

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KETERLAMBATAN KLAIM RUMAH SAKIT KEPADA
BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT
PMI KOTA BOGOR TAHUN 2019**

SKRIPSI



OLEH :

SITI ILMAYANI ISTIQOMAH

NIM 201512021

PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

WIJAYA HUSADA BOGOR

TAHUN 2019

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KETERLAMBATAN KLAIM RUMAH SAKIT KEPADA
BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT
PMI KOTA BOGOR TAHUN 2019**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana (S1)
Kesehatan Masyarakat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Wijaya Husada Bogor



OLEH :

SITI ILMAYANI ISTIQOMAH

NIM 201512021

PROGRAM STUDI S1 KESEHATAN MASYARAKAT

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

WIJAYA HUSADA BOGOR

TAHUN 2019

HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN

“Menyatakan dengan Sebenarnya bahwa penulisan Skripsi ini berdasarkan hasil penelitian, pemikiran dan pemaparan asli dari saya sendiri, baik untuk naskah laporan maupun kegiatan *programming* yang tercantum sebagai bagian dari skripsi ini. Jika terdapat karya orang lain, saya akan mencantumkan sumber yang jelas. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Prodi S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Wijaya Husada Bogor dengan segala resiko yang harus saya tanggung.”

Nama : Siti Ilmayani Istiqomah

NIM : 201512021

Tanggal : 6 September 2019

Tanda Tangan :

Materai 6000

HALAMAN PERSETUJUAN

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KETERLAMBATAN KLAIM RUMAH SAKIT KEPADA
BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT
PMI KOTA BOGOR TAHUN 2019**

Peneliti : Siti Ilmayani Istiqomah
NIM : 201512021

Skripsi ini telah disetujui untuk diajukan dihadapan
Tim penguji Skripsi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Wijaya Husada
Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat

Bogor, 6 September 2019

Dosen Pembimbing

(Ns. Nining Fitrianingsih, S.Kep., M.Kes)

Mengetahui

Ketua STIKes Wijaya Husada Bogor

(dr.Pridady, Sp.PD-KGEH)

HALAMAN PENGESAHAN

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KETERLAMBATAN KLAIM RUMAH SAKIT KEPADA
BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT
PMI KOTA BOGOR TAHUN 2019**

Peneliti : Siti Ilmayani Istiqomah

NIM : 201512021

Skripsi ini telah dipertahankan dan disahkan oleh Tim Penguji Sidang Skripsi
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Wijaya Husada
Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat
Bogor, 11 September 2019

Mengetahui

Penguji I

Penguji II

(Benny M.P Simanjuntak, SKM, M.Kes)

(Ns. Nining Fitrianingsih, S.Kep.,M.Kes)

Ketua STIKes Wijaya Husada Bogor

(dr.Pridady, Sp.PD-KGEH)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Siti Ilmayani Istiqomah
Tempat, Tanggal Lahir : Bogor, 3 April 1997
Alamat : Jl. Flamboyan Raya No. 6 RT/RW 003/010 Bumi
Panggugah Ciomas Bogor 16610
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Menikah
E-mail : sitiilmayanii@gmail.com

Daftar Riwayat Hidup

(2009) Lulus SDN Panaragan 1, Bogor
(2012) Lulus SMP Rimba Teruna, Bogor
(2015) Lulus SMAN 4, Bogor
(2015-saat ini) STIKes Wijaya Husada, Bogor

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KETERLAMBATAN KLAIM RUMAH SAKIT KEPADA
BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT
PMI KOTA BOGOR TAHUN 2019¹
Siti Ilmayani Istiqomah², Nining Fitrianingsih³
Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat
STIKes Wijaya Husada Bogor**

ABSTRAK

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui apakah ada hubungan antara *Material*, *Machine* dan *Money* dengan keterlambatan klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

Penelitian ini menggunakan *analitik observasional* dengan pendekatan *retrospective* menggunakan analisa data yaitu Analisa Univariat, Analisa Bivariat dan Analisa Multivariat. Dan dilaksanakan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor pada tanggal 28 Agustus 2019 sampai 4 September 2019 dengan responden sebanyak 278 berkas. Instrumen yang digunakan adalah lembar observasi mengenai *Material*, *Machine*, *Money* dan Keterlambatan Klaim.

Hasil analisa univariat untuk variabel *Material* tidak lengkap sebanyak 158 (56,8%), variabel *Machine* menggunakan mesin manual sebanyak 145 (52,2%), variabel *Money* non transfer sebanyak 158 (56,8%) dan variabel Keterlambatan Klaim yang mengalami keterlambatan sebanyak 158 (56,8%). Analisa Bivariat di peroleh *pvalue* = 0,000 yang artinya α ($<0,05$) sehingga ada hubungan antara *Material* dengan Keterlambatan Klaim BPJS, di peroleh *pvalue* = 0,005 yang artinya α ($<0,05$) sehingga ada hubungan antara *Machine* dengan Keterlambatan Klaim, dan di peroleh *pvalue* = 0,000 yang artinya α ($<0,05$) sehingga ada hubungan antara *Money* dengan Keterlambatan Klaim BPJS. Dan analisa Multivariat didapatkan faktor *Machine* mempunyai peluang yang lebih tinggi untuk mengalami terjadinya keterlambatan klaim BPJS dengan nilai *OR Exp (B)* adalah 1,937 dibandingkan dengan faktor *Material* dan *Money*.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan antara teori dan hasil penelitian bahwa *Material*, *Machine* dan *Money* dengan keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor didapatkan hasil *pvalue* $<0,05$ atau = 0,005 yang artinya terdapat hubungan antara *Material*, *Machine* dan *Money* dengan keterlambatan klaim dan didapatkan faktor *Machine* mempunyai peluang yang lebih tinggi untuk mengalami terjadinya keterlambatan klaim BPJS dengan nilai *OR Exp (B)* adalah 1,937 dibandingkan dengan faktor *Material* dan *Money*.

Kata Kunci : Faktor Keterlambatan, Klaim BPJS, BPJS Kesehatan
Daftar Pustaka : 3 Buku, 10 Browsing, 9 jurnal
Jumlah Halaman : 109 halaman, 10 tabel, 2 bagan

¹Judul Penelitian

²Mahasiswa S1 Kesehatan Masyarakat STIKES Wijaya Husada Bogor

³Dosen Pembimbing

**AN ANALYSIS OF FACTORS THAT AFFECTING
DELAY OF HOSPITAL CLAIMS TO BPJS
AT HOSPITAL PMI BOGOR IN 2019¹**

Siti Ilmayani Istiqomah², Nining Fitrianingsih³

Bachelor Degree of Public Health study

STIKes Wijaya Husada Bogor

ABSTRACT

Social Insurance Administration Organization (BPJS) is a legal entity formed to organize a health insurance program. To find out whether there is a relation between Material, Machine, and Money with the late claim of the Hospital To the BPJS at the Bogor City PMI Hospital in 2019.

The writer did the study about observational analytic with a retrospective approach using data Univariate Analysis, Bivariate Analysis and Multivariate Analysis. The study was done at the Bogor City PMI Hospital on 28th August 2019 to 4th September 2019 with 278 respondents. The instruments that the writer used were observation sheet that included of Material, Machine, Money and BPJS Late Claims.

From the study the writer analyzes that incomplete Material variables are 158 (56.8%), Variables manual machines are 145 (52.2%), Cash Money variables are 158 (56.8%) and the Late Claims variable are 158 (56.8%). Bivariate Analysis is obtained $pvalue = 0,000$, which means $\alpha (<0.05)$ so that there is a relationship between Material with BPJS Late Claims, obtained $pvalue = 0.005$ which means $\alpha (<0.05)$ so that there is a relationship between Machine and Late Claim, and obtained $pvalue = 0,000$ which means $\alpha (<0.05)$ so that there is a relationship between Money and BPJS Late Claims. And the Multivariate analysis found that the Machine factor has a higher chance of experiencing a late claim with an OR Exp (B) value of 1.937 compared to the Material and Money factors.

From the study, it can be concluded that between Material, Machine and Money with late claims at the Bogor City PMI Hospital obtained $pvalue <0.05$ or $= 0.005$, which means there is a relationship between Material, Machine and Money with late claim and the Machine factor has a higher chance of experiencing BPJS late claim with OR Exp (B) value is 1,937 compared to Material and Money factors.

Keywords : Late Factor, BPJS Claim, Healthcare BPJS

Bibliography : 3 Books, 10 Browsing, 9 journals

Number of Pages : 109 pages, 10 tables, 2 charts

¹**Title of Research**

²**Public Health Student STIKES Wijaya Husada Bogor**

³**Lecture**

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT tuhan semesta alam atas segala berkat, rahmat, taufik, serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul “Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019” sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Sarjana (S1) pada Sekolah tinggi Ilmu Kesehatan STIKes Wijaya Husada Bogor.

Dalam Penyusunan skripsi ini, peneliti menyadari banyak menjumpai hambatan dan kendala. Namun atas bimbingan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak, akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. dr. Pridady, SpPD-KHGEH selaku ketua STIKes Wijaya Husada Bogor.
2. Ns. Tisna Yanti, S.Kep, M.Kes, selaku ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKes Wijaya Husada Bogor.
3. Ns. Nining Fitrianingsih, S.Kep, M.Kes, selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan, motivasi, dukungan serta kritik dengan penuh kesabaran dan keikhlasan.
4. Benny M.P Simanjuntak, SKM, M.Kes , selaku dosen penguji yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan, motivasi, dukungan serta kritik dengan penuh kesabaran dan keikhlasan.
5. Direktur RS PMI Kota Bogor yang telah memberikan izin penelitian.

6. Kepala Ruangan bagian JKN dan staff ruangan bagian JKN di Rumah Sakit PMI Kota Bogor.
7. Dosen-dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wijaya Husada Bogor atas ilmu dan bimbingannya.
8. Teristimewa kepada Ibu dan keluargaku terkasih, atas didikan dan kasih sayang yang telah diberikan selama ini.
9. Kak Ajat yang telah membantu dan memberikan semangat dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
10. Sahabat-sahabat Dambordi (Citra Wihelmina, Putri Ayu Aisyah, Reisha Farhani, Ursulla Angel, Zahra Vatya) yang telah memberikan semangat dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
11. Rekan-rekan seperjuangan Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Wijaya Husada Bogor yang sudah memberikan semangat dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa penyusunan skripsi ini jauh dari sempurna, oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun. Akhir kata peneliti berharap semoga skripsi ini memberikan manfaat bagi para pembaca.

Bogor, 6 September 2019

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
ABSTRAK.....	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xiiv
DAFTAR BAGAN.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xvii
TERJEMAHAN.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	9

F. Keaslian Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	15
A. Asuransi Kesehatan	15
1. Definisi Asuransi Kesehatan	15
2. Tujuan Asuransi Kesehatan.....	18
3. Manfaat Asuransi Kesehatan.....	19
4. Jenis-jenis Asuransi Kesehatan	20
5. Pihak-pihak Yang Terkait	24
B. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.....	26
1. Definisi BPJS	26
2. Visi dan Misi BPJS	27
3. Dasar Hukum BPJS	28
4. Fungsi BPJS	28
5. Tugas BPJS	29
6. Wewenang BPJS	29
7. Kepesertaan Wajib BPJS.....	31
8. Hak dan Kewajiban Peserta BPJS	31
9. Iuran BPJS.....	32
10. Fasilitas Pelayanan Kesehatan	33
11. Sistem Pembayaran BPJS.....	34
12. Prosedur Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS	35
13. Kriteria Rumah Sakit.....	42
C. Klaim.....	42
1. Definisi Klaim	42
2. Proses Pengajuan Klaim.....	45

3. Pengkodean dan Entri Data Klaim	47
4. Verifikasi Klaim	48
5. Syarat Pengajuan Klaim	53
6. Kebijakan Dalam Klaim	55
D. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Klaim	56
E. Material, Machine dan Money	57
F. Kerangka Teori.....	67
BAB III METODE PENELITIAN	68
A. Jenis Penelitian.....	68
B. Kerangka Konsep	68
C. Variabel Penelitian	69
D. Definisi Operasional.....	70
E. Hipotesis.....	72
F. Populasi dan Sampel	73
G. Tempat dan Waktu	74
H. Etika Penelitian	74
I. Alat dan Metode Pengumpulan Data	76
J. Metode Pengolahan Data	77
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	81
A. Hasil Penelitian	81
1. Pelaksanaan Penelitian	81
2. Analisa Univariat.....	82
3. Analisa Bivariat.....	85
4. Analisa Multivariat.....	88

B. Pembahasan.....	89
1. Analisa Univariat.....	89
2. Analisa Bivariat.....	96
3. Analisa Multivariat.....	104
C. Keterbatasan Penelitian.....	106
BAB V PENUTUP	107
A. Simpulan	107
B. Saran.....	109

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	10
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	70
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi <i>Material</i>	81
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi <i>Machine</i>	82
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi <i>Money</i>	83
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Keterlambatan Klaim.....	83
Tabel 4.5 Hubungan <i>Material</i> dengan Keterlambatan Klaim.....	84
Tabel 4.6 Hubungan <i>Machine</i> dengan Keterlambatan Klaim	85
Tabel 4.7 Hubungan <i>Money</i> dengan Keterlambatan Klaim	86
Tabel 4.8 Hubungan <i>Material</i> , <i>Machine</i> dan <i>Money</i> dengan Keterlambatan Klaim.....	87

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.2 Kerangka Teori.....	67
Bagan 3.1 Kerangka Konsep.....	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Studi Pendahuluan
Lampiran 2	Surat Balasan Pendahuluan dan Penelitian
Lampiran 3	Lembar Observasi
Lampiran 4	Master Tabel Data Penelitian
Lampiran 5	Hasil Output Data Penelitian
Lampiran 6	Dokumentasi Kegiatan Penelitian
Lampiran 7	Jadwal Penelitian
Lampiran 8	Lembar Konsultasi Skripsi

