehatan yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan harus membayarkan kekurangan atas biaya pelayanan kesehatan
- p. Untuk kepentingan pembayaran biaya pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan dapat meminta rekam medis Peserta berupa ringkasan rekam medis kepada Fasilitas Kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- q. Ringkasan rekam medis tersebut paling sedikit memuat identitas pasien, diagnosis, dan riwayat pemeriksaan dan pengobatan yang ditagihkan biayanya.
- r. Dalam hal dibutuhkan untuk kepentingan audit administrasi klaim,

BPJS Kesehatan dapat melihat rekam medis Peserta dari Fasilitas



Kesehatan dengan tetap menjaga kerahasiaan isi rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

- s. BPJS Kesehatan dalam melihat rekam medis peserta, harus melalui tim yang ditunjuk oleh Fasilitas Kesehatan.

4. Tujuan Proses Klaim

Tujuan prosesi klaim menurut (Ilyas, 2006) adalah :

- a. Klaim yang valid akan dibayarkan.
- b. Dalam melakukan klaim maka sebelum dibayarkan harus mengidentifikasi kemungkinan kecurangan baik yang disengaja (*Froud*) maupun yang tidak disengaja (*abuse*)
- c. Sesuai dengan aturan pemerintah
- d. Mencegah dan menghindari tuntutan hukum
- e. Berkoordinasi untuk keuntungan
- f. Terhadap biaya klaim harus ada kontrol (*claim cost*)

D. Pendekatan Teori pada Pelaksanaan Pengajuan Klaim BPJS

Kesehatan

Terdapat banyak kriteria faktor input pada teori *input-proceess-output* mutu, namun pada penelitian ini akan dimodifikasi sesuai kebutuhan penelitian berdasarkan teori mutu para ahli.

Telah disebutkan bahwa sistem terbentuk dari bagian atau elemen

ling berhubungan dan mempengaruhi. Bagian dan elemen yang

d dapat diuraikan sebagai berikut: (Azwar, 1996)



1. Masukan (Input)

Kumpulan bagian, elemen atau data yang terdapat dalam sebuah sistem dan diperlukan agar sistem tersebut dapat berfungsi. Unsur masukan terdiri dari tiga macam yang terdiri dari tenaga (*man*), dana (*money*), dan sarana (*material*). Apabila tenaga dan sarana tidak sesuai dengan standard yang telah ditentukan, serta dana yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan maka sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan.

2. Proses

Proses (*proccess*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi masukan.

3. Keluaran

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

4. Umpan Balik

Umpan balik (*feed back*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

5. Dampak

Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran sistem.



