

ANALISIS PENYEBAB *UNCLAIMED* BERKAS BPJS RAWAT INAP DI RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA

Resti Septiani Nurdiah¹, Arief Tarmansyah Iman².

^{1,2} Prodi Perkam dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
Restiseptianinurdiah@gmail.com, Ariefarmansyah@gmail.com

Abstract

Health financing is an important part of the implementation JKN in the hospital by BPJS through claim submission. But, not all the document can claimed. As happened in RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya, there is a difference between patient visit of BPJS inpatients with patient visits of BPJS that have been claim, thus resulting unclaimed. The purpose in this research to analyzing the cause of unclaimed inpatients BPJS document by virtue of identification input and process. The kind in this research used qualitative method with phenomenological by getting interviews with 7 (seven) informants and observation. Data analysis with narrative. The results showed the cause of unclaimed by lack of knowledge and discipline officers, the room of claimed were narrow, unavailable SOP of claim, unimplemented of monitoring documents claim and incomplete supporting documents. Suggested to the intensive guidance to official, utilization work space, preparation of SOP, make expedition book for documents claim and implementation of regular meetings.

Kata kunci: *cause of unclaimed BPJS, unclaimed*, Pengajuan klaim

Abstrak

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian terpenting dari implementasi JKN yang diselenggarakan di rumah sakit oleh BPJS melalui pengajuan klaim. Namun, tidak semua berkas yang diajukan dapat terklaimkan. Seperti yang terjadi di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya dimana terdapat selisih antara kunjungan pasien BPJS rawat inap dengan kunjungan BPJS yang diklaimkan, sehingga menyebabkan *unclaimed*. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis penyebab *unclaimed* berkas BPJS rawat inap berdasarkan identifikasi input dan proses. Jenis penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan fenomenologi, melalui wawancara terhadap 7 orang informan dan observasi. Untuk analisis data dirangkum dalam bentuk naratif. Hasil penelitian ini menunjukkan penyebab *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di rumah sakit yang antara lain disebabkan oleh pengetahuan dan kedisiplinan petugas kurang, ruangan pengolahan klaim yang sempit, SOP terkait klaim belum tersedia, monitoring berkas klaim belum terlaksana dan ketidaklengkapan hasil penunjang. Disarankan untuk diadakannya bimbingan kepada petugas secara intensif, pemanfaatan ruangan secara maksimal, penyusunan SOP, pembuatan ekspedisi berkas klaim dan pelaksanaan rapat rutin.

Kata kunci: Penyebab *Unclaimed* BPJS, gagal klaim

PENDAHULUAN

Di Indonesia dalam meningkatkan Hak Azasi Manusia (HAM) telah ditetapkan dalam Undang-Undang Republik Indonesia No 44 tahun 2009 terkait pelayanan kesehatan, merupakan hak setiap orang yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya salah satunya dilakukan oleh rumah sakit. Menurut UU no 44 tahun 2009 Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan

perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks, apalagi ditambah dengan ditetapkannya Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per Januari 2014. Berdasarkan pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di Indonesia, mewajibkan setiap penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang

menyeluruh dan bermutu agar dapat melangsungkan hidup.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan ditetapkan didalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan berjenjang berupa pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan rujukan tingkat lanjut.

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim. Metode pembayaran yang digunakan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada saat ini adalah dengan metode pembayaran prospektif yaitu *Casemix* (*case based payment*) dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*.

Pola pembayaran dengan INA-CBGs yang diselenggarakan BPJS di rumah sakit harus melalui tahap verifikasi berkas, Menurut Permenkes No. 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang tujuannya untuk menguji kebenaran administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan agar dapat menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Alur verifikasi dimulai dengan fasilitas kesehatan menyiapkan berkas klaim, kemudian verifikator BPJS Kesehatan melakukan verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan dengan menggunakan *software* verifikasi. 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). Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang tidak layak atau pending, harus dikembalikan ke rumahsakit untuk melalui tahap konfirmasi apakah berkas tersebut dapat diklaimkan atau tidak.