DAFTAR SINGKATAN

SJSN	(Sistem Jaminan Sosial Nasional)
BPJS	(Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial)
INA-CBG's	(<i>Indonesia Case Base Groups</i>)
PBI	(Penerima Bantuan Iuran)
Faskes	(Fasilitas Kesehatan)
SEP	(Surat Eligibilitas Peserta)
JKN	(Jaminan Kesehatan Nasional)
DRM	(Data Rekam Medis)
URI	(Unit Rawat Inap)
UU	(Undang-Undang)
BMHP	(Bahan Medis Habis Pakai)
FKRTL	(Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan)
FKTP	(Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Pertama)
NCOF	(<i>No claim on file</i>)
Juknis	(Petunjuk Teknis)
IGD	(Intalasi Gawat Darurat)
RJTL	(Rawat Jalan Tingkat Lanjut)
RITL	(Rawat Inap Tingkat Lanjut)
5M	(<i>Man, Material, Machine, Method, Money</i>)

TERJEMAHAN

<i>Fee for service</i>	(Biaya Untuk Layanan)
<i>Prospective payment</i>	(Pembayaran Prospektif)
<i>Clinical pathway</i>	(Jalur Klinis)
<i>Coder</i>	(Pembuatan Kode)
<i>Grouping</i>	(Pengelompokkan)
<i>Man</i>	(Manusia)
<i>Material</i>	(Alat atau bahan)
<i>Machine</i>	(Mesin)
<i>Method</i>	(Metode)
<i>Money</i>	(Uang)
<i>Coding</i>	(Pengkodean Data)
<i>No claim on file</i>	(Tidak ada klaim dalam file)
<i>front-end error</i>	(Kesalahan ujung depan)
<i>pending</i>	(Tertunda)
<i>denied</i>	(Ditolak)
<i>allowed</i>	(Diterima)
<i>One Day Care</i>	(Pelayanan Bedah Sehari)
<i>Error</i>	(Kesalahan)
<i>Double</i>	(Dua kali lipat)
<i>General purpose machines</i>	(Mesin yang bersifat serbaguna)
<i>Special purpose machines</i>	(Mesin yang bersifat khusus)

<i>Independen Variable</i>	(Variabel bebas)
<i>Dependen Variable</i>	(Variabel Terikat)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, setiap orang mempunyai hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau, serta mendapatkan lingkungan yang sehat demi pencapaian derajat kesehatan. Kesehatan adalah hak asasi manusia dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam Pancasila dan Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.¹

Dalam upaya untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat sesuai dengan tujuan negara yang tercantum dalam pembukaan Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia, maka dikembangkanlah sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan suatu program negara yang memiliki tujuan untuk memberikan perlindungan yang pasti serta kesejahteraan sosial yang menyeluruh dan terpadu bagi seluruh rakyat Indonesia.²

Maka untuk mewujudkan hal tersebut pemerintah menetapkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang bertujuan untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004. Dengan sistem ini diharapkan setiap orang untuk mengembangkan dirinya secara utuh sebagai manusia

yang bermartabat. Untuk dapat menyelenggarakan sistem tersebut maka diperlukan badan hukum yang akan menjadi penyelenggara jaminan sosial kesehatan yaitu BPJS Kesehatan.²

Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan serta dibawah koordinasi langsung oleh pemerintah dalam mengelola jaminan kesehatan untuk seluruh masyarakat Indonesia. Jaminan tersebut dibentuk berlandaskan hak konstitusional setiap orang dan wujud tanggung jawab negara. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) mengembangkan sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan, kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas.³

Fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan harus menyetujui Perjanjian Kerja Sama dengan BPJS Kesehatan serta memenuhi ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan akan membayar faskes tingkat pertama dengan Kapitasi. Untuk Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan, Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan membayar dengan sistem paket INACBG's.⁴

Tarif paket INACBG's adalah sistem pembayaran berdasarkan diagnosa. Besarnya penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah disepakati bersama antara provider atau asuransi atau ditetapkan oleh

pemerintah sebelumnya. Pemberlakuan tarif dengan sistem INACBG's, maka pemerintah berusaha mengubah tarif yang sebelumnya menggunakan sistem *fee for service* menjadi *prospective payment*. Penggunaan sistem INACBG's menjamin pasien mendapatkan pelayanan yang maksimal dari rumah sakit tanpa tambahan biaya karena pasien tidak lagi mendapatkan pelayanan lain selain disesuaikan dengan diagnosanya dan pasien tidak boleh mengeluarkan biaya apapun untuk rumah sakit. Hal tersebut menjadikan rumah sakit harus memberikan pelayanan maksimal dan memperoleh pembiayaan yang efektif.⁴

Pelayanan kesehatan dengan mutu yang baik dan biaya terjangkau menjadi harapan bagi seluruh masyarakat. Untuk itu, rumah sakit yang merupakan pemberi pelayanan kesehatan utama dituntut melakukan pengendalian biaya dan pengendalian mutu dengan cara memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan *clinical pathway* yang sudah ditetapkan. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.⁵

Dalam rangka mendukung terselenggaranya peningkatan mutu pelayanan dengan menggunakan BPJS Kesehatan pasiennya terdiri dari pasien BPJS-PBI (Penerima Bantuan Iuran) terdiri dari pasien yang menggunakan Jamkesmas. BPJS-Non PBI (Bukan Penerima Bantuan Iuran) yang terdiri dari pasien Askes, Jamsostek, Premi, PNS, TNI POLRI dan yang termasuk Pekerja Penerima Upah. Pasien yang datang dengan

menggunakan kartu BPJS wajib melengkapi persyaratan supaya mendapatkan pelayanan kesehatan di tingkat rumah sakit. Persyaratan yang harus dilengkapi pasien antara lain Surat rujukan asli dari Faskes (Fasilitas Kesehatan) I, Fotocopy Kartu Keanggotaan BPJS, Fotocopy KTP, Fotocopy Kartu Keluarga (KK). Persyaratan tersebut diserahkan pada petugas pendaftaran untuk di teliti kembali kelengkapannya, setelah persyaratan lengkap petugas mencetak SEP (Surat Eligibilitas Peserta) dan Formulir Bukti Pelayanan Rawat Inap dan digabungkan.³

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit UNS tentang keterlambatan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan bahwa kenaikan jumlah pasien dari bulan November 2016 sampai dengan Juni 2017 sebanyak 86,5%. Banyaknya pasien yang menggunakan BPJS menunjukkan banyaknya jumlah klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan. Hal tersebut disebabkan oleh, kurangnya SDM sebagai *coder* dan *groupier* yang hanya berjumlah 3 orang, kurangnya sarana berupa komputer dan printer sebagai komponen utama terlaksananya kegiatan *grouping* ke dalam INACBG's yang hanya berjumlah 2 unit, serta ketidaklengkapan berkas klaim yang terdiri dari bukti penunjang pelayanan (lembar bacaan hasil radiologi, hasil laboratorium, bacaan hasil pemeriksaan *Echocardiography*) yang seringkali dibawa oleh pasien atau hilang dan kurang lengkapnya tulisan dokter dalam lembar resume medis dan laporan operasi.⁶

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim menurut Manullang yang dikutip oleh Mastini terdiri dari unsur manajemen dapat dijelaskan unsur-unsur manajemen seperti di bawah Manusia (*Man*), manusia ataupun juga sering diistilahkan dengan sumber daya manusia dalam dunia manajemen merupakan faktor yang sangat penting dan menentukan. Alat atau bahan (*Material*) Dalam proses pelaksanaan kegiatan, manusia menggunakan material atau bahan-bahan. Mesin (*Machine*) mesin telah berubah kedudukannya menjadi pembantu manusia. Metode (*Method*) untuk melakukan kegiatan secara guna dan berhasil guna, manusia dihadapkan kepada berbagai alternatif metode cara menjalankan pekerjaan tersebut sehingga cara yang dilakukannya dapat menjadi sarana atau alat manajemen untuk mencapai tujuan. Uang (*Money*) sebagai sarana manajemen harus digunakan sedemikian rupa agar tujuan yang diinginkan tercapai.¹⁹

Dampak yang terjadi jika pengajuan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan mengalami keterlambatan maka kegiatan operasional rumah sakit yang terkait dengan ketersediaan obat, pengadaan alat medis dan juga pembayaran insentif kinerja pegawai juga dapat tertunda. Hal ini, tentu akan berdampak pada mutu pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada pasien.⁶

Pembayaran pelayanan kesehatan dari pihak BPJS Kesehatan ke rumah sakit harus melalui tahap verifikasi berkas yang diajukan oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan. Berkas yang diajukan terdiri

dari perawatan pasien rawat jalan dan rawat inap. Berdasarkan Perjanjian Kerja Sama dengan BPJS batas pengajuan klaim adalah pada tanggal 10 di setiap bulan berikutnya, kemudian dilakukan proses verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan sehingga memunculkan nilai yang nantinya disepakati sebagai biaya yang dibayarkan BPJS ke rumah sakit. Jika proses verifikasi telah selesai maka pihak rumah sakit akan mendapatkan penggantian biaya perawatan pasien setelah 15 hari kerja dari disepakatinya jumlah pembayaran yang diajukan.⁷

Klaim rumah sakit dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada BPJS setiap bulan, dengan dilengkapi dokumen pendukung yaitu *Grouper* INA-CBG'S, pemeriksaan penunjang, kwitansi pembayaran, SEP (Surat Eligibilitas Peserta), Formulir Bukti pelayanan rawat inap dan persyaratan yang dibawa pasien. Untuk kelancaran proses pengajuan klaim setiap pasien harus membawa persyaratan lengkap.⁷

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di bagian JKN Rumah Sakit PMI Kota Bogor pada tanggal 5 Agustus 2019, menurut hasil wawancara dengan karyawan JKN menunjukan keterlambatan klaim dipengaruhi oleh ketidaklengkapan berkas pengajuan klaim (*Material*), terkendala *server* pada aplikasi INA-CBG's, mesin *scan* manual dan otomatis pada saat pendokumenan berkas yang akan dikirim (*Machine*) dan pembayaran bertahap yang dilakukan pihak BPJS Kesehatan kepada pihak Rumah Sakit (*Money*), hal tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan

Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah tertera diatas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Bagaimana analisis faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya distribusi frekuensi faktor alat atau bahan (*Material*) dalam faktor penyebab keterlambatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.
- b. Diketuinya distribusi frekuensi faktor mesin (*Machine*) dalam faktor penyebab keterlambatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

- c. Diketuainya distribusi frekuensi faktor anggaran (*Money*) dalam faktor penyebab keterlambatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.
- d. Diketuainya distribusi frekuensi distribusi frekuensi keterlambatan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.
- e. Diketuainya hubungan alat atau bahan (*Material*) dengan keterlambatan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.
- f. Diketuainya hubungan mesin (*Machine*) dengan keterlambatan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.
- g. Diketuainya hubungan keuangan (*Money*) dengan keterlambatan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.
- h. Diketuainya hubungan *Machine*, *Material*, dan *Money* dengan keterlambatan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan kesehatan khususnya ilmu

Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK) dalam meningkatkan pengetahuan tentang proses penyelenggaraan pengajuan klaim dan penyebab ketidaklengkapan persyaratan klaim BPJS Kesehatan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan evaluasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan dan proses penyelenggaraan pelaksanaan program BPJS Kesehatan di Rumah Sakit.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan dan bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

E. Ruang Lingkup Penelitian

1. Ruang Lingkup Materi

Penelitian ini berjudul analisis faktor-faktor penyebab keterlambatan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

2. Ruang Lingkup Responden

Penelitian ini ditujukan kepada responden peserta JKN adalah berupa dokumen peserta JKN di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019.

3. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 28 Agustus 2019 sampai 4 September 2019.

4. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini telah dilakukan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor.

5. Ruang Lingkup Metode

Jenis penelitian ini *analitik observasional* dengan pendekatan *retrospective*.

F. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Variabel	Hasil Penelitian
1	Sugeng	Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS Kesehatan di RS Panti Nugroho tahun 2016	Diskriptif dengan pendekatan kualitatif dan rancangan penelitian studi kasus	1. Faktor Man adalah petugas verifikator kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. 2. Faktor machine adalah karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA-CBG. 3. Metode adalah karena implementasi	faktor man adalah petugas verifikator kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. Faktor machine adalah karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA-CBG. Metode adalah karena implementasi SPO yang belum lancar. Faktor

				SPO yang belum lancar. 4. Faktor materials karena persyaratan yang tidak sesuai.	materials karena persyaratan yang tidak sesuai.
2	Dian Nuswantoro	Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim rumah sakit kepada BPJS di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2016	Observasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	1. Syarat-syarat administrasi 2. Kelengkapan dokumen yang digunakan dalam prosedur klaim BPJS	Adanya ketidaklengkapan terhadap dokumen yang akan diajukan dalam klaim
3	Eka Setya Adininggar	Tinjauan pelaksanaan prosedur klaim jaminan kesehatan nasional BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014	Observasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	1. Prosedur pendaftaran pasien BPJS di rumah sakit 2. Prosedur klaim peserta jaminan kesehatan BPJS 3. Dokumen yang digunakan	Tidak adanya SOP untuk pendaftaran pasien BPJS dan SOP Pengajuan Klaim

				klaim BPJS 4. Standar prosedur klaim BPJS 5. Peraturan BPJS mengenai prosedur klaim BPJS	
4	Herdi Aplin	Faktor Penyebab Keterlambatan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul tahun 2017	kualitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	1. Tidak adanya SOP pengajuan klaim BPJS 2. Jumlah berkas yang tidak lengkap atau revisi kembali	Faktor penyebab keterlambatan klaim BPJS dari aspek <i>Man, Methode, Machine, Material, dan Money.</i>

Adapun persamaan dan perbedaan dari penelitian yang akan dilakukan terletak pada :

1. Persamaan yang dilakukan penulis dalam penelitian tersebut mengenai Klaim BPJS Kesehatan. Perbedaan yang dilakukan dalam penelitian tersebut penulis melakukan penelitian di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019 dengan variabel yang berbeda yaitu terdiri dari faktor *Material, Machine, dan Money* sedangkan variabel penelitian diatas mengenai Faktor *Man, Material, Machine, Method* di RS Panti Nugroho tahun 2016.