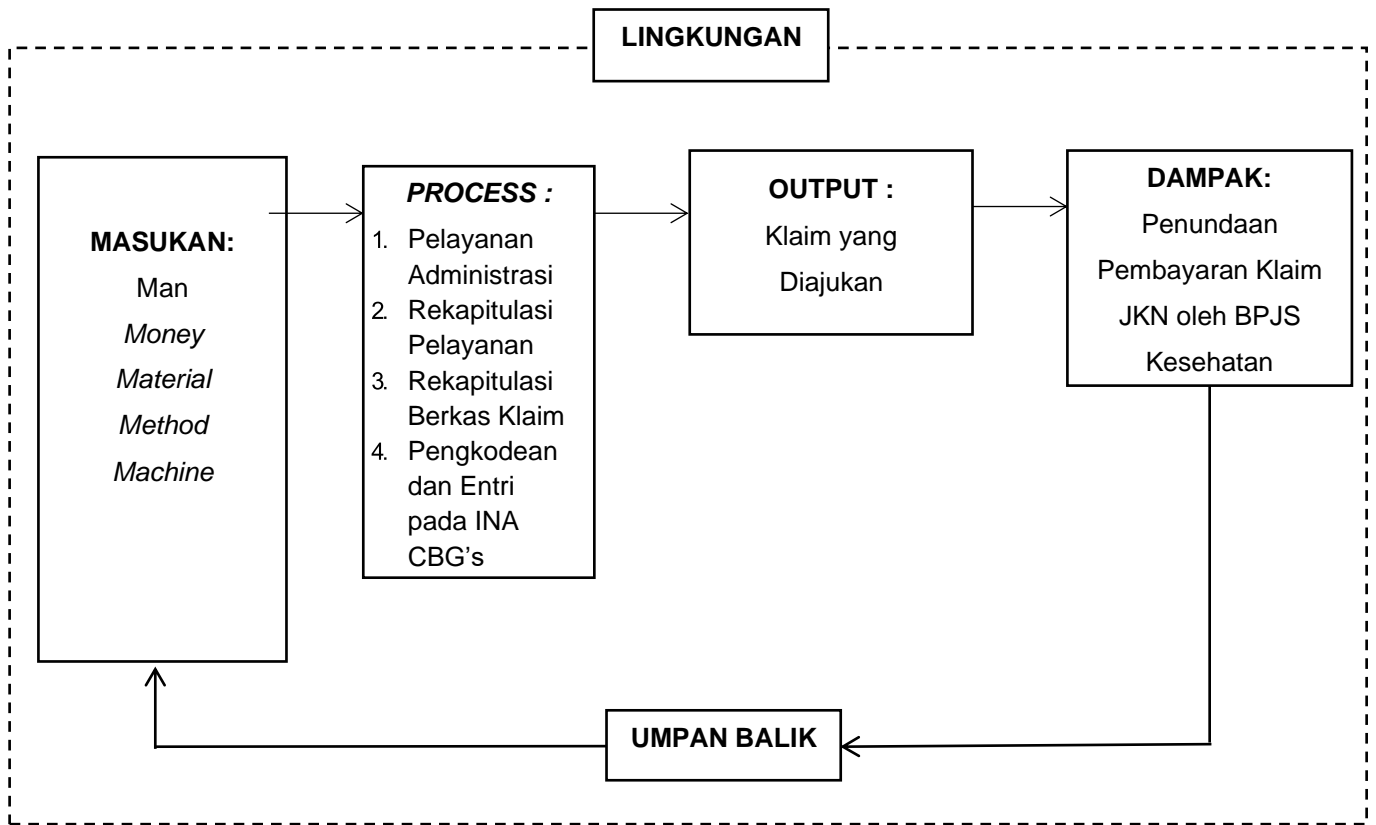
6. Lingkungan

Lingkungan (*environment*) adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem. Keadaan sekitar yang terpenting untuk institusi kesehatan adalah kebijakan (*policy*), organisasi (*organization*), dan manajemen (*management*). Apabila kebijakan, organisasi dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standard dan atau tidak bersifat mendukung, maka sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan.

E. Kerangka Teori

Penelitian ini, membahas mengenai pengelolaan klaim BPJS Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Bahagia Makassar. Dalam upaya menjawab permasalahan klaim BPJS Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Bahagia Makassar maka digunakan teori pendekatan sistem dari Azwar (1996) yang merupakan sebuah penerapan dari cara berpikir yang sistematis dan logis dalam membahas dan mencari pemecahan dari suatu masalah atau keadaan yang dihadapi. Teori Azwar berisi tentang hal-hal yang diperlukan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan yang meliputi masukan, proses, output, dampak, dan umpan balik. Apabila teori tersebut diadopsi di dalam meneliti pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Bahagia Makassar maka akan tergambar sebagai





F. Kerangka Konseptual

Alur pemikiran penelitian diadopsi berdasarkan kajian teoritis yakni teori pendekatan sistem oleh Azwar (1996) dan temuan penelitian-penelitian. Secara skematis, kerangka pemikiran di atas dapat dijelaskan sebagai berikut:

Metodologi evaluasi dikelompokkan menjadi tiga kategori dengan melakukan pendekatan.