Berdasarkan study pendahuluan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada 1 Maret 2016 terdapat berkas BPJS rawat inap tahun 2015 yang tidak dapat diklaim (*unclaimed*), dilihat dari perbandingan kunjungan rawat inap tahun 2015 sebesar 14.945 kunjungan dengan kunjungan rawat inap yang telah diklaimkan ke bagian BPJS sebesar 12.989 kunjungan, sehingga terdapat selisih yang cukup tinggi yaitu sebesar 1.956 kunjungan atau berkas klaim rawat inap yang *unclaimed* selama tahun 2015. Dimana selisih berkas BPJS rawat inap yang tertinggi tidak terklaim terdapat pada bulan Maret sebanyak 256 berkas sedangkan, selisih berkas BPJS rawat inap yang paling rendah tidak terklaim terdapat pada bulan November sebanyak 43 berkas dengan rata-rata berkas BPJS rawat inap yang *unclaimed* tiap bulan sebesar 163 berkas klaim. Dilihat dari identifikasi masalah pada study pendahuluan diatas, peneliti tertarik untuk menganalisis penyebab *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis penyebab *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya.

METODE

Penelitian ini dilakukan dengan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang bertujuan agar dapat menggali lebih dalam mengenai penyebab yang dapat mengakibatkan *unclaimed* berkas BPJS rawat inap sehingga dapat menurunkan tingkat *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 9 Mei - 11 Juni 2016 di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya. Subjek penelitian dalam penelitian ini terbagi atas tiga bagian yaitu 1 informan kunci, 3 informan non kunci dan 3 informan triangulasi dengan karakteristik informan sebagai berikut:

Karakteristik Informan

Tabel 1. Karakteristik Informan Penelitian

Infor- man	Usia	Jenis Kela- min	Pendi- dikan	Lama Beker-ja	Jabatan/ Pekerjaan
IP 1	30 thn	P	D-3	7 thn	Petugas Koding
IP 2	40 thn	L	S-1	11 thn	Koordinator petu- gas entri
IP 3	30 thn	P	D-3	7 thn	Petugas Entri
IP 4	31 thn	P	D-3	6 thn	Petugas Entri
IP 5	51 thn	P	S-2	29 thn	Kasubag Mobili- sasi Dana
IP 6	33 thn	L	S-2	6 thn	Verifikator BPJS
IP 7	56 thn	L	S-1	32 thn	Kepala Rekam Medis

Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti itu sendiri (*human instrumen*) yang berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya dengan cara pengumpulan data dengan melakukan wawancara mendalam, observasi dan triangulasi, dimana triangulasi yang dilakukan yaitu triangulasi sumber dan triangulasi teknik. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode Miles and Huberman yaitu mereduksi data, model data dan verifikasi atau penarikan kesimpulan.

HASIL PENELITIAN

1. Penyebab *unclaimed* berdasarkan Input.

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Ketersediaan SDM untuk petugas koding dan petugas entri sudah mencukupi dimana beban kerja yang didapat petugas tidak terlalu berat dan tidak terlalu ringan namun seimbang karena sudah terdapat 5 (lima) orang petugas entri.

Berdasarkan hasil wawancara, kedisiplinan serta pengetahuan petugas klaim masih dirasa kurang. Hal ini terbukti dengan tidak berjalannya lembar *check list* untuk memudahkan petugas dalam menganalisis kelengkapan berkas klaim rawat inap dan kurang pengetahuan petugas klaim karena adanya kekeliruan beberapa petugas saat mengentrikan berkas klaim yang seharusnya tidak di entri karena memang sudah tidak layak dari awalnya seperti mengentrikan berkas klaim pasien kasus KLL.

b. Sarana

Sarana yang mendukung dalam pelaksanaan pengklaiman berkas BPJS rawat inap, masih kurang, seperti kurangnya *printer* untuk masing-masing petugas *entry* serta ruangan yang sempit apabila di bandingkan dengan berkas, namun untuk ketersediaan komputer sudah mencukupi.

Berdasarkan hasil observasi dalam satu ruangan pengelolaan klaim terdapat 12 orang dengan tata ruang yang kurang baik dimana banyak berkas klaim yang disimpan di bagian atas beberapa petugas yang penyangganya hampir roboh.

c. Teknologi

Teknologi yang mendukung dalam proses pengajuan klaim BPJS rawat inap di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya terdapat aplikasi INA-CBGs untuk pengentrian berkas klaim rawat inap terkadang *error* dan *software* yang *loading* dalam proses *grouping* sehingga harus menunggu sekitar 5-10 menit. Sehingga hal ini menghambat kerja petugas dalam proses pengklaiman dan mengakibatkan penumpukan berkas klaim.