2. Persamaan yang dilakukan penulis dalam penelitian tersebut mengenai Klaim BPJS Kesehatan. Perbedaan yang dilakukan dalam penelitian tersebut penulis melakukan penelitian di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019 dengan variabel yang berbeda yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim terdiri dari faktor *Material*, *Machine*, dan *Money* sedangkan variabel penelitian diatas mengenai syarat-syarat administrasi dan kelengkapan dokumen yang digunakan dalam prosedur klaim BPJS di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2016.
3. Persamaan yang dilakukan penulis dalam penelitian tersebut mengenai Klaim BPJS Kesehatan. Perbedaan yang dilakukan dalam penelitian tersebut penulis melakukan penelitian di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019 dengan variabel yang berbeda yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim terdiri dari faktor *Material*, *Machine*, dan *Money* sedangkan variabel penelitian diatas mengenai prosedur pendaftaran pasien BPJS di rumah sakit, prosedur klaim peserta jaminan kesehatan BPJS, dokumen yang digunakan klaim BPJS, Standar prosedur klaim BPJS dan peraturan BPJS mengenai prosedur klaim BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014.
4. Persamaan yang dilakukan penulis dalam penelitian tersebut mengenai Klaim BPJS Kesehatan. Perbedaan yang dilakukan dalam penelitian tersebut penulis melakukan penelitian di Rumah Sakit PMI Kota Bogor

Tahun 2019 dengan variabel yang berbeda yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim terdiri dari faktor *Material*, *Machine*, dan *Money* sedangkan variabel penelitian diatas mengenai tidak ada SOP dalam pengajuan Klaim BPJS dan jumlah berkas yang tidak lengkap atau direvisi kembali di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Bhakti wira Tamtama Semarang Tahun 2015.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Asuransi Kesehatan

1. Definisi Asuransi Kesehatan

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 2 Tahun 1992 tentang usaha perasuransian, diuraikan definisi tentang asuransi sebagai berikut “Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dimana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum terhadap pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan”.²⁹

Asuransi Kesehatan adalah suatu sistem pengelolaan dana yang diperoleh dari uang iuran secara teratur oleh anggota, suatu bentuk organisasi guna membiayai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan anggota. Dari segi ekonomi asuransi kesehatan juga merupakan usaha bersama untuk menghindari adanya kesulitan ekonomi dari para anggotanya apabila mereka sakit, atau suatu usaha untuk

memungkinkan seseorang membayar terlebih dahulu biaya kesehatannya atas dasar spekulasi dari sebagian atau seluruh biaya kesehatannya yang mungkin terjadi pada masa yang akan datang.²⁹

Sistem asuransi kesehatan bagi banyak negara merupakan bagian dari sistem jaminan sosial yang semakin lama semakin berkembang. Yang termasuk di dalam jangkauan asuransi sosial meliputi:²⁹

- a. Tabungan hari tua
- b. Jaminan hari tua
- c. Jaminan kesehatan
- d. Jaminan kecelakaan
- e. Jaminan kematian

Khususnya dalam jaminan pelayanan kesehatan, pengembangan sistem ini dimulai dengan diundangkannya undang-undang pokok-pokok kesehatan nomor 9 tahun 1960, yang mengatur pokok-pokok pelayanan kesehatan di Indonesia. Jiwa dari undang-undang ini sebenarnya adalah meskipun pemerintah bertanggung jawab terhadap derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi seluruh rakyat Indonesia, masyarakat wajib diikut sertakan di dalam usaha-usaha kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah. Pemerintah melalui PT. ASKES memberikan sistem pelayanan dalam usaha melindungi masyarakat atas gangguan kesehatan karena sakit ataupun kecelakaan yaitu:²⁹

1) Asuransi biaya rumah sakit (*hospital expense insurance*)

Asuransi ini merupakan bentuk asuransi yang paling luas dipakai dalam asuransi kesehatan, di mana perusahaan asuransi akan membayar pengeluaran-pengeluaran pada waktu tertanggung dirawat di rumah sakit baik karena sakit maupun kecelakaan.

2) Asuransi atas biaya pembedahan (*surgical expense insurance*)

Biaya pembedahan biasanya juga termasuk biaya perawatan rumah sakit pada umumnya ditutup asuransinya tersendiri, dalam hal ini ditentukan untuk jenis pembedahan apakah serta berapa besar jumlah maksimum yang dapat diganti dan jenis-jenis biaya atau pengeluaran yang termasuk dalam perawatan rumah sakit.

3) Asuransi atas biaya pengobatan biasa (*regular medical expenses insurance*)

Asuransi atas biaya pengobatan biasa, kadang disebut asuransi biaya pengobatan dokter, yaitu biaya pemeriksaan dokter baik di rumah, dikantor ataupun di rumah sakit tidak termasuk biaya pembedahan.

4) Asuransi atas biaya pengobatan medis utama (*mayor medical expenses insurance*)

Asuransi atas biaya pengobatan medis utama ini ditujukan biaya kepada pengobatan yang membutuhkan proyeksi yang besar karena penyakit.

- 5) Asuransi ketidakmampuan berpenghasilan (*disability Income insurance*)

2. Tujuan Asuransi Kesehatan

Tujuan pemerintah menyelenggarakan semua pertanggungan sosial pada dasarnya adalah sama yaitu untuk memberikan jaminan sosial bagi masyarakat. Ini merupakan tujuan khusus dalam pertanggungan, sedangkan apabila ditelaah lebih jauh tujuan yang lebih luas lagi adalah supaya dengan terlaksananya tujuan khusus itu tercapai juga suatu masyarakat yang sejahtera, adil dan makmur. Demikian juga hal Asuransi Kesehatan, tujuannya adalah membayar biaya rumah sakit, biaya pengobatan dan mengganti kerugian tertanggung atas hilangnya pendapatan karena cedera akibat kecelakaan atau penyakit. Sedangkan tujuan asuransi kesehatan adalah meningkatkan pelayanan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan anggota keluarganya. Asuransi kesehatan yang bertujuan memberikan bantuan kepada peserta dalam membiayai pemeliharaan kesehatannya meliputi beberapa program tertentu:²⁹

- a. Pengobatan, perawatan dan pemberian suntik pencegah (*preventatif program*) seperti:
 - 1) Oleh dokter umum, dokter gigi pemerintah atau swasta yang ditunjuk.
 - 2) Oleh suatu lembaga pengobatan atau rumah sakit pemerintah atau swasta yang ditunjuk.

- b. Perawatan persalinan pada Rumah Sakit Bersalin Pemerintah atau Swasta yang ditunjuk
- c. Obat-obatan berdasarkan resep dokter yang ditunjuk
- d. Pembelian kacamata menurut resep dokter yang ditunjuk dan lain-lain.

Maka apabila seseorang menghadapi resiko yang langsung menyangkut penderitaan bagi kesehatan jasmaninya, lebih mudah ditanggulangi dengan bantuan dari pemerintah melalui pertanggungansian sosial ini atau asuransi kesehatan pada khususnya. Bantuan pemerintah pada saat-saat itu hendaknya dapat meringankan beban hidup, sehingga orang ini dapat diharapkan menghasilkan atau produktifitasnya lebih besar dalam pekerjaannya.

3. Manfaat Asuransi Kesehatan

Asuransi banyak sekali kegunaannya, baik untuk perorangan (individu), bagi masyarakat maupun perusahaan. Riegel dan Miller mengemukakan beberapa faedah asuransi sebagai berikut:²⁹

- a. Asuransi membuat masyarakat dan perusahaan berada dalam keadaan aman.
- b. Dengan asuransi, efisiensi perusahaan (*business efficiency*) dapat dipertahankan, sehingga untuk menjaga kelancaran perusahaan (*going concern*) dengan jalan pertanggungansian akan mengurangi dan memperkecil resiko yang terjadi.

- c. Adanya suatu kecenderungan, penarikan biaya akan dilakukan seadil mungkin (*the equitable assetsment of cost*), atau ongkos asuransi harus adil menurut besar kecilnya resiko yang dipertanggungkan.
- d. Asuransi menjadi dasar pemberian kredit (*insurance serves as a basis of credit*).
- e. Asuransi merupakan alat penabung (*saving*).
- f. Asuransi sebagai suatu sumber pendapatan (*earning power*) yang didasarkan kepada *financing the business*.

4. Jenis - jenis Asuransi Kesehatan

Jenis asuransi jika dilihat dari segi kepemilikannya, maka asuransi dapat diklasifikasikan antara lain:²⁹

- a. Asuransi milik pemerintah, yaitu asuransi yang sahamnya dimiliki sebagian besar atau bahkan 100 % oleh pemerintah Indonesia.
- b. Asuransi milik swasta nasional, kepemilikan saham asuransi ini sepenuhnya dimiliki oleh swasta nasional, sehingga siapa yang paling banyak memiliki saham, maka memiliki suara terbanyak dalam Rapat Umum Pemegang Saham (RUPS).
- c. Asuransi milik perusahaan asing, merupakan perusahaan asuransi yang biasanya beroperasi di Indonesia, dan hanyalah merupakan cabang dari negara lain, dimana kepemilikannya 100 % dimiliki oleh pihak asing.

- d. Asuransi milik campuran, merupakan jenis asuransi yang sahamnya dimiliki campuran antara swasta nasional dengan pihak asing.

Adapun John H. Magee mengklasifikasikan asuransi sebagai berikut:

- 1) Jaminan sosial (*social insurance*), merupakan asuransi wajib, karena setiap orang atau penduduk harus memilikinya. Jaminan ini bertujuan supaya setiap orang mempunyai jaminan untuk hari tuanya (*old age*).
- 2) Asuransi sukarela (*voluntary insurance*), adalah bentuk asuransi yang dijalankan secara sukarela, tidak dengan paksaan, sehingga setiap orang bias atau tidak mempunyai asuransi jenis ini. Asuransi sukarela dibagi dalam dua jenis, yaitu:
 - a) *Government insurance*, yaitu asuransi yang dijalankan oleh pemerintah atau negara, misalnya jaminan yang diberikan kepada prajurit yang cacat sewaktu peperangan.
 - b) *Commercial insurance*, merupakan asuransi yang mempunyai tujuan untuk melindungi seseorang ataupun keluarga serta perusahaan dari resiko yang mendatangkan kerugian. Tujuan perusahaan asuransi ini bersifat komersial dengan motif mencari keuntungan (*profit motive*). Bentuk asuransi ini dibagi pada dua kelompok:²⁹
 - (1) Asuransi jiwa (*personal life insurance*), bertujuan untuk memberikan jaminan kepada seseorang atau keluarga yang disebabkan oleh kematian, kecelakaan serta sakit, seperti

PT. Asuransi Jiwas Raya, Asuransi Jiwa Bumi Putera 1912, dan Asuransi Jiwa Dharma Nasional.

- (2) Asuransi kerugian (*property insurance*), bentuk asuransi ini hampir sama dengan asuransi umum, yang bertujuan memberikan jaminan kerugian yang disebabkan oleh kebakaran, pencurian, seperti PT. Reasuransi Umum Indonesia, dan PT. Asuransi Kerugian.

Menurut jenis bidang yang ditangani, ada beberapa macam asuransi, antara lain:²⁹

- (a) Asuransi jiwa, merupakan bentuk kerjasama untuk mengurangi resiko yang diakibatkan oleh resiko kematian, resiko hari tua, dan resiko kecelakaan.
- (b) Asuransi kecelakaan diri, adalah usaha untuk melindungi resiko financial akibat kecelakaan seperti, benturan atau sentuhan benda keras atau benda cair (kimiawi), gas atau api, terhadap badan (jasmani) seseorang, yang mengakibatkan kematian atau cacat serta luka, yang sifat dan tempatnya dapat ditentukan oleh dokter.
- (c) Asuransi sosial, adalah asuransi yang menyediakan jaminan sosial bagi anggota masyarakat, baik secara local, regional, maupun nasional, yang diselenggarakan oleh pemerintah atau lembaga yang ditunjuk, dimana setiap anggota masyarakat memikul kewajiban sosial (membayar premi wajib) dan memperoleh jaminan sosial pula.

- (d) Asuransi sosial tenaga kerja, yaitu perlindungan sosial bagi tenaga kerja yang dijalankan melalui pola mekanisme asuransi dan dikelola oleh Perum ASTEK.
- (e) Asuransi kesehatan, merupakan asuransi yang memberikan santunan kesehatan kepada seseorang (tertanggung) berupa sejumlah uang untuk biaya pengobatan dan perawatan bila diluar kehendak ia diserang penyakit.
- (f) Asuransi kecelakaan penumpang, adalah asuransi yang mengelola perlindungan sosial dalam kecelakaan penumpang dan lalu lintas jalan yang penyelenggaranya adalah PT. Asuransi Jasa Raharja.
- (g) Asuransi kebakaran, merupakan pertanggungan yang menjamin kerugian atau kerusakan atas harta benda (tetap maupun bergerak) yang disebabkan oleh kebakaran, dan terjadi karena api sendiri atau api dari luar, udara jelek, kurang hati-hati, kesalahan atau perbuatan tidak pantas dari pelayan tertanggung, tetangga, musuh, perampok dan apa saja dengan cara bagaimanapun sebab timbulnya kebakaran.
- (h) Asuransi kredit, yaitu pertanggungan yang diberikan kepada pemberi kredit (bank dan lembaga keuangan) terhadap resiko kredit, yaitu tidak diperolehnya kembali kredit yang diberikan oleh tertanggung kepada nasabah.
- (i) Asuransi rekayasa atau engineering insurance, yaitu pertanggungan yang diterapkan pada proyek-proyek pembangunan yang

berhubungan dengan rekayasa, yang memberikan perlindungan dalam pelaksanaan pembangunan.