1. Input

Input (struktur) ialah segala sumber daya yang diperlukan untuk

dukungan pelayanan kesehatan, seperti sarana fisik, perlengkapan, bangunan, organisasi dan manajemen, SDM dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu



pula. Hubungan input dengan mutu adalah dalam perencanaan dan penggerakan pelaksanaan pelayanan kesehatan.

2. Proses

Proses yaitu semua kegiatan sistem. Melalui proses akan mengubah input menjadi output. Proses ini merupakan variabel penilaian mutu yang penting. Proses adalah semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan dan interaksinya dengan pasien.

3. Outcome

Luaran secara tidak langsung dapat digunakan sebagai pendekatan untuk menilai pelayanan kesehatan. *Outcome* ialah hasil pelayanan kesehatan yang merupakan perubahan pada konsumen (pasien/masyarakat).

Terdapat lima sumber daya pokok dari manajemen yang berkaitan dengan pelaksanaan rekam medis, yaitu, yaitu

1. *Man* (Manusia)

Rumah sakit harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen rumah sakit, dan tenaga non kesehatan. Rumah Sakit harus memiliki data tenaga yang melakukan praktik atau pekerjaan dalam melaksanakan penyelenggaraan rumah sakit. Jumlah dan jenis sumber daya manusia harus disesuaikan dengan jenis dan klasifikasi

rumah sakit (UU RI, 2009).



a. Jumlah Tenaga Kesehatan :

Tenaga kesehatan yang diatur dalam Pasal 11 ayat (1) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan terdiri dari : Tenaga medis, tenaga psikologis klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, tenaga teknik biomedika, tenaga kesehatan tradisional dan tenaga kesehatan lain (UU RI, 2014).

b. Beban Kerja

Beban kerja adalah sejumlah proses atau kegiatan yang harus diselesaikan seorang pekerja dalam waktu tertentu. Beban kerja yang menjadi tanggung jawab setiap tenaga kesehatan sangat erat kaitannya dengan jumlah tenaga kesehatan itu sendiri. Pembagian tugas dan kewajiban masing-masing sangat membantu dalam mengurangi beban kerja yang ditanggung oleh tenaga kesehatan. Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan, baik dalam jumlah, jenis, maupun dalam kompetensi secara merata untuk menjamin keberlangsungan peningkatan pembangunan kesehatan (UU RI, 2014).

c. Kemampuan dan Keterampilan

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau



keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Faktor kemampuan secara psikologis antara lain kemampuan (*ability*) pegawai terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan realita (pendidikan). Oleh karena itu pegawai perlu ditempatkan pada bidang pekerjaan yang sesuai dengan keahlian dan pendidikannya (Mangkunegara, 2000).

d. Motivasi

Motivasi merupakan proses yang dimana menunjukkan dorongan dan usaha individu untuk memenuhi atau memuaskan suatu kebutuhan agar mencapai suatu tujuan, sejalan dengan pengertian tersebut menurut George R. Terry tahun 2013 dalam Moekijat (2011). Motivasi adalah keinginan didalam seorang individu yang mendorong ia untuk bertindak.

2. *Money* (Dana)

Pembiayaan rumah sakit dapat bersumber dari penerimaan rumah sakit, anggaran pemerintah, subsidi pemerintah, anggaran pemerintah daerah, subsidi pemerintah daerah atau sumber lain yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pendapatan rumah sakit publik yang dikelola oleh

pemerintah dan pemerintah daerah digunakan keseluruhan secara



langsung untuk biaya operasional rumah sakit dan tidak boleh dijadikan pendapatan negara atau pemerintah daerah (UU RI, 2009).

Insentif atau Kompensasi adalah fungsi manajemen sumber daya manusia yang berkaitan dengan semua bentuk penghargaan yang dijanjikan akan diterima karyawan sebagai imbalan dari pelaksanaan tugas dalam upaya pencapaian tujuan perusahaan.