2. Penyebab *unclaimed* berdasarkan Proses.

a. Perencanaan

Terkait perencanaan dimana harus terdapat SOP yang disusun atau tersedia dari sejak awal kegiatan sebagai acuan dan dasar kegiatan petugas di RSUD dr. Soekardjo masih belum terdapat SOP terkait pengklaiman. Meskipun penyusunan SOP sempat dibuat, berdasarkan hasil observasi tidak terdapat SOP terkait pengklaiman. Berdasarkan hasil wawancara penyusunan kembali SOP terkait pengklaiman ini sedikit terhambat karena alur pengolahan klaim yang berubah untuk memaksimalkan proses pengklaiman dan mengurangi berkas yang *loss* atau tidak teridentifikasi keberadaannya.

b. Pengorganisasian

Pengorganisasian terkait pengklaiman di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya sudah cukup baik, karena sudah terdapat tim khusus yang mengatur pengklaiman yang disebut dengan TIM JKN, dengan fungsi TIM JKN terdiri dari koder, petugas entri, verifikator internal, koordinator SIMNAS, koordinator penanggung jawab keuangan. Berdasarkan hasil observasi berkas dalam SK direktur

mengenai tim JKN sudah terdapat susunan panitia serta tugas pokok dan fungsinya untuk petugas entri dan petugas koding namun untuk petugas lain seperti petugas verifikator internal, koordinator SIMNAS, penanggung jawab keuangan masih belum terdapat tugas pokok dan fungsinya.

Ketersediaan tim khusus ini terdapat pada SK direktur namun masih menyatu dengan SK direktur terkait Jamkeskinda, Jamkesda dan Koorporat karena dibuat pada tahun 2013. Selain itu untuk tugas pokok yang terdapat dalam SK masih secara umum belum secara terperinci.

c. Pelaksanaan

Pelaksanaan pengklaiman dilihat dari perjalanan alur sudah cukup baik, meskipun sempat terdapat perubahan namun petugas masih dapat mengikuti perubahan alur tersebut, dimana alur pengklaiman di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya dimulai dari pasien pulang rawat inap, kemudian masuk ke kamar 19 (ruangan ke pengolahan klaim), di kamar 19 apabila sudah sesuai di koding, kemudian di entri ke aplikasi INA-CBGs setelah selesai diverifikasi oleh verifikator external, pada saat di verifikator di cek kelengkapan berkasnya, kesesuaian diagnosis dan kodenya kemudian di masukan ke sistem verifikasi untuk menentukan layak tidaknya suatu berkas, apabila berkas tidak layak atau pending, dikembalikan ke rumah sakit untuk dilakukan koreksi dan konfirmasi. Adanya berkas yang dikembalikan ke rumah sakit namun keberadaan berkas tersebut belum bisa di tentukan karena belum terdapatnya monitoring berkas, sehingga untuk pelaporan berapa jumlah berkas yang keluar masuk ke bagian pengolahan tidak dapat ditelusuri keberadaannya atau *loss*. Berkas klaim yang dikembalikan ke rumah sakit karena tidak layak kebanyakan dari kelengkapan berkas sekitar 30%-40% berkas yang dikembalikan seperti kurangnya tanda tangan dokter dan kurangnya hasil penunjang.

d. Evaluasi

Evaluasi yang dilaksanakan terkait pengklaiman seperti rapat belum dilaksanakan secara rutin. Akan tetapi evaluasi dilakukan apabila terdapat kendala atau masalah dalam proses pengajuan klaim seperti masalah keterlambat

pengajuan klaim, adanya klaim yang gagal (*unclaimed*), adanya berkas yang dikembalikan atau koreksi dan yang terakhir adanya sosialisasi peraturan baru terkait klaim BPJS.

PEMBAHASAN

1. Penyebab *unclaimed* berdasarkan Input

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber daya yang utama dalam implementasi suatu program menurut Putra (2014) adalah sumber daya manusia. Kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi suatu kebijakan salah satunya disebabkan oleh manusia yang tidak mencukupi ataupun tidak memadai sehingga menurunkan mutu dari suatu pelayanan. Berdasarkan dari wawancara maupun observasi menyatakan bahwa dari segi jumlah SDM terkait petugas entri dan petugas koding dan entri INA-CBGs di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya sudah mencukupi. Namun, dilihat dari tingkat pengetahuan dan kedisiplin petugas klaim masih belum memenuhi hal ini dapat dilihat dari tidak konsistennya pengisian lembar *check list* dan pengentrian berkas yang seharusnya tidak di entrikan

b. Sarana

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 tahun 2006 menyatakan bahwa, salah satu sarana yang mendukung terlaksananya kegiatan kerja adalah adanya ruangan kerja dengan ukuran luas dan ketersediaan alat-alat perlengkapan yang disesuaikan dengan kebutuhan serta memenuhi persyaratan estetika, agar memudahkan pengamanan arsip dan dokumen.