- (j) Asuransi perusahaan, merupakan pertanggungan yang meliputi, asuransi pengiriman uang, penyimpanan uang, penggelapan uang, pencurian uang, dan asuransi proses perusahaan.
- (k) Asuransi tanggung gugat, yaitu kewajiban untuk bertanggung jawab atas kerugian yang diderita oleh pihak lain.
- (l) Asuransi transportasi, merupakan asuransi yang berkenaan dengan barang- barang dalam transit atau barang yang sedang ditangani perusahaan pengangkutan.

5. Pihak-Pihak Yang Terkait

Sebelum menguraikan pihak-pihak yang terkait dalam perjanjian asuransi kesehatan perlu diuraikan terlebih dahulu hubungan antara perjanjian dengan perjanjian asuransi. Perjanjian diatur didalam Buku Ketiga KUHPerdara yaitu dalam Bab V sampai dengan Bab XVIII dan Bab VII A mengatur tentang persetujuan-persetujuan bernama (tertentu). Beberapa persetujuan diatur dalam Kitab Undang-undang Hukum Dagang seperti Perseroan, Asuransi, Komisioner, Makelar, Pengangkutan. Pengertian perjanjian menurut Pasal 1313 KUHPerdara yaitu suatu perbuatan dengan mana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap satu orang lain atau lebih. Agar suatu perjanjian sah, harus memiliki syarat-syarat yang diatur dalam Pasal 1320 BW yaitu:

- a. Sepakat mereka yang mengikatkan dirinya;

- b. Kecakapan untuk membuat suatu perikatan;
- c. Suatu hal tertentu;
- d. Suatu sebab yang halal;
- e. Wajib memberitahukan;
- f. Premi.

Asuransi dalam terminologi hukum merupakan suatu perjanjian, oleh karena itu perjanjian itu perlu dikaji sebagai acuan menuju pada pengetahuan perjanjian asuransi. Secara umum pengertian perjanjian dapat dijabarkan antara lain adalah sebagai berikut: ²⁹

- 1) Suatu perbuatan dengan mana satu orang atau lebih mengakibatkan dirinya terhadap satu orang atau lebih
- 2) Suatu hubungan hukum antara pihak, atas dasar mana pihak yang satu (yang berpiutang atau kreditur) yang juga berkewajiban melaksanakan dan bertanggung jawab atas suatu prestasi.

Dari batasan tersebut di atas dapat diketahui bahwa setiap perjanjian pada dasarnya akan meliputi hal-hal tersebut dibawah ini:

- a) Perjanjian selalu menciptakan hubungan hukum
- b) Perjanjian menunjukan adanya kemampuan atau kewenangan menurut hukum
- c) Perjanjian mempunyai atau berisikan suatu tujuan bahwa pihak yang satu akan memperoleh dari pihak yang lain suatu prestasi yang mungkin memberikan sesuatu, melakukan sesuatu, melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu

- d) Dalam setiap perjanjian, kreditur berhak atas prestasi dari debitur, yang dengan sukarela akan memenuhinya
- e) Bahwa dalam setiap perjanjian debitur wajib dan bertanggung jawab melakukan prestasinya sesuai dengan perjanjian

Cara untuk mengajukan klaim harus memenuhi beberapa syarat yaitu:

- (1) Formulir pengajuan klaim (FPK) yang telah diisi lengkap
- (2) Melampirkan kartu peserta PT. ASKES
- (3) Kwitansi pembayaran premi terakhir

B. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

1. Definisi BPJS

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan sebuah lembaga hukum nirlaba untuk perlindungan social dalam menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup layak sekaligus dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia. BPJS terdiri dari dua bentuk yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenega Kerjaan.⁸

Di dalam program BPJS jaminan sosial dibagi kedalam 5 jenis program jaminan sosial dan penyelenggaraan yang dibuat dalam dua program penyelenggaraan, yaitu :⁸

- a. Program yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, dengan programnya adalah Jaminan Kesehatan yang berlaku mulai 1 Januari 2014.

- b. Program yang diselenggarakan oleh BPJS Ketenagakerjaan, dengan programnya adalah Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian yang direncanakan dapat dimulai mulai 1 Juli 2015.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah peleburan empat badan usaha milik negara menjadi satu badan hukum, empat badan usaha yang dimaksud adalah PT TASPEN, PT JAMSOSTEK, PT ASABRI, dan PT ASKES. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ini berbentuk seperti asuransi, nantinya semua warga Indonesia diwajibkan untuk mengikuti program ini. Dalam mengikuti program ini peserta BPJS di bagi menjadi 2 kelompok, yaitu untuk masyarakat yang mampu dan kelompok masyarakat yang kurang mampu.⁸

Peserta kelompok BPJS di bagi dua kelompok yaitu:

- 1) PBI (Penerima Bantuan Iuran) jaminan kesehatan, yaitu PBI adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan Undang-undang SJSN yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui Peraturan Pemerintah.
- 2) Bukan PBI jaminan kesehatan

2. Visi dan Misi BPJS

a. Visi BPJS

Terwujudnya jaminan kesehatan yang berkualitas tanpa diskriminasi.⁸

b. Misi BPJS

- 1) Memberikan layanan terbaik kepada peserta dan masyarakat.
- 2) Memperluas kepesertaan program jaminan kesehatan mencakup seluruh penduduk Indonesia
- 3) Bersama menjaga kesinambungan finansial program jaminan kesehatan.⁸

3. Dasar Hukum BPJS

- a. Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004
Tentang Sistem Jaminan Sosial Kesehatan
- b. Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011
Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- c. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun 2012
Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan
- d. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013
Tentang Jaminan Kesehatan

4. Fungsi BPJS

Melalui Undang-undang BPJS menentukan bahwa BPJS Kesehatan memiliki fungsi sebagai pelaksana dan pengelola program jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan menurut UU SJSN dilaksanakan

menyeluruh di seluruh Indonesia berlandaskan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan melindungi peserta supaya mendapatkan perawatan kesehatan dan pemeliharaan yang dapat menkover kebutuhan utama kesehatan.⁸

5. Tugas BPJS

Dalam melaksanakan fungsi BPJS bertugas untuk sebagai berikut :⁸

- a. Melakukan dan atau menerima pendaftaran peserta
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja
- c. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah
- d. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial
- f. Membayarkan manfaat dan atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Dengan kata lain tugas BPJS meliputi pendaftaran kepesertaan dan pengelolaan data kepesertaan, pemungutan, pengumpulan iuran termasuk menerima bantuan iuran dari Pemerintah, pengelolaan Dana jaminan Sosial, pembayaran manfaat dan atau membiayai pelayanan kesehatan dan tugas penyampaian informasi dalam rangka sosialisasi program jaminan sosial dan keterbukaan informasi. Tugas pendaftaran

kepesertaan dapat dilakukan secara pasif dalam arti menerima pendaftaran atau secara aktif dalam arti mendaftarkan peserta.⁸

6. Wewenang BPJS

Dalam melaksanakan tugasnya BPJS berwenang sebagai berikut :⁸

- a. Menagih pembayaran Iuran dalam hal terjadi penunggakan, kemacetan, atau kekurangan pembayaran, kewenangan melakukan pengawasan dan kewenangan mengenakan sanksi administratif yang diberikan kepada BPJS memperkuat kedudukan BPJS sebagai badan hukum publik.
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan
- f. Mengenakan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya

- g. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- h. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

7. Kepesertaan Wajib BPJS

- a. Penerima bantuan iuran BPJS-PBI yaitu masyarakat miskin dan tidak mampu iurannya dibayarkan oleh pemerintah.
- b. Pekerja penerima upah yaitu :⁸
 - 1) Orang yang bekerja dan menerima upah secara rutin: PNS, TNI/POLRI, Pegawai Swasta.
 - 2) Pendaftarannya diurus oleh pemberi kerja.
- c. Pekerja bukan penerima upah yaitu :⁸
 - 1) Seseorang yang memiliki usaha mandiri atau wiraswasta.
 - 2) Mendaftar untuk dirinya sendiri dan keluarganya.
 - 3) Besaran iuran bagi pekerja bukan penerima upah (peserta mandiri) ialah :
 - a) Pelayanan di ruang rawat inap rumah sakit Kelas III : Rp 25.500/orang per bulan.
 - b) Pelayanan di ruang rawat inap rumah sakit Kelas II : Rp 51.000/orang per bulan.

- c) Pelayanan di ruang rawat inap rumah sakit Kelas I : Rp
80.000/orang per bulan.

8. Hak dan Kewajiban Peserta

a. Hak Peserta sebagai berikut :⁸

- 1) Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan
- 2) Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- 3) Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan
- 4) Menyampaikan keluhan atau pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.

b. Kewajiban Peserta sebagai berikut :⁹

- 1) Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- 2) Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat I
- 3) Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
- 4) Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

9. Iuran BPJS

Iuran BPJS dibayarkan lewat Bank disamakan dengan jenis kepesertaannya yaitu sebagai berikut :⁸

- a. Peserta yang telah terdaftar sebagai BPJS-PBI (Penerima Bantuan Iuran) jumlahnya sudah ditentukan oleh pemerintah.
- b. Peserta penerima upah seperti karyawan perusahaan swasta, dalam satu bulan membayar jumlah iuran sebesar 4,5% dari gaji karyawan dan pemebri kerja menanggung 4% dan yang ditanggung pekerja sebesar 5%. Sedangkan untuk Pegawai Negeri Sipil dan Pensiunannya pemerintah menanggung sebesar 3% dan Pegawai Negeri Sipil sebesar 2% yang ditanggung.
- c. Untuk peserta bukan penerima upah seperti pekerja yang bekerja di sector informal iuran yang harus dibayar berdasarkan jenis kelas perawatan yang diambil. Untuk ruang perawatan rawat inap kelas III yaitu Rp. 25.500, kelas II yaitu Rp. 51.000, dan kelas 1 yaitu Rp. 80.000.

10. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan peserta BPJS yaitu sebagai berikut :³

- a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
 - 1) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dengan fasilitas Rawat Jalan Tingkat Pertama sebagai berikut :³
 - a) Puskesmas atau yang setara

- b) Praktik dokter
 - c) Praktik dokter gigi
 - d) Klinik Pratama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/POLRI
 - e) Rumah sakit Kelas D Pratama atau yang setara
- 2) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dengan fasilitas Rawat Inap
- b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL)
- Pelayanan rawat jalan dan rawat inap dapat dilakukan sebagai berikut:³
- 1) Klinik utama atau yang setara
 - 2) Rumah Sakit umum
 - 3) Rumah Sakit khusus
- Baik milik pemerintah maupun swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan
- c. Fasilitas Kesehatan Penunjang

11. Sistem Pembayaran BPJS

Pembayaran iuran BPJS Kesehatan untuk seluruh anggota keluarganya yang terdaftar dalam Kartu Keluarga melalui satu kartu *virtual account* secara kolektif. Transaksi melalui *virtual account* ini sangat fleksibel, hemat waktu dan biaya, jika melalui *transfer bank* yang bekerjasama dengan BPJS (Bank Mandiri, BNI, BRI, & BTN) tidak akan dikenakan biaya administrasi. Apabila pembayaran dilakukan di tempat lainnya yang telah bekerjasama dengan BPJS seperti Indomaret, Alfamart, Kantor Pos

& JNE, atau Pegadaian, akan sangat menghemat biaya karena jika sebelumnya membayar biaya transaksi per masing-masing peserta anggota keluarga, namun dengan *virtual account* pembayaran bisa dilakukan secara kolektif dan hanya satu kali transaksi saja. Atau saat ini yang lebih praktis melakukan pembayaran BPJS secara *online* melalui situs tokopedia.com. Untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, BPJS Kesehatan dapat diakses melalui *smartphone* dan bisa mengunduhnya via Aplikasi BPJS Kesehatan melalui *google play*. Aplikasi ini memudahkan untuk cek tagihan BPJS, informasi mengenai BPJS, melakukan pendaftaran, dan login ke Aplikasi BPJS Kesehatan.²⁵

12. Prosedur Pelayanan Kesehatan Peserta BPJS

a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama⁸

1) Ketentuan Umum

- a) Di Faskes tingkat pertama merupakan tempat peserta terdaftar dan peserta akan mendapatkan pelayanan kesehatan.
- b) Ketentuan diatas tidak berlaku terhadap kondisi :
 - (1) Peserta yang berada di luar wilayah faskes tingkat pertama.
 - (2) Peserta dalam kondisi gawat darurat dan butuh pertolongan secepatnya.
 - (3) Peserta yang ada di luar wilayah adalah peserta yang pergi keluar domisili karena ada tujuan tertentu dan bukan menetap selamanya. Oleh karena itu untuk memperoleh

pelayanan kesehatan di Faskes tingkat pertama maka peserta harus membawa surat pengantar dari Kantor BPJS Kesehatan.

- (4) Jika peserta membutuhkan pengobatan tingkat lanjutan, peserta tersebut akan dirujuk ke Faskes tingkat lanjutan terdekat oleh faskes tingkat pertama. Rujukan tersebut harus sesuai dengan sistem rujukan yang sudah diatur dalam ketentuan peraturan Undang-undang
- (5) Peserta yang ingin pindah Faskes pada tanggal 1 sampai dengan akhir bulan tidak boleh memperoleh pelayanan kesehatan di Faskes tingkat pertama. Peserta akan mendapatkan pelayanan kesehatan di Faskes tingkat pertama yang baru pada bulan selanjutnya.
- (6) Peserta dapat menentukan untuk pindah atau mutasi Faskes tingkat pertama dalam batas waktu setelah 3 (tiga) bulan atau lebih.
- (7) Bagi peserta yang baru mendaftar keanggotaan BPJS dan sudah terlanjur membayar Iuran, maka pada bulan berjalan peserta sudah boleh memperoleh pelayanan kesehatan tingkat pertama.