Imbalan dapat diberikan kepada karyawan dalam empat macam, yaitu (Syamsuriani, 2019):

a. Upah (*wages*) dan gaji (*salary*)

Merupakan bentuk pembayaran yang biasanya diberikan berdasarkan jumlah jam kerja (*hourly rates of pay*). Semakin banyak jam kerja semakin besar upah yang diterima. Sedangkan gaji pokoknya tetap tanpa mempertimbangkan jumlah jam kerja.

b. Program insentif (*incentive programs*)

Imbalan yang diterima karyawan selain gaji dan upah, antara lain dalam bentuk insentif yang biasanya diberikan berdasarkan tingkat keberhasilan perusahaan, baik dalam mencapai tingkat penjualan, tingkat keuntungan atau tingkat produktifitas. Pemberian insentif ini bertujuan untuk meningkatkan motivasi dan bentuk penghargaan atas prestasi kerja telah dicapai karyawan.



c. *Employee Benefit Programs*

Merupakan imbalan tidak langsung yang diberikan perusahaan kepada karyawan seperti program asuransi (jiwa dan kesehatan), program pensiun, biaya liburan dan lain sebagainya.

d. *Perquisites*

Umumnya hanya diberikan pada karyawan yang menduduki level cukup tinggi, dalam bentuk fasilitas yang diberikan perusahaan, seperti kendaraan dinas, perumahan, keanggotaan klub olah raga, biaya perjalanan dinas, dan bentuk-bentuk fasilitas lainnya.

3. *Material*

Alat dan bahan yang digunakan individu untuk melakukan sesuatu pekerjaan agar lebih cepat selesai dan sebagai penunjang sistem pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit. Dalam hal ini setiap dokumen yang berkaitan dengan kelengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan seperti rekam medis pasien.

4. *Method*

Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit wajib bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar operasional prosedur yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien (Kepmenkes RI, 2008).



Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia or 2052/Menkes/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan

Praktik Kedokteran BAB I pasal 1 ayat 11 Standar Prosedur Operasional adalah suatu pedoman atau acuan dalam melaksanakan tugas untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, dimana Standar Prosedur Operasional memberikan langkah yang benar dan terbaik berdasarkan kesepakatan bersama untuk melaksanakan berbagai kegiatan dan fungsi pelayanan yang dibuat oleh sarana pelayanan kesehatan berdasarkan standar profesi (Permenkes RI, 2011).

Penerapan prosedur sering menjadi hal yang sulit, meliputi 3 hal (Sabarguna, 2005) :

- a. Adanya prosedur sering memerlukan perdebatan panjang, sehingga prosedur tidak pernah selesai.
- b. Penerapannya perlu benar-benar berjalan, tidak hanya jadi tulisan saja.
- c. Pengawasan dan evaluasi harus secara terus-menerus dijalankan agar prosedur benar-benar berjalan semakin baik, bukan hanya sekedar ada.