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 tahun 2006 menyatakan bahwa, salah satu sarana yang mendukung terlaksananya kegiatan kerja adalah adanya ruangan kerja dengan ukuran luas dan ketersediaan alat-alat perlengkapan yang disesuaikan dengan kebutuhan serta memenuhi persyaratan estetika, agar memudahkan pengamanan arsip dan dokumen.

Sehingga dapat diketahui bahwa fasilitas atau sarana kerja yang terdapat di kamar 19 RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya belum sesuai dengan Peraturan Menteri

Dalam Negri No. 7 tahun 2006 karena berdasarkan observasi ruangan kerja untuk proses pengklaiman sempit atau tidak luas, masih kurangnya perlengkapan alat-alat seperti *printer* dan tidak mudah dalam pengamanan arsip dan dokumen karena penumpukan berkas dimana-mana yang dapat mengindikasikan terjadinya berkas tercecer, tidak terklaimkan bahkan mungkin hilang.

c. Teknologi

Kemajuan teknologi mendukung dalam proses kerja yang lebih praktis dan efisien waktu. Sehingga perlu peningkatan teknologi untuk memudahkan dalam proses kerja. Berdasarkan hasil penelitian aplikasi INA-CBGs untuk pengenterian berkas klaim BPJS rawat inap terkadang *error* dan software yang *loading*. Meskipun begitu hal ini masih bisa di minimalisasi dikarenakan *loading* atau *error*nya aplikasi ini hanya berkisar antara 5-10 menit sehingga tidak menjadi penyebab *unclaimed*.

3. Mengidentifikasi penyebab *unclaimed* berdasarkan Proses.

a. Perencanaan

Standar Operating Procedure (SOP) adalah panduan hasil kerja yang diinginkan serta proses kerja yang harus dilaksanakan untuk mencapai tujuan tertentu. SOP dibuat dan didokumentasikan secara tertulis yang memuat prosedur (alur proses) kerja secara rinci dan sistematis. Alur kerja tersebut haruslah mudah di pahami dan dapat di implementasikan dengan baik dan konsisten oleh pelaku (UU no. 44 tahun 2009). Berdasarkan Hasil penelitian menunjukan bahwa masih belum tersedianya *Standar Operational Prosedur* (SOP) terkait klaim, hal tersebut dikarenakan adanya perubahan alur meskipun menurut informan 5 ketersediaan SOP ini telah disusun.

b. Pengorganisasian

Sejalan dengan hal tersebut menurut permenkes no. 27 tahun 2014 mengemukakan bahwa salah satu upaya yang dilakukan rumah sakit untuk melaksanakan program pemerintah terkait BPJS salah satunya dengan membangun tim rumah sakit, dimana manajemen dan profesi serta komponen rumah sakit yang lain harus mempunyai persepsi dan komitmen yang sama serta mampu bekerja sama untuk menghasilkan produk

pelayanan rumah sakit yang bermutu dan *cost effective*.

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD dr. Soekardjo sudah terbentuk tim khusus untuk pengelolaan klaim BPJS yaitu dengan terbentuknya TIM Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sesuai dengan SK direktur. Dimana isi surat perintah (SK) tersebut sudah terdapat panitia penanggung jawab serta uraian tugas dan fungsinya meskipun belum secara terperinci.

c. Pelaksanaan

Pelaksanaan suatu program sangat dipengaruhi dengan berjalannya alur sesuai dengan yang telah ditetapkan, begitu juga terkait pengajuan klaim. Berdasarkan hasil penelitian alur pengajuan klaim dari pasien pulang sampai berkas di klaimkan terdapat sedikit perubahan, dikarenakan agar lebih mudah dalam pengendalian berkas klaim. Alur pengajuan klaim di RSUD dr. Soekardjo berdasarkan hasil observasi penyusun sudah berjalan sesuai dengan Juknis Verifikasi yang dibuat oleh BPJS kesehatan tahun 2014 dan sesuai dengan Alur yang telah di tetapkan oleh rumah sakit. Pelaksanaan monitoring berkas sesuai dengan Permenkes No. 27 tahun 2014 bahwa, salah satu kekurangan dalam metode pembayaran prospektif yang digunakan dalam sistem JKN ini perlu adanya *monitoring* Pasca klaim agar klaim dapat di kendalikan belum dilaksanakan di Rumah sakit.