2) Pelayanan Rawat jalan di Faskes tingkat pertama dan Pelayanan Gigi⁸

- a) Peserta memperlihatkan kartu keanggotaan BPJS Kesehatan.

- b) Petugas Faskes melakukan pengecekan keaslian kartu keanggotaan BPJS Kesehatan.
- c) Peserta akan diperiksa kesehatannya dan diberi tindakan jika diperlukan.
- d) Sesudah peserta memperoleh pelayanan, peserta wajib membubuhkan tanda tangan di lembar bukti pelayanan yang tersedia.
- e) Apabila ada Indikasi medis peserta akan mendapatkan Resep Obat.
- f) Semisal peserta memerlukan pemeriksaan kehamilan, persalinan, dan pasca melahirkan dapat dilakukan oleh dokter umum atau bidan.
- g) Faskes tingkat pertama akan memberikan surat rujukan ke faskes tingkat lanjutan apabila hasil pemeriksaan dokter ternyata peserta membutuhkan pemeriksaan ataupun tindakan spesialisistik atau sub-spesialisistik. Namun dengan catatan Faskes tingkat lanjutan yang dituju sudah berkerja sama dengan BPJS Kesehatan dan dengan sistem rujukan yang berlaku.
- h) Surat rujukan diperlukan untuk pertama kali peserta melakukan pengobatan di Faskes tingkat lanjutan dan selama dokter belum merujuk balik ke Faskes tingkat pertama atau dengan kata lain peserta masih dalam pengobatan, dokter akan memberikan surat keterangan dalam perawatan.

- i) Faskes diwajibkan untuk melakukan pencatatan tentang pelayanan kesehatan dan tindakan yang telah diberikan ke dalam Aplikasi system Informasi yang dibuat oleh BPJS Kesehatan.
 - j) Pemeriksaan kehamilan (ANC) dan pasien melahirkan (PNC) memiliki ketentuan khusus.
- 3) Pelayanan Rawat Inap di Faskes Tingkat Pertama⁸
- a) Peserta datang ke Faskes tingkat pertama yang sudah mempunyai fasilitas rawat inap.
 - b) Peserta memperlihatkan kartu keanggotaan BPJS dan Faskes dapat melayani peserta yang sudah terdaftar maupun peserta yang dirujuk dari Faskes tingkat pertama lainnya.
 - c) Petugas Faskes melakukan pengecekan keaslian kartu keanggotaan BPJS.
 - d) Peserta memperoleh pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP).
 - e) Sesudah peserta memperoleh pelayanan, peserta wajib membubuhkan tanda tangan
 - f) Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.

- g) Faskes diwajibkan untuk melakukan pencatatan tentang pelayanan kesehatan dan tindakan yang telah diberikan ke dalam aplikasi sistem informasi yang dibuat oleh BPJS Kesehatan.
- h) Apabila indikasi medis diperlukan peserta dapat dirujuk ke faskes tingkat lanjutan.

b. Pelayanan Kesehatan Tingkat Rujukan

1) Pelayanan Rawat Jalan di Faskes Tingkat Lanjutan⁸

- a) Peserta menunjukkan kartu keanggotaan BPJS dan surat rujukan dari Faskes tingkat pertama.
- b) Peserta mendaftarkan diri di Instalasi Rawat Jalan dengan menunjukkan Kartu keanggotaan BPJS dan surat rujukan.
- c) Petugas pendaftaran bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keaslian kartu BPJS dan surat rujukan dan melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan mencetak SEP.
- d) SEP akan di legalisasi oleh Petugas BPJS.
- e) Peserta akan memperoleh pemeriksaan, perawatan, tindakan yang berikan, resep obat dan bahan medis habis pakai (BMHP)
- f) Sesudah memperoleh pelayanan kesehatan peserta akan membubuhkan Tanda Tangan pada lembar bukti pelayanan yang sudah tersedia.

- g) Bila ada indikasi medis peserta dapat dirujuk ke poliklinik lain selain yang tercantum dalam surat rujukan dengan surat kontrol internal.
- h) Bila ada indikasi medis peserta dapat dirujuk ke Faskes lanjutan dengan surat kontrol internal.
- i) Apabila pasien kondisinya belum stabil dan masih memerlukan pelayanan kesehatan maka dokter spesialisik atau sub spesialisik memberikan surat keterangan yang berisi bahwa pasien masih dalam perawatan.
- j) Apabila pasien sudah membaik atau stabil dapat dirujuk balik ke faskes tingkat pertama dan peserta akan menerima surat keterangan rujuk balik dari Dokter Spesialistik/ sub spesialisik.
- k) Jika Dokter spesialisik atau sub spesialisik tidak memberikan pelayanan keterangan seperti nomor 9 dan 10 maka pada kunjungan berikutnya pasien wajib membawa surat rujukan dari Faskes tingkat pertama.

2) Pelayanan Rawat Inap di Faskes Tingkat Lanjutan

- a) Peserta mendaftarkan diri ke Rumah Sakit dengan membawa kartu keanggotaan BPJS dan surat perintah rawat inap dari poliklinik rawat jalan atau Instalasi Gawat Darurat.
- b) Peserta wajib melengkapi persyaratan pendaftaran sebelum pasien dinyatakan pulang dengan batas waktu 3x24 jam hari kerja sejak peserta masuk Rumah Sakit.

- c) Petugas pendaftaran bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keaslian kartu BPJS dan surat rujukan dan melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan mencetak SEP.
- d) SEP akan di legalisasi oleh Petugas BPJS.
- e) Peserta akan memperoleh pemeriksaan, perawatan, tindakan yang berikan, resep obat dan bahan medis habis pakai (BMHP).
- f) Sesudah memperoleh pelayanan kesehatan peserta akan membubuhkan Tanda Tangan pada lembar bukti pelayanan yang sudah tersedia.
- g) Jika peserta ingin kelas perawatan yang lebih tinggi daripada hak yang diperolehnya, maka peserta dapat membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar karena peningkatan kelas.
- h) Kenaikan kelas perawatan lebih tinggi harus sesuai dengan kemauan sendiri.⁸

c. Rujukan Parsial

- 1) Rujukan parsial adalah mentransfer pasien atau spesiesmen ke pemberi pelayanan kesehatan lain untuk menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien di Fasilitas Kesehatan tersebut.
- 2) Rujukan parsial dapat berupa :⁸

- a) Transfer pasien untuk mendapat pemeriksaan penunjang atau tindakan.
 - b) Transfer specimen untuk pemeriksaan penunjang.
- 3) Pasien yang tergolong pasien rujukan parsial, pada SEP pasien harus terdapat keterangan “Rujukan Parsial” dan Rumah Sakit penerima rujukan tidak perlu mencetak SEP baru untuk pasien tersebut.
 - 4) Pada rujukan parsial pasien tidak boleh dibebani Iuran Biaya, dalam hal ini biaya rujukan parsial menjadi tanggungan Faskes perujuk.
 - 5) BPJS Kesehatan akan membayar biaya pelayanan sesuai dengan paket INA-CBG’s ke Fasilitas Kesehatan perujuk.⁸

13. Kriteria Rumah Sakit

Berikut ini Rumah Sakit yang dapat memberikan pelayanan BPJS Kesehatan antara lain :³⁰

a. Rumah Sakit Tipe A

Rumah sakit tipe A adalah Rumah Sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis luas oleh pemerintah ditetapkan sebagai rujukan tertinggi (*Top Referral Hospital*) atau disebut pula sebagai Rumah Sakit pusat.

b. Rumah Sakit Tipe B

Rumah sakit tipe B adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis terbatas. Rumah sakit

ini didirikan disetiap Ibu Kota Propinsi yang menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit Kabupaten.

c. Rumah Sakit Tipe C

Rumah sakit tipe C adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas. Rumah sakit ini didirikan disetiap Ibu Kota Kabupaten (*Regency hospital*) yang menampung pelayanan rujukan dari Puskesmas.

d. Rumah Sakit Tipe D

Rumah sakit tipe D adalah rumah sakit yang bersifat transisi dengan kemampuan hanya memberikan pelayanan kedokteran umum dan gigi. Rumah sakit ini menampung rujukan yang berasal dari Puskesmas.

C. Klaim

1. Definisi Klaim

Definisi klaim secara umum adalah permintaan peserta, ahli warisnya atau pihak lain yang terlibat perjanjian dengan perusahaan asuransi atas terjadinya kerugian sebagaimana yang telah dijanjikan.⁹ Sedangkan definisi klaim dilihat dari bidang asuransi kesehatan adalah *request for payment made to the insurance company by medical facilities, members, or practitioners for health services provided to plan members*.¹⁰ Berdasarkan kedua pengertian tersebut maka dapat ditarik kesimpulan bahwa klaim asuransi kesehatan adalah sebuah permintaan yang dibuat oleh pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk perusahaan

asuransi untuk meminta bayaran atas tindakan yang sudah dilakukan terhadap peserta asuransi mereka.

Klaim dilakukan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya melalui sebuah proses yang disebut administrasi klaim. Administrasi klaim adalah proses mengumpulkan bukti atau fakta yang berkaitan dengan sakit atau cedera, membandingkan fakta-fakta tersebut dengan perjanjian kerja sama serta menentukan manfaat yang dibayarkan kepada peserta asuransi. Tujuan utama dari administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid, sesuai dan segera dengan bijaksana dan sesuai dengan polis.¹¹

Pada pelaksanaan klaim JKN proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan INA-CBG's. Administrasi klaim dalam INA-CBG's adalah rangkaian proses penyiapan berkas atau dokumen pelayanan yang diajukan dengan pengajuan klaim oleh rumah sakit dan penilaian kelayakan atas klaim yang diajukan melalui proses verifikasi klaim sampai pembayaran klaim. Administrasi klaim merupakan suatu kesatuan dimulai dari proses di rumah sakit mengajukan klaim sampai di BPJS kesehatan dalam melakukan verifikasi klaim dan pembayaran klaim. Rumah sakit akan mengajukan klaim dalam bentuk hardcopy untuk rekapitulasi dan softcopy untuk data individu klaim. Sedangkan verifikasi dilakukan dengan menggunakan aplikasi verifikasi klaim. Apabila sudah ada kesepakatan terkait pengajuan klaim maka akan

dibuatkan berita acara sehingga layak untuk pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan sesuai dengan ketentuan.¹²

Secara umum dalam pelaksanaan pengajuan klaim terdapat tiga prinsip yang harus diperhatikan oleh petugas klaim sejak berkas klaim diterima sampai klaim dibayarkan kepada peserta, yaitu :¹²

- a. Tepat waktu, klaim harus dibayar sesuai dengan waktu yang dijanjikan. Berdasarkan Permenkes No 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program JKN disebutkan bahwa klaim yang diajukan ke BPJS kesehatan akan dibayarkan paling lambat 15 hari setelah pengajuan klaim tersebut.
- b. Tepat jumlah, klaim harus dibayarkan kepada peserta sesuai dengan santunan yang menjadi hak peserta atau ahli warisnya atau sesuai nilai kerugian.
- c. Tepat orang, klaim dibayarkan harus benar-benar kepada orang yang berhak.

2. Proses Pengajuan Klaim

Klaim JKN dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang diajukan kepada BPJS kesehatan. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. BPJS akan membayar biaya pelayanan sesuai dengan tarif INA-CBG's yaitu sesuai dengan penetapan kelas rumah sakit oleh menteri kesehatan dan regionalisasi tarif yang berlaku di wilayah tersebut.¹³

Prosedur pelayanan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut diawali dengan pelayanan administrasi, yaitu sebagai berikut :¹³

- a. Peserta datang ke Rumah Sakit dengan menunjukkan nomor identitas peserta JKN dan surat rujukan, kecuali kasus emergency, tanpa surat rujukan.
- b. Peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan.
- c. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap sesuai dengan indikasi medis.
- d. Apabila dokter spesialis atau subspesialis memberikan surat keterangan bahwa pasien masih memerlukan perawatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) tersebut, maka untuk kunjungan berikutnya pasien langsung datang ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) tanpa harus ke FKTP terlebih dahulu, dengan membawa surat keterangan dari dokter tersebut.
- e. Apabila dokter spesialis atau subspesialis memberikan surat keterangan rujuk balik, maka untuk perawatan selanjutnya pasien langsung ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) membawa surat rujuk balik dari dokter spesialis atau subspesialis.
- f. Apabila dokter spesialis atau subspesialis tidak memberikan surat keterangan sebagaimana dimaksud pada poin 4 dan 5 maka pada

kunjungan berikutnya pasien harus melalui Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

Setelah pelayanan administrasi, kelanjutan dari proses pengajuan klaim di fasilitas kesehatan berdasarkan panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS (2014) yaitu rekapitulasi pelayanan dan diakhiri dengan pemberian kode serta entri data melalui aplikasi INA-CBG's menurut Permenkes No. 27 tahun 2014 tentang Juknis sistem INA-CBG's. Sehingga fasilitas kesehatan nantinya menghasilkan berkas dan data klaim dalam bentuk text berdasarkan Juknis verifikasi klaim (2014).