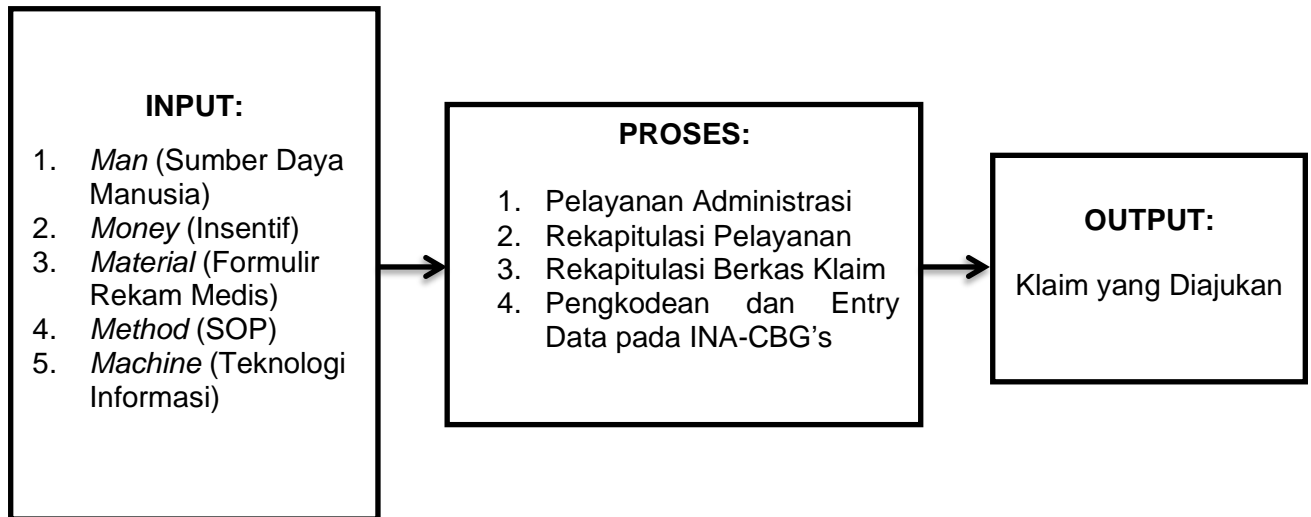
Standar yang tepat sangat membantu tugas tenaga kesehatan, sehingga akan lebih cepat dalam pelaksanaan sistem pelayanan yang ada di rumah sakit.

5. *Machine*

Suatu yang digunakan untuk menunjang pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan yang dibutuhkan rumah sakit. Dalam penelitian ini penulis masukkan sebagai *machine* adalah teknologi informasi



sebagai perangkat keras beserta perangkat lunak yang digunakan dalam sistem pengajuan klaim JKN.



Gambar 2.2
Kerangka Konseptual



G. Definisi Konseptual

Tabel 2.1
Definisi Konseptual

No	Variabel	Definisi Konseptual	Cara Ukur
1	SDM	Sumber daya manusia yang terlibat dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Bahagia Makassar.	Observasi Wawancara Mendalam Telaah Dokumen
2	Insentif	Insentif atau Kompensasi adalah semua bentuk penghargaan yang dijanjikan akan diterima karyawan sebagai imbalan dari pelaksanaan tugas dalam upaya pencapaian tujuan perusahaan	Observasi Wawancara Mendalam Telaah Dokumen
3	Formulir Rekam Medis	Lembaran kertas yang berisikan keterangan baik tertulis maupun yang terekam tentang identitas pasien, anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnose dan Tindakan.	Observasi Wawancara Mendalam
4	Teknologi Informasi	Perangkat keras beserta perangkat lunak yang digunakan dalam sistem pengajuan klaim JKN di RSUD Bahagia Makassar	Observasi Wawancara Mendalam
-	Pelayanan administrasi	Proses administrasi pasien JKN pada tempat pendaftaran rawat inap dan rawat jalan dengan memperlihatkan kartu BPJS kesehatan dan persyaratan berkas yang dibutuhkan.	Observasi Wawancara Mendalam Telaah Dokumen



No	Variabel	Definisi Konseptual	Cara Ukur
6	SOP	Adanya dokumen yang berkaitan dengan prosedur yang dilakukan secara kronologis dan sistematis dalam sistem pengajuan, verifikasi dan koding klaim JKN dengan tujuan memperoleh hasil kerja yang efektif.	Observasi Wawancara Mendalam
7	Rekapitulasi Pelayanan	Proses administrasi pasien ketika mendapat pelayanan di rawat inap dan rawat jalan	Observasi Wawancara Mendalam Telaah Dokumen
8	Rekapitulasi Berkas Klaim	Kegiatan yang dilakukan berupa memeriksa kelengkapan berkas klaim pasien JKN	Observasi Wawancara Mendalam Telaah Dokumen
9	Pengkodean dan entri data dengan INA-CBGs	Kegiatan yang dilakukan berupa pemberian kode diagnosis dan kode tindakan serta memasukkan data pasien JKN melalui aplikasi INA-CBG's hingga merubahnya menjadi data dalam bentuk txt.	Observasi Wawancara Mendalam
10	Klaim yang diajukan	Berkas klaim JKN yang telah disiapkan oleh rumah sakit terdiri dari SEP, resume medis, serta bukti pelayanan lainnya.	Wawancara Mendalam