Dalam pelaksanaan verifikasi salah satu hal yang perlu diperhatikan adalah pada kasus *special* CMGs yang mana harus melampirkan bukti pendukung seperti laporan hasil *special prosedur* (BPJS, 2014). Namun dalam hal ini kelengkapan hasil penunjang untuk menunjang diagnosis tidak lengkap karena hasil penunjang tersebut dapat dilihat selama kurang lebih 1-2 minggu, semenjak pasien selesai dilakukan pemeriksaan penunjang. Selain hal tersebut ada berkas penunjang yang terbawa pulang pasien sehingga menyulitkan petugas untuk melampirkan hasil pemeriksaan penunjang tersebut.

d. Evaluasi

kegiatan evaluasi terkait pengklaiman belum dilaksanakan secara rutin. Akan tetapi evaluasi ini dilaksanakan apabila terdapat masalah atau kendala dalam

proses pengajuan klaim seperti adanya keterlambat pengajuan klaim, adanya klaim yang gagal (*unclaimed*), adanya berkas yang dikembalikan dan terdapat peraturan baru terkait klaim BPJS.

Rapat rutin tersebut harusnya dilaksanakan karena bersifat penting. Dalam rapat rutin bisa memecahkan atau mencari jalan keluar atas suatu permasalahan terkait pengajuan klaim secara lebih cepat, kemudian sebagai penyampaian informasi terkait perintah dan pernyataan apabila ada perubahan kebijakan baru sehingga akan mudah disampaikan atau disosialisasikan dan sebagai alat koordinasi internal dan external untuk menghindari perbedaan persepsi dan miskomunikasi (Direktur Jendral Otonomi Daerah Departemen Dalam Negeri, 2007).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa:

- 1) Berdasarka identifikasi input terkait SDM, ketersediaan SDM petugas entri dan koding INA-CBGs yang sudah mencukupi bukan sebagai penyebab *unclaim* namun pengetahuan dan kedisiplinan petugas klaim BPJS rawat inap yang masih kurang menjadi salah satu penyebab *unclaimed*.
- 2) Berdasarka identifikasi input terkait sarana dimana ketersediaan *printer* yang dirasa kurang bukan lah salah satu penyebab *unclaimed*, namun untuk ruangan yang sempit menjadi salah satu penyebab *unclaimed*.
- 3) Berdasarka identifikasi input terkait teknologi terdapat jaringan komputer yang terkadang *error* dan *loading* bukan menjadi salah satu penyebab *unclaimed*.
- 4) Berdasarka identifikasi proses terkait perencanaan terdapat SOP terkait klaim yang belum tersediamenjadi salah penyebab *unclaimed*.
- 5) Berdasarka identifikasi proses terkait pengorganisasian terdapat tim khusus pengendali JKN bukan menjadi salah satu penyebab *unclaimed*.
- 6) Berdasarka identifikasi proses terkait pelaksanaan terdapat alur pengajuan klaim yang berjalan cukup baik sehingga secara garis besar bukan menjadi

salah satu penyebab *unclaimed*. Namun untuk monitoring berkas klaim yang belum dilaksanakan dan ketersediaan hasil penunjang yang belum lengkap menjadi salah satu penyebab *unclaimed*.

- 7) Berdasarka identifikasi proses terkait evaluasi terdapat rapat rutin yang belum terlaksana dengan baik sehingga secara tidak langsung menjadi salah satu penyebab *unclaimed*.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. (2014). *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. Jakarta: Direktorat Pelayanan.
- Direktur Jendral Otonomi Daerah Departemen Dalam Negeri. (2007). *Modul 2 Rapat yang efektif Diklat Teknis Administrasi Umum*. Jakarta: Diputi Bidang Pembinaan Diklat Aparatur.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 tahun 2006 Tentang Standarisasi Sarana dan Prasarana Kerja Pemerintah Daerah.
- Permenkes Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Group (INA-CBGs).
- Permenkes Nomor 28 tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Putra, Wahyu.M (2014). *Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan tahun 2014*. Skripsi. Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan - UIN Syarif Hidayatullah Jakarta: tidak di terbitkan.
- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).