3. Pengkodean dan Entri Data Klaim

Sebelum diverifikasi terdapat beberapa proses yang harus dilakukan oleh fasilitas kesehatan seperti melakukan entri data, coding dan grouping. Entry data, coding dan grouping dilakukan dengan menggunakan Software atau aplikasi INA-CBG's (*Indonesian-Case Based Groups*). Aplikasi INA-CBG's merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan grouping tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis. Aplikasi INA-CBG's sudah terinstall di rumah sakit yang melayani peserta JKN yaitu INA-CBG's. Untuk menggunakan aplikasi INA-CBG's, rumah sakit sudah harus memiliki kode registrasi rumah sakit yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, selanjutnya akan dilakukan

aktifasi INA-CBG's setiap rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit serta regionalisasinya.¹⁴

Proses entri aplikasi INA-CBG's dilakukan oleh petugas koder atau petugas administrasi klaim di rumah sakit dengan menggunakan data dari resume medis, perlu diperhatikan juga mengenai kelengkapan data administratif untuk tujuan keabsahan klaim. Proses entri data pasien ke dalam aplikasi INA-CBG's dilakukan setelah pasien selesai mendapat pelayanan di rumah sakit (setelah pasien pulang dari rumah sakit), data yang diperlukan berasal dari resume medis, sesuai dengan alur.¹⁴

4. Verifikasi Klaim

Setelah melalui proses entri dan pengkodean tahapan terakhir dalam pengajuan klaim adalah verifikasi klaim yang bertujuan menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Malonda, Ratu dan Soleman (2015) terkait analisis pengajuan klaim BPJS kesehatan di RSUD Dr Sam Ratulangi Tondano bahwa verifikasi pada dokumen klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program JKN oleh BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu dan tepat sasaran. Selain itu, verifikasi data bertujuan untuk membantu fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut untuk mengacu kepada standard penilaian klaim berdasarkan PKS antara provider dan BPJS Kesehatan.¹⁵

Maka verifikasi klaim oleh verifikator BPJS kesehatan menandakan klaim sudah masuk ke pihak BPJS kesehatan melalui verifikator untuk uji kelayakan. Terdapat empat tipe status klaim yang berbeda setelah berkas klaim diterima oleh pihak asuransi, yaitu :¹⁵

- a. *No claim on file* (NCOF) yaitu kondisi dimana klaim belum diterima oleh petugas klaim dikarenakan sistem yang ada tidak mampu untuk mendeteksi keberadaan data klaim yang dimaksud.
- b. Klaim tidak pernah diterima oleh sistem pemutus klaim atau tidak dapat diproses maka status klaim dapat ditolak maupun tidak diterima karena adanya *front-end error*.
- c. Klaim sudah diterima oleh sistem klaim, menandakan klaim sedang diproses.
- d. Klaim berstatus “*pending*”, menandakan beberapa kemungkinan yaitu sedang dalam penelaahan lebih dalam, membutuhkan informasi tambahan baik dari pihak penyedia layanan maupun peserta jaminan.
- e. Klaim telah selesai diproses dan telah difinalisasi, terdapat dua kemungkinan yaitu klaim ditolak (*denied*) atau klaim diterima (*allowed*). Klaim ditolak artinya tidak ada pembayaran untuk klaim tersebut umumnya klaim tersebut terdapat kesalahan dalam billing atau pengkodean ataupun masalah lainnya. Sedangkan untuk klaim diterima pembayaran akan dilakukan sesuai dengan jumlah klaim.

Berdasarkan petunjuk teknis verifikasi klaim didapatkan bahwa proses verifikasi dilakukan dengan beberapa tahapan yaitu verifikasi administrasi, verifikasi pelayanan kesehatan dan verifikasi menggunakan aplikasi verifikasi klaim, berikut penjabaran dari tahap verifikasi klaim JKN pada rawat jalan antara lain :¹⁶

1) Verifikasi Administrasi Dalam melakukan verifikasi administrasi untuk pelayanan rawat jalan, berkas yang diverifikasi meliputi :

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

Verifikasi administrasi klaim dilakukan dengan dua tahapan yaitu verifikasi administrasi kepesertaan dan verifikasi administrasi pelayanan, berikut penjabarannya :¹⁶

- (a) Verifikasi administrasi kepesertaan, yaitu meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBG's.

(b) Verifikasi administrasi pelayanan, hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan yaitu :

- Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana yang disebutkan sebelumnya
- Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke Rumah Sakit untuk dilengkapi.
- Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

2) Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang harus menjadi perhatian yaitu :¹⁶

- a) Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau softcopy-nya). Ketentuan coding mengikuti panduan coding yang terdapat dalam Juknis INA-CBG's
- b) Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang

sesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama. Apabila pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama maka tidak dihitung sebagai episode baru.

- c) Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (*One Day Care* atau *Surgery*) termasuk rawat jalan
 - d) Untuk kasus pasien yang datang untuk kontrol ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehabmedik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan kode “Z” sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder diagnosa Z (kontrol).
- 3) Verifikasi dengan menggunakan aplikasi INA-CBG’s, berikut tahapan dalam melakukan verifikasi klaim dengan menggunakan aplikasi INA-CBG’s yaitu :¹⁶
- a) Purifikasi Data, Purifikasi berfungsi untuk melakukan validasi output data INA-CBG’s yang ditagihkan Rumah Sakit terhadap data penerbitan SEP. Purifikasi data yang terdiri dari :
 - (1) Nomer SEP
 - (2) Nomor Kartu Peserta
 - (3) Tanggal SEP
 - b) Melakukan proses verifikasi administrasi Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entri rumah sakit.

- c) Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan pending.
- d) Proses verifikasi lanjutan dilakukan dengan tujuh langkah dilaksanakan secara disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi *error* verifikasi dan potensi *double* klaim. Verifikasi lanjutan terdiri dari :
 - (1) Verifikasi *double* klaim untuk dua (atau lebih) pelayanan RITL (Rawat Inap Tingkat Lanjut)
 - (2) Verifikasi *double* klaim RJTL (Rawat Jalan Tingkat Lanjut) yang dirujuk langsung ke RITL (Rawat Inap Tingkat Lanjut)
 - (3) Verifikasi *double* klaim untuk dua (atau lebih) pelayanan RJTL (Rawat Jalan Tingkat Lanjut)
 - (4) Verifikasi klaim terhadap kode INA-CBG's berpotensi tidak benar
 - (5) Verifikasi klaim terhadap kode diagnosa yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku
 - (6) Pemeriksaan bebas langkah verifikasi ini adalah pemeriksaan dengan alasan lain-lain untuk kasus-kasus yang tidak termasuk dalam kategori langkah-langkah sebelumnya, namun harus ditidaklayakkan karena alasan lain

4) Finalisasi klaim

5. Syarat Pengajuan Klaim

Berdasarkan pedoman pelaksanaan klaim disebutkan bahwa fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan. Serta disebutkan juga bahwa batas waktu maksimal pengajuan klaim bagi fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta, baik tingkat pertama maupun tingkat lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.¹⁷

Diketahui bahwa klaim diajukan kepada Kantor Cabang Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sebagai berikut :¹⁷

- a. Rekapitulasi pelayanan Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Malonda, Ratu dan Soleman (2015) terkait analisis pengajuan klaim BPJS kesehatan di RSUD Dr Sam Ratulangi Tondano bahwa dalam rekapitulasi pelayanan yang harus diperhatikan adalah status rekam medis yang berhubungan dengan dokumen klaim seperti kelengkapan pengisian identitas pasien, identitas umum (nama, umur, tempat tanggal lahir, alamat, nomor handphone/telepon, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penanggungjawab pembayaran), identitas khusus (nomor rekam medis, nomor surat eligibilitas pasien (SEP), tanggal masuk, tanggal keluar), melampirkan surat rujukan pasien, dan menulis data kepersertaan.

- b. Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:¹⁷
 - 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - 2) Resume medis atau laporan status pasien atau keterangan diagnosa dari dokter yang merawat bila diperlukan
 - 3) Bukti pelayanan lainnya, misalnya:
 - a) Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus
 - b) Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau *automatic billing*)
 - c) Berkas pendukung lain yang dibutuhkan.

6. Kebijakan Dalam Klaim

Terdapat beberapa kebijakan tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional yang didalamnya terdapat penjelasan sistem pembayaran kepada fasilitas kesehatan, seperti:¹⁸

- a. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).
- b. Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
- c. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
- d. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.

- e. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- f. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
- g. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 tahun 2014 tentang petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Group's* (INA-CBG's).
- h. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

D. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Klaim

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim yang dikutip oleh Mastini terdiri dari unsur manajemen 5M dapat dijelaskan sebagai berikut¹⁹:

1. *Man* (Sumber Daya Manusia)

Man atau manusia ataupun juga sering diistilahkan dengan sumber daya manusia dalam dunia manajemen merupakan faktor yang sangat penting dan menentukan. Manusia yang merancang tujuan, menetapkan tujuan dan manusia jugalah yang nantinya akan menjalankan proses dalam mencapai tujuan yang ditetapkan tersebut. Sudah jelas, tanpa adanya manusia maka tidak akan pernah ada proses kerja karena manusia pada dasarnya adalah mahluk kerja.

2. *Material* (Alat/Bahan)

Dalam proses pelaksanaan kegiatan, manusia menggunakan material atau bahan-bahan. Oleh karena itu, material dianggap pula sebagai alat atau sarana manajemen untuk mencapai tujuan.

3. *Machine* (Mesin)

Dalam kemajuan teknologi, manusia bukan lagi sebagai pembantu mesin seperti pada masa lalu sebelum Revolusi Industri terjadi. Bahkan, sebaliknya mesin telah berubah kedudukannya menjadi pembantu manusia.

4. *Method* (Metode)

Untuk melakukan kegiatan secara guna dan berhasil guna, manusia dihadapkan kepada berbagai alternatif metode cara menjalankan pekerjaan tersebut sehingga cara yang dilakukannya dapat menjadi sarana atau alat manajemen untuk mencapai tujuan.

5. *Money* (Uang)

Uang sebagai sarana manajemen harus digunakan sedemikian rupa agar tujuan yang diinginkan tercapai. Kegiatan atau ketidaklancaran proses manajemen sedikit banyak dipengaruhi oleh pengelolaan keuangan.

E. *Material, Machine dan Money*

1. *Material*

a. Pengertian

Material adalah sesuatu yang disusun atau dibuat oleh bahan.²⁰ Pengertian material adalah bahan baku yang diolah perusahaan industri dapat diperoleh dari pembelian lokal, impor atau pengolahan yang dilakukan sendiri.²¹ Dari beberapa pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa material adalah sebagai beberapa bahan yang dijadikan untuk membuat suatu produk atau barang jadi yang lebih bermanfaat.

Manajemen material didefinisikan sebagai suatu pendekatan organisasional untuk menyelesaikan permasalahan material yang memerlukan kombinasi kemampuan manajerial dan teknis.

b. Material klaim BPJS

Kelengkapan administrasi klaim umum BPJS meliputi :⁹

1) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

- a) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga)
- b) *Softcopy* data pelayanan bagi Fasilitas Kesehatan yang telah menggunakan aplikasi *P-Care*/aplikasi BPJS Kesehatan lain (untuk PMI/UTD) atau rekapitulasi pelayanan secara manual untuk Fasilitas Kesehatan yang belum menggunakan aplikasi *P-Care*.
- c) Kuitansi asli bermaterai cukup.

- d) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
- e) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim

2) Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

- a) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga),
- b) *Softcopy* luaran aplikasi.
- c) Kuitansi asli bermaterai cukup.
- d) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
- e) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

2. *Machine*

a. Pengertian

Mesin adalah suatu peralatan yang digerakkan oleh suatu kekuatan atau tenaga yang dipergunakan untuk membantu manusia dalam mengerjakan produk atau bagian-bagian produk tertentu.²²

b. Jenis Mesin

Mesin dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu :²²

1) Mesin yang bersifat serbaguna (*general purpose machines*)

Mesin yang serbaguna merupakan mesin yang dibuat untuk mengerjakan pekerjaan-pekerjaan tertentu untuk berbagai jenis produk.

2) Mesin yang bersifat khusus (*special purpose machines*)

Mesin yang bersifat khusus adalah mesin-mesin yang dibuat untuk mengerjakan satu atau beberapa jenis kegiatan yang sama.

Pendapat lain mengatakan bahwa mesin terbagi menjadi mesin manual dan otomatis²³

- a) Mesin manual, adalah pengendalian yang dilakukan oleh manusia yang bertindak sebagai operator. Contoh mesin secara manual banyak ditemukan dalam kehidupan sehari-hari seperti pada pengaturan suara radio, televisi, pengaturan cahaya layar televisi, pengaturan aliran air melalui kran dan lain-lain.
- b) Mesin otomatis, adalah pengendalian yang dilakukan oleh mesin-mesin atau peralatan yang bekerja secara otomatis dan operasinya dibawah pengawasan manusia. sedangkan pengendalian otomatis banyak ditemui dalam proses industri, pengendalian pesawat terbang, pembangkitan tenaga listrik dan lain-lain.
- c. Pencatatan manual dan aplikasi²³
 - 1) Pencatatan secara manual
 - a. Akan memerlukan buku atau kertas catatan untuk pencatatan transaksi
 - b. Penginputan data dilakukan secara manual.

- c. Perhitungan dilakukan manual atau menggunakan kalkulator.
 - d. Rentan akan terjadinya kesalahan perhitungan.
 - e. Memperlambat pelayanan.
 - f. Memerlukan ketelitian dan pemeriksaan berulang-ulang.
 - g. Kerahasiaan data kurang terjamin.
 - h. Menghambat penetapan keputusan.
- 2) Pencatatan secara otomatis
- a) Pencatatan hanya cukup di input melalui komputer.
 - b) Penginputan data menggunakan form khusus. (terkomputerisasi).
 - c) Sistem perhitungan dilakukan secara otomatis
 - d) Jika menggunakan aplikasi, kesalahan hitung sangat sedikit terjadi bahkan dapat tidak terjadi.
 - e) Akan menghemat waktu proses pelayanan
 - f) Dapat selesai dengan cepat karena ketelitian cukup pada saat melakukan input.
 - g) Semua kerahasiaan data tersimpan dengan aman dalam *database* karena menggunakan *password*.
 - h) Mempercepat dalam menetapkan keputusan, karena laporan dapat selesai dengan cepat.