H. Sintesa Penelitian

Pada tabel berikut menunjukkan hasil penelitian beberapa peneliti terdahulu yang membahas mengenai pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit yang menjadi referensi dari penelitian ini.

Tabel 2.2
Sintesa Penelitian Terdahulu Mengenai Pengelolaan Klaim BPJS di Rumah Sakit

NO	Penulis (Tahun)	Judul	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	Antonius Artanto (2018)	Faktor – Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016.	Untuk mengetahui factor – factor yang berpengaruh pada tertundanya klaim Badan Penyelenggara Kesehatan Sosial sesuai panduan klaim dan perjanjian kerjasama.	Penelitian ini bersifat kuantitatif dan kualitatif dengan metode deskriptif analitik menggunakan studi retrospektif dari data sekunder resume medis yang tidak lengkap dan wawancara serta diskusi.	hasil penelitian menunjukkan factor yang mempengaruhi klaim tertunda adalah ketidaklengkapan resume medis yang didominasi ketiadaan tanda tangan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) disebabkan didapatkan adanya tugas ganda pada <i>case manager</i> sehingga terjadinya keterlambatan dalam penyelesaian resume medis elektronik.
2	Supriadi (2018)	<i>Overview of the National Health Insurance</i>	Untuk mengetahui proses pengajuan klaim ke BPJS di Rumah Sakit	Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan wawancara mendalam kepada informan yang	Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah petugas koding di rumah sakit tersebut tidak memadai dibanding jumlah pasien. Selain itu, banyak dokumen klaim



NO	Penulis (Tahun)	Judul	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
		<i>Claims Process in Private Hospital X in Jakarta</i>	Pendidikan Swasta di Jakarta.	terkait dengan proses pengajuan klaim kepada BPJS.	yang tidak diisi dengan lengkap, terutama hasil pemeriksaan laboratorium. Hal ini berakibat pada penundaan pembayaran klaim oleh pihak BPJS Kesehatan.
3	Agussalim (2017)	Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di RSU Daerah (RSUD) Undata Palu	Untuk mengetahui implementasi kebijakan program JKN di RSUD Undata Palu.	Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan JKN di RSUD Undata Palu belum maksimal pelaksanaannya seperti komunikasi antara petugas dan pasien yang belum sepenuhnya baik, SDM yang tersedia cukup memadai tetapi masih diperlukan penambahan SDM mengingat semakin tingginya minat masyarakat untuk ikut serta dalam program JKN.
4	Arip Suprianto (2017)	Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional	Untuk mengetahui pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang difokuskan pada Hubungan Stakeholder, Model Pembiayaan, dan Outcome.	Pendekatan penelitian ini menggunakan metode kombinasi. Menggunakan Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode wawancara, kuesioner, dan dokumentasi.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa rumah sakit dan puskesmas yang bekerja sama dengan BPJS selama ini berjalan cukup positif. Sebanyak 90 Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Bantul yang bekerja sama dengan BPJS. Dari model pembiayaan asuransi kesehatan dirasa sudah