3. *Money*

a. Pengertian

Uang adalah persediaan asset yang dapat dengan segera digunakan untuk melakukan transaksi. Semakin banyak seseorang memiliki uang, maka akan dianggap semakin kaya. Bagi ekonom, uang tidak mengacu pada seluruh kekayaan tetapi hanya salah satu jenis dari kekayaan. Uang yang ada di tangan masyarakat akan membentuk persediaan uang nasional.²⁴

b. Sumber keuangan BPJS

Peserta BPJS Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi :²⁵

- 1) Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI) fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 2) Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI), terdiri dari Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri, Pegawai Swasta dan termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

c. Metode Pembayaran BPJS

Pembayaran iuran BPJS Kesehatan untuk seluruh anggota keluarganya yang terdaftar dalam Kartu Keluarga melalui satu kartu *virtual account* secara kolektif. Transaksi melalui *virtual account* ini sangat fleksibel, hemat waktu dan biaya, jika melalui *transfer bank* yang bekerjasama dengan BPJS (Bank Mandiri, BNI, BRI, & BTN) tidak akan dikenakan biaya administrasi. Apabila pembayaran dilakukan di tempat lainnya yang telah bekerjasama dengan BPJS seperti Indomaret, Alfamart, Kantor Pos & JNE, atau Pegadaian, akan sangat menghemat biaya karena jika sebelumnya membayar biaya transaksi per masing-masing peserta anggota keluarga, namun dengan *virtual account* pembayaran bisa dilakukan secara kolektif dan hanya satu kali transaksi saja. Atau saat ini yang lebih praktis melakukan pembayaran BPJS secara *online* melalui situs tokopedia.com. Untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, BPJS Kesehatan dapat diakses melalui *smartphone* dan bisa mengunduhnya via Aplikasi BPJS Kesehatan melalui *google play*. Aplikasi ini memudahkan untuk cek tagihan BPJS, informasi mengenai BPJS, melakukan pendaftaran, dan login ke Aplikasi BPJS Kesehatan.²⁵

Metode pembayaran BPJS terdiri dari :²⁵

1) Melalui ATM Bank

Membayar tagihan keikutsertaan BPJS Kesehatan dapat dilakukan melalui bank Mandiri, BRI, dan BNI. Untuk Pembayaran tagihan BPJS Kesehatan via ATM membutuhkan kode (BRI : 88888, BNI : 88888, MANDIRI : 89888). Kemudian, kode bank diatas harus ditambah dengan 11 digit angka nomor virtual dari belakang di kartu BPJS.

2) *Autodebet*

Cara daftar *autodebet* Bank BNI/BRI/Mandiri untuk pembaruan iuran BPJS Kesehatan dengan syarat wajib yang diperlukan untuk mendaftar adalah : Kartu Keluarga asli, KTP asli pemilik rekening Bank BNI/BRI/Mandiri, Nomor Kepesertaan BPJS Kesehatan, Alamat email yang aktif, Rekening Bank yang aktif, dibuktikan dengan buku tabungan. Pastikan saldo dalam rekening mencukupi untuk bayar iuran BPJS Kesehatan tiap bulan.

3) *SMS Banking*

Cara Mudah Melakukan Pembayaran Iuran BPJS melalui SMS *banking*:

(a) Bank BRI : BAYAR BRV KODE BRIVA PIN kirim ke
3300

(b) Bank Mandiri : BYR BPJSKESIN 1 NO.VA kirim ke
3555

4) *Internet Banking*

- (a) Buka internet *banking* seperti biasa lalu *login* seperti biasa
 - (b) Klik menu bayar asuransi
 - (c) Setelah itu isi kolom dari rekening dengan memilih nomor rekening
 - (d) Kemudian isi kolom Penyedia Jasa dengan BPJS Kesehatan Individu
 - (e) Isi nomor *Virtual Account* dengan nomor BPJS yang terdapat pada kartu BPJS Kesehatan Anda.
 - (f) Kemudian isi kolom jumlah bulan dibayar dengan angka 1/2/3 bulan sekaligus sesuai dengan jumlah bulan yang akan dibayar.
 - (g) Lalu klik tombol lanjutkan maka akan muncul tampilan form selanjutnya
 - (h) Kemudian beri tanda centang sesuai dengan jumlah tagihan lalu klik tombol lanjutkan
 - (i) Selanjutnya akan muncul tampilan form ketiga
 - (j) Masukkan kode yang muncul pada token mandiri Anda untuk konfirmasi
 - (k) Lalu klik tombol kirim
- 5) Kantor Pos

Masyarakat pasti sudah mengetahui bahwa Pos indonesia ini disamping melayani pengiriman barang juga melayani segala bentuk pembayaran termasuk iuran BPJS Kesehatan, karena

sejak September 2015 pihak BPJS bekerja sama dengan PT POS indonesia, ini semua untuk memudahkan bagi mereka yang ada di pelosok desa membayar iuran BPJS Kesehatan.

6) Melalui Indomaret

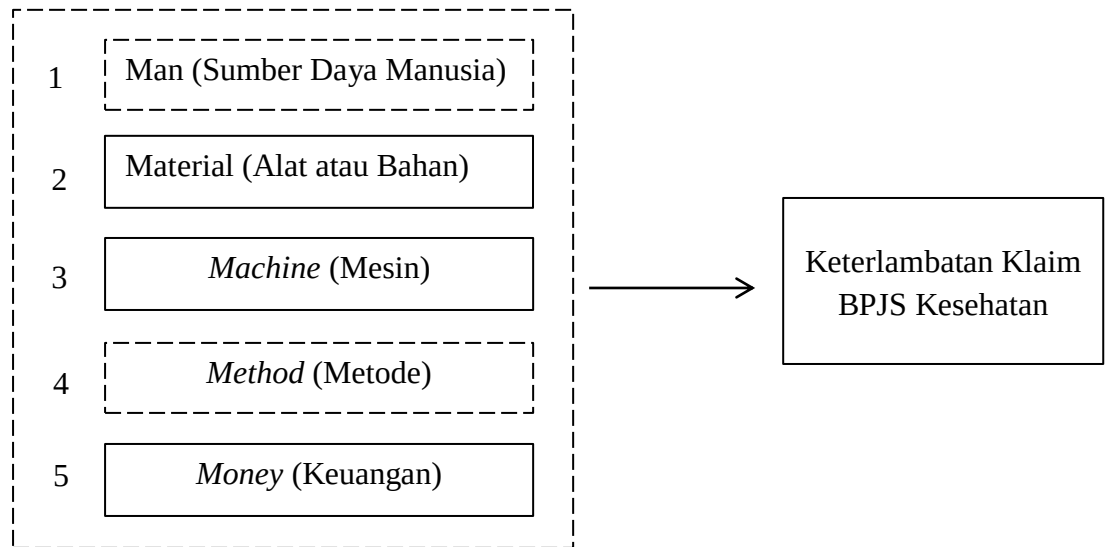
Membayar BPJS sudah menjadi kewajiban peserta BPJS yang golongan BPJS mandiri dan setiap bulannya. Berikut panduan cara membayar BPJS Kesehatan via indomaret :

- (a) Datanglah ke gerai indomaret terdekat
- (b) Bawalah kartu BPJS atau catat nomor BPJS atau *virtual account* BPJS.
- (c) Bawa uang sesuai iuran BPJS anda ditambah 2500
- (d) Masuk dan tanyakan apa bisa membayar BPJS
- (e) Nantinya kasir indomaret akan menanyakan kartu atau nomor kartu peserta dan juga nomor *handphone*.
- (f) Jika sudah selesai langsung bayar.
- (g) Ambil struk bukti pembayaran BPJS.

Pembayaran melalui Indomaret dikenakan biaya administrasinya sebesar Rp 2.500,00.

F. Kerangka Teori

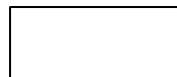
Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim :



Bagan 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Manullang 2010

Keterangan :



= Diteliti



= Tidak Diteliti

BAB III

METODE PENELITIAN

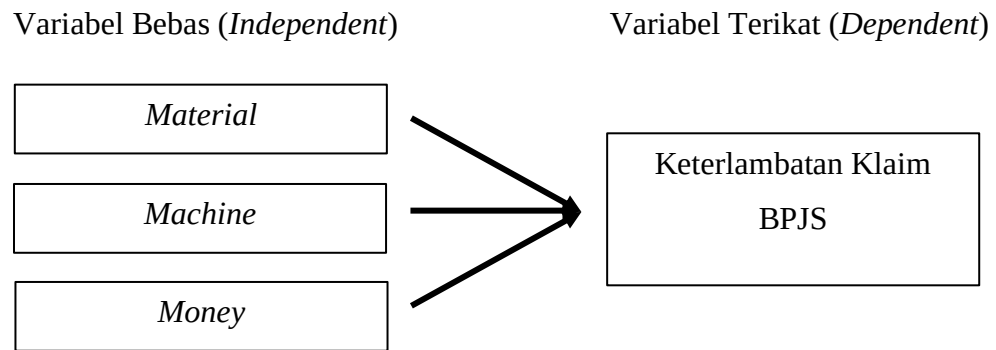
A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dan desain penelitian ini adalah *analitik observasional* yaitu penelitian yang digunakan untuk mengetahui hubungan sebab akibat antara dua variabel dimana peneliti hanya melakukan observasi, tanpa memberikan intervensi pada variabel yang akan diteliti.²⁶ Desain yang digunakan adalah *retrospective*, yaitu penelitian dimana pengambilan data variabel akibat (*dependent*) dilakukan terlebih dahulu, kemudian baru diukur variabel sebab yang telah terjadi pada waktu yang lalu.²⁸

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi dari hal khusus. Konsep hanya dapat diamati atau diukur melalui konstruk atau yang lebih dikenal dengan nama variabel.²⁶

Berdasarkan kerangka teori yang ada, maka konsep dapat digambarkan sebagai berikut :



Bagan 3.1 Kerangka Konsep

C. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut, nilai atau sifat dari suatu objek, individu atau kegiatan yang mempunyai banyak variasi tertentu antara satu dan yang lainnya yang telah ditentukan oleh peneliti untuk dipelajari dan dicari informasinya serta ditarik kesimpulan.²⁶

Variabel-variabel penelitian yang akan diteliti dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau sebab dari variabel terikat.²⁶ Variabel bebas dari penelitian ini adalah *Material*, *Machine*, dan *Money*.

2. Variabel Terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat adalah variabel yang tergantung atas variabel yang lain.²⁶ Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Keterlambatan Klaim BPJS.

D. Definisi Oprasional

Definisi operasional adalah uraian tentang variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan.²⁶

Adapun perumusan definisi operasional dalam penelitian ini diuraikan dalam tabel berikut :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen: <i>Material</i>	Material adalah sebagai beberapa bahan yang dijadikan untuk membuat suatu produk atau barang jadi yang lebih bermanfaat. ²⁰	Lembar Observasi	Mengamati berkas pengajuan klaim pada bulan Juni 2019	1. Lengkap 0. Tidak Lengkap	Nominal
Variabel Independen: <i>Machine</i>	Mesin adalah suatu peralatan yang digerakkan oleh suatu kekuatan atau tenaga yang dipergunakan untuk membantu manusia dalam mengerjakan produk atau	Lembar Observasi	Mengamati teknik yang dilakukan pada berkas klaim untuk pengajuan klaim BPJS	1. Otomatis 0. Manual	Nominal

	bagian-bagian produk tertentu. ²²				
Variabel Independen: <i>Money</i>	uang adalah persediaan asset yang dapat dengan segera digunakan untuk melakukan transaksi. ²⁴	Lembar Observasi	Mengamati cara pembayaran berkas pada saat akan melakukan pengajuan klaim	1. Transfer Langsung 0. Non Transfer	Nominal
Variabel Dependen : Keterlambatan Klaim BPJS	Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan. Serta disebutkan juga bahwa batas waktu maksimal pengajuan klaim bagi fasilitas kesehatan milik pemerintah	Lembar Observasi	Mengamati berkas pengajuan klaim	1. Terlambat 0. Tidak Terlambat	Nominal

	maupun swasta, baik tingkat pertama maupun tingkat lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan. ¹⁷				
--	--	--	--	--	--

E. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara dari penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian.²⁶

Ada dua jenis hipotesis yang digunakan dalam penelitian yaitu :

1. Hipotesis Alternatif (H_a) yaitu, hipotesis yang menyatakan ada hubungan antara variabel X dan Y. Hipotesis Alternatif (H_a) dalam penelitian ini yaitu, ada Hubungan antara *Material*, *Machine*, dan *Money* dengan Keterlambatan Klaim BPJS, jika $P \text{ value} \leq 0.05$.

F. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu. Ditetapkan oleh penelitian untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya²⁶, yang menjadi populasi pada penelitian ini adalah dokumen klaim BPJS Kesehatan di RS PMI Kota Bogor berdasarkan kunjungan pasien BPJS

Kesehatan pada bulan Juni tahun 2019 yaitu jumlah pasien rawat inap sebanyak 911 berkas yang diajukan.

2. Sampel

Sampel adalah sebagai populasi yang mewakili suatu populasi tersebut.²⁶ Penentuan besarnya sampel menggunakan rumus *Slovin* 1960 berdasarkan perhitungan statistik sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Keterangan : n = Besar sampel yang diambil

N = Besar populasi

d = Nilai Presisi 95% atau sig. = 0,05

Perhitungan Jumlah Sampel :

$$n = \frac{911}{1 + 911 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{911}{1 + 911 (0,0025)}$$

$$n = \frac{911}{3,2775}$$

$$n = 277,955 = \text{Dibulatkan } 278$$

Berdasarkan perhitungan diatas, Sampel dalam penelitian ini adalah dokumen klaim BPJS Kesehatan di RS PMI Kota Bogor sebanyak 278 berkas. Pengambilan sampel menggunakan teknik *random sampling* yaitu setiap sampel dari populasi dipilih secara acak.²⁶

G. Tempat dan Waktu

Berdasarkan tempat penelitian yang dilakukan oleh peneliti yaitu ruang bagian JKN Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019 dan waktu penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 28 Agustus 2019 sampai 4 September 2019.

H. Etika Penelitian

Ada beberapa etika yang dilakukan untuk mendukung kelancaran penelitian ini antara lain sebagai berikut:²⁶

1. *Right to Self Determination*

Subjek yang bersedia diteliti, berdasarkan lembar persetujuan menjadi responden dengan terlebih dahulu diberi kesempatan membaca isi lembar tersebut. Selanjutnya harus mencantumkan tanda tangan sebagai bukti kesediannya menjadi subjek penelitian. Jika subjek menolak untuk diteliti maka penelitian tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak subjek.

2. *Right to Privace and Dignity*

Untuk menjaga subjek, responden tidak perlu mencantumkan nama responden dalam kuesioner. Pada lembar pengumpulan data peneliti hanya menuliskan atau memberikan kode tertentu pada setiap lembaran.

3. *Right to Anonimity and Confidential*

Kerahasian informasi yang telah diberikan oleh subjek dijamin oleh peneliti.

4. *Right to Fair Treatment*

Dalam memenuhi hak ini biasanya nama responden dirahasiakan, responden berhak mendapatkan kerahasiaan atas apa yang telah ia lakukan dalam penelitian, responden juga harus diberitahu apa hasil dari penelitian tersebut.

5. *Right to Protection From Discomfort and Harm*

Responden berhak mendapatkan perlindungan dari berbagai ketidaknyamanan yang mungkin muncul selama dalam proses wawancara. Misalnya responden sudah lelah sehingga antisipasi yang dilakukan oleh peneliti adalah menghentikan proses wawancara dan akan dilanjutkan sesuai kontrak waktu yang sudah disepakati oleh responden dan peneliti sebelum proses.

I. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. *Alat Pengumpulan Data*

Alat ukur yang digunakan penelitian ini adalah lembar observasi. Merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara melihat atau mengamati.²⁶ Dalam penelitian ini observasi untuk mengumpulkan data *mesin, money, machine* dan waktu pembayaran klaim BPJS peserta.

2. Metode Pengumpulan Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung oleh peneliti untuk sumber informasi dalam penelitian.²⁷ Penelitian ini mendapatkan data primer dengan cara peneliti melakukan studi pendahuluan untuk mendapatkan informasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang sudah ada di tempat penelitian, dari beragam sumber literatur dan pustaka yang berhubungan dengan penelitian. Data sekunder merupakan data penunjang data primer²⁷, dimana data sekunder ini tidak diperoleh langsung oleh peneliti. Data sekunder didapat dari bagian JKN Rumah Sakit PMI Kota Bogor mengenai berkas pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

J. Metode Pengolahan Data

1. Metode Pengolahan Data

Dalam penelitian ini dilakukan metode pengolahan data dengan tahap sebagai berikut:²⁶

a. *Editing*

Pada tahap ini peneliti melakukan koreksi data untuk melihat kebenaran pengisian dan kelengkapan jawaban kuesioner dari responden. Hal ini dilakukan ditempat pengumpulan data sehingga bila ada kekurangan segera dapat dilengkapi. Selama proses penelitian ada beberapa data yang tidak terisi sehingga peneliti meminta responden untuk melengkapinya sehingga didapatkan data yang lengkap.

b. *Coding*

Peneliti melakukan pemberian kode pada data untuk mempermudah mengolah data, semua variabel diberi kode.

Dibawah ini untuk pemberian kode variable sebagai berikut :

1) Variabel *Material coding* berupa kode :

1 = Lengkap

0 = Tidak Lengkap

2) Variabel *Machine coding* berupa kode :

1 = Otomatis

0 = Manual

3) Variabel *Money coding* berupa kode :

1 = Transfer

0 = Non Transfer

4) Keterlambatan Klaim BPJS *coding* berupa kode :

1 = Tidak Terlambat

0 = Terlambat

c. *Entry*

Entri adalah suatu proses pemasukan data ke dalam komputer untuk selanjutnya dilakukan analisa data dengan menggunakan program komputer.

d. *Tabulating*

Kegiatan memasukkan data hasil penelitian kedalam tabel kemudian diolah dengan bantuan komputer.

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Untuk menjelaskan karakteristik responden dengan gambaran distribusi frekuensi atau besarnya faktor independen dan dependen sehingga diketahui varian dari masing–masing variable.²⁷

Keseluruhan data dalam lembar observasi diolah dan disajikan dalam bentuk table distribusi frekuensi dengan rumus :²⁷

$$P = F / N \times 100 \%$$

Keterangan :

P = besar presentase jawab

F = frekuensi responden untuk setiap pertanyaan

N = jumlah responden

Analisa univariat dalam penelitian ini adalah faktor alat atau bahan (*Material*), faktor mesin (*Machine*), faktor anggaran (*Money*) dan Keterlambatan Klaim BPJS Kesehatan.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui analisis faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan di RS PMI Kota Bogor tahun 2019. Untuk mengetahui hubungan tersebut peneliti menggunakan uji *Cramer* karena variabel berskala nominal. Uji *Cramer* dilakukan untuk mengetahui keterkaitan hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen dengan taraf signifikasi 5%.

Rumus *Cramer* :²⁶

$$\sqrt{\frac{\chi^2}{n(t-1)}}$$

Keterangan :

C = *Cramer*

χ^2 = statistik chi kuadrat

n = Ukuran contoh total

t = Banyak baris atau kolom yang lebih kecil

Nilai *p-value* dalam uji *Cramer* menunjukkan bahwa :²⁶

H_a : Terdapat hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen, jika *p value* ≤ 0,05

Material dengan keterlambatan klaim BPJS dengan nilai P value $0,000 \leq 0,005$. *Machine* dengan keterlambatan klaim BPJS dengan nilai P value $0,005 = 0,005$. Dan *Money* dengan keterlambatan klaim BPJS dengan nilai P value $0,000 \leq 0,005$.

c. Multivariat

Metode analisis multivariat adalah suatu metode statistika yang tujuan digunakannya adalah untuk menganalisis data yang terdiri dari banyak variabel serta diduga antar variabel tersebut saling berhubungan satu sama lain. Analisa multivariat dalam penelitian ini akan menggunakan regresi logistik.²⁶

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilakukan pada tanggal 30 Agustus 2019 dan dilakukan pengambilan data pada responden adalah berupa dokumen peserta JKN. Jenis penelitian ini adalah *analitik observasional* dengan pendekatan *retrospective*. Dalam pelaksanaan pengumpulan data peneliti dibantu oleh pembimbing lahan dan kepala ruangan yang diberi penjelasan terlebih dahulu mengenai pengisian pada lembar observasi. Jumlah responden sebanyak 278 responden. Hasil penelitian ini dianalisis secara Univariat, Bivariat dan Multivariat. Analisa Univariat disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi yang meliputi diketahuinya faktor alat atau bahan (*Material*), faktor mesin (*Machine*), faktor anggaran (*Money*) dan Keterlambatan Klaim BPJS Kesehatan. Analisa Bivariat guna mengetahui apakah terdapat hubungan yang signifikan antara faktor alat atau bahan (*Material*) dengan Keterlambatan Klaim BPJS Kesehatan, faktor mesin (*Machine*) dengan Keterlambatan Klaim BPJS Kesehatan, faktor anggaran (*Money*) dengan Keterlambatan Klaim BPJS Kesehatan. Dan Analisa Multivariat guna mengetahui apakah terdapat hubungan yang signifikan antara faktor alat atau bahan

(*Material*), faktor mesin (*Machine*), faktor anggaran (*Money*) dengan Keterlambatan Klaim BPJS Kesehatan.

2. Hasil Analisis Univariat

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada berkas peserta JKN di Rumah Sakit PMI Kota Bogor dengan jumlah responden 278 responden. Berikut ini gambaran responden berdasarkan lembar observasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019. Hasil penelitian ini dilakukan dengan cara analisis univariat yang akan dijelaskan sebagai berikut :

- a. *Material* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019

Tabel 4.1

**Distribusi frekuensi *Material* Dalam Mempengaruhi
Keterlambatan Klaim di Rumah Sakit PMI
Kota Neger Tahun 2019**

No	<i>Material</i>	Frekuensi	Persentase (%)
1	Tidak Lengkap	158	56,8 %
2	Lengkap	120	43,2 %
	Total	278	100%

Berdasarkan Tabel 4.1 tentang distribusi frekuensi *Material* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019 dari 278 berkas responden menunjukkan bahwa

berkas responden yang tidak lengkap sebanyak 158 berkas responden (56,8%).

- b. *Machine* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019

Tabel 4.2

Distribusi frekuensi *Machine* Dalam Mempengaruhi

Keterlambatan Klaim di Rumah Sakit PMI

Kota Bogor Tahun 2019

No	<i>Machine</i>	Frekuensi	Persentase (%)
1	Manual	145	52,2 %
2	Otomatis	133	47,8 %
Total		278	100%

Berdasarkan Tabel 4.2 tentang distribusi frekuensi *Machine* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019 dari 278 berkas responden menunjukkan bahwa berkas responden yang menggunakan mesin manual sebanyak 145 berkas responden (52,2%).

- c. *Money* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019

Tabel 4.3

**Distribusi frekuensi *Money* Dalam Mempengaruhi
Keterlambatan Klaim di Rumah Sakit PMI
Kota Bogor Tahun 2019**

No	<i>Money</i>	Frekuensi	Persentase (%)
1	Non Transfer	158	56,8 %
2	Transfer	120	43,2 %
Total		278	100%

Berdasarkan Tabel 4.3 tentang distribusi frekuensi *Money* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019 dari 278 berkas responden menunjukkan bahwa berkas responden dengan non transfer sebanyak 158 berkas responden (56,8%).

- d. Keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019

Tabel 4.4

**Distribusi frekuensi Keterlambatan Klaim di Rumah Sakit
PMI Kota Bogor Tahun 2019**

No	Keterlambatan Klaim	Frekuensi	Persentase (%)
1	Terlambat	158	56,8 %
2	Tidak Terlambat	120	43,2 %
Total		278	100%

Berdasarkan Tabel 4.4 tentang distribusi frekuensi Keterlambatan Klaim dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit

PMI Kota Bogor tahun 2019 dari 278 berkas responden menunjukkan bahwa berkas responden yang mengalami keterlambatan sebanyak 158 berkas responden (56,8%).

3. Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara *Material* dengan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan, *Machine* dengan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan dan *Money* dengan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan. Hasil analisis bivariat akan disajikan dalam tabel berikut :

- a. Hubungan antara *Material* dengan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan

Tabel 4.5

**Hubungan Material dengan Keterlambatan Klaim BPJS di
Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019**

Material	Keterlambatan Klaim				Total		P value
	Terlambat		Tidak Terlambat				
	F	%	F	%	F	%	
Tidak Lengkap	158	56,8%	0	0%	158	56,8%	0,000
Lengkap	0	0%	120	43,2%	120	43,2%	
	158	56,8%	120	43,2%	278	100%	

Berdasarkan tabel 4.5 tentang hasil uji statistik hubungan *Material* dengan keterlambatan klaim BPJS dari 278 berkas responden yang

tidak lengkap dengan keterlambatan klaim sebanyak 158 berkas Responden (56,8%). Hasil uji statistik di peroleh $pvalue = 0,000$ yang artinya $\alpha (<0,05)$ sehingga ada hubungan antara *Material* dengan Keterlambatan Klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

- b. Hubungan antara *Machine* dengan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan

Tabel 4.6

Hubungan *Machine* dengan Keterlambatan Klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019

Machine	Keterlambatan Klaim				Total		P value	Odds Ratio (OR)
	Terlambat		Tidak Terlambat					
	F	%	F	%	F	%		
Manual	51	34,70%	94	65,30%	145	52,20%	0,005	0,503
Otomatis	69	52,20%	64	47,80%	133	47,80%		
	120	43,20%	158	56,80%	278	100%		

Berdasarkan tabel 4.6 tentang hasil uji statistik hubungan *Machine* dengan keterlambatan klaim BPJS dari 278 berkas responden yang menggunakan mesin secara manual dengan keterlambatan klaim sebanyak 145 berkas Responden (52,20%). Hasil uji statistik di peroleh $pvalue = 0,005$ yang artinya $\alpha (<0,05)$ sehingga ada hubungan antara *Machine* dengan Keterlambatan Klaim BPJS di

Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019 dengan nilai *Odds Ratio (OR)* adalah 0,503.

- c. Hubungan antara *Money* dengan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan

Tabel 4.7

Hubungan *Money* dengan Keterlambatan Klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019

Money	Keterlambatan Klaim				Total		P value
	Terlambat		Tidak Terlambat				
	F	%	F	%	F	%	
Non Transfer	158	56,8%	0	0%	158	56,8%	0,000
Transfer	0	0%	120	43,2%	120	43,2%	
	158	56,8%	120	43,2%	278	100%	

Berdasarkan tabel 4.7 tentang hasil uji statistik hubungan *Money* dengan keterlambatan klaim BPJS dari 278 berkas responden yang Non transfer dengan keterlambatan klaim sebanyak 158 berkas Responden (56,8%). Hasil uji statistik di peroleh $pvalue = 0,000$ yang artinya $\alpha (<0,05)$ sehingga ada hubungan antara *Money* dengan Keterlambatan Klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

4. Hasil Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara *Material*, *Machine* dan *Money* dengan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan. Hasil analisis multivariat akan disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.8

**Hubungan *Material*, *Machine* dan *Money* dengan
Keterlambatan Klaim BPJS di Rumah Sakit
PMI