NO	Penulis (Tahun)	Judul	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
					<p>cukup ideal yang dinilai dari indeks rata-rata sebesar 2.74 termasuk dalam kategori baik. Prinsip JKN salah satunya gotong-royong yang berarti saling membantu satu peserta kepada peserta lain. Sedangkan dari outcome JKN yang dinilai dari persentase terjaminnya kesehatan di Indonesia (52.5%) di provinsi D.I.Y. (64.6%) dan di Kabupaten Bantul (73%). Tingkat kesadaran masyarakat Kabupaten Bantul merespon positif dengan menjadi peserta BPJS. Pelayanan yang dijamin adalah pelayanan tingkat pertama dan tingkat lanjut yang diatur dalam Perpres No. 19 Tahun 2016. Kemudian biaya kesehatan yang ringan bagi masyarakat yang kurang mampu. Dari nilai indeks rata-rata outcome JKN sebesar 3.06 masuk kategori baik yang bisa diartikan bahwa program JKN mempunyai manfaat yang cukup baik bagi pesertanya.</p>



NO	Penulis (Tahun)	Judul	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
5	Muhammad Dahlan (2017)	Evaluasi Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Pasien Stroke di RSUP Dr. Sardjito	Untuk mengukur kinerja pelayanan, keuangan dan mengetahui penerimaan dan ketaatan pemberi pelayanan terhadap aturan	<i>Mixed method</i> dengan desain sekuensial eksplanasi. Penelitian kualitatif merupakan <i>cross sectional</i> dimulai 15 Juni – 31 Juli. Interview dengan tiga dokter di Unit Stroke Rumah Sakit Umum Pusat Sardjito dilakukan untuk menggambarkan penelitian	Mutu pelayanan penyakit stroke sudah sesuai dengan mutu standar. Rasionalisasi obat, maupun pemulangan pasien tetap sesuai standar. Performa keuangan dari Unit Stroke mengalami kerugian. Penerimaan dari para dokter terkait beberapa aturan seperti system rujukan dan standar tarif belum diterima sepenuhnya.
6	Agus Budiono (2016)	Evaluasi Implementasi Pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional pada Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Wilayah Semarang Terikat Kerjasama Dengan Badan Penyelenggara	Untuk mengevaluasi implementasi jaminan kesehatan nasional pada Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Wilayah Semarang. untuk mengevaluasi implementasi jaminan kesehatan nasional pada Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Wilayah Semarang.	Penelitian dilakukan dengan metode kualitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa: 1) Jumlah pasien PBI lebih banyak dari Non PBI, 2) Pelayanan BKPM Wilayah Semarang sesuai isi perjanjian kerjasama namun masih perlu dikembangkan dan perbaikan lagi. Kepuasan pasien 79,03 % yang termasuk katagori memuaskan. 3) Pada aspek pembiayaan masih ada ketidak sesuaian tarif pelayanan BPJS dengan biaya riil pengeluaran BKPM Wilayah Semarang, 4) Koordinasi belum



NO	Penulis (Tahun)	Judul	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
		Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan			maksimal pada tingkat manajemen dan pelaksana di BKPM Wilayah Semarang dalam implementasi Jaminan Kesehatan di awal tahun 2014.
7	Lenty Wahyu Noviatry (2016)	Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho	Untuk mengetahui penyebab terjadinya keterlambatan penyerahan berkas klaim BPJS kepada verifikator independent di Rumah Sakit Panti Nugroho	Deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan rancangan penelitian studi kasus. Subyek yang menjadi penelitian ini adalah petugas yang terlibat secara langsung dalam proses klaim. Obyek yang menjadi penelitian ini adalah pengajuan berkas klaim pasien rawat jalan dan rawat inap dengan cara bayar BPJS.	Proses pelaksanaan klaim BPJS di Rumah Sakit Panti Nugroho sudah lancar tetapi masih terdapat berkas klaim yang diserahkan terlambat. Faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor <i>man</i> adalah petugas kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. Faktor <i>machine</i> adalah karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA-CBG. Metode adalah karena implementasi SPO yang belum lancar. Faktor <i>materials</i> karena persyaratan yang tidak sesuai. Upaya yang telah dilakukan oleh petugas pada faktor man adalah melakukan sosialisasi pada pasien, berkomunikasi dengan dokter, mengupayakan perekrutan. Machine adalah melakukan back-up data. Faktor <i>methode</i> adalah



NO	Penulis (Tahun)	Judul	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
					membentuk tim BPJS di Rumah sakit Panti Nugroho.
8	Maman Saputra (2015)	Program Jaminan Kesehatan Nasional dari Aspek Sumber Daya Manusia Pelaksana Pelayanan Kesehatan	Untuk menganalisis implementasi program JKN dari aspek SDM pelaksana pelayanan kesehatan	Penelitian ini menggunakan <i>mix method</i> dengan desain urutan pembuktian <i>sequential explanatory</i>	Hasil evaluasi konteks, informan memahami mengenai batasan JKN, <i>roadmap</i> dan hambatan program. Hasil evaluasi input SDM pelaksana pelayanan kesehatan, kuantitas masih mengalami kekurangan. Penilaian kualitas SDM di Puskesmas Kelua belum menggunakan standar Kepmenkes Nomor 857 Tahun 2009. di RSUD H. Badaruddin masih menggunakan penilaian Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan (DP3). Hasil evaluasi proses, kuantitas sudah meningkat tetapi masih mengalami kekurangan. Distribusi di Puskesmas Kelua tidak ada perubahan. Distribusi di RSUD H. Badaruddin mengalami penambahan tenaga keperawatan. Penilaian kualitas SDM di Puskesmas Kelua tidak ada perubahan. Penilaian SDM di RSUD H. Badaruddin menggunakan Penilaian Prestasi



NO	Penulis (Tahun)	Judul	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
					Kerja Pegawai (PKP). Evaluasi output menunjukkan belum ada perubahan kuantitas, distribusi dan kualitas dari hasil evaluasi proses.
9	Sri Wahyuningsih Nugraheni (2015)	Evaluasi Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Dr Moewardi Surakarta	Untuk mengevaluasi penerapan JKN di RSUD Dr. Moewardi Surakarta berdasarkan aspek kepersertaan, aspek pelayanan kesehatan, dan aspek tariff pelayanan kesehatan sehingga dapat mengidentifikasi masalah dalam penerapan JKN dan mengidentifikasi langkah-langkah yang dilakukan oleh RSUD Dr. Moewardi Surakarta dalam mengatasi masalah penerapan JKN.	Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif.	Hasil dari penelitian ini adalah RSUD Dr. Moewardi Surakarta menerima semua jenis pasien jaminan kesehatan, baik dari JKN, PKMS, maupun jaminan kesehatan komersial lainnya. RSUD Kota Surakarta menyediakan jenis pelayanan dan kelas perawatan sesuai dengan premi masing-masing jaminan kesehatan dan menggunakan sistem <i>case-mix</i> (sistem INA CBG's). Permasalahan yang timbul dari penerapan JKN di RSUD Kota Surakarta meliputi bangsal perawatan kelas III sering penuh, adanya batasan-batasan jenis pelayanan untuk tiap jenis jaminan kesehatan, dan adanya obat yang tidak termasuk kedalam Fornas.



NO	Penulis (Tahun)	Judul	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
10	Lisdawati (2014)	Implementasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat di RSUD Daerah Inche Abdoel Moeis di Samarinda Seberang	Untuk mengetahui dan mendeskripsikan bagaimana implementasi pelayanan kesehatan masyarakat di RSUD Daerah Inche Abdoel Moeis di Samarinda Seberang.	Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif	Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa Implementasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat di RSUD Daerah Inche Abdoel Moeis di Samarinda Seberang sudah berjalan dengan cukup baik. Meskipun begitu disini lain untuk lebih menunjang dan mendukung implementasi pelayanan kesehatan masyarakat di bidang kesehatan masih belum cukup untuk lebih mengoptimalkan dalam implementasinya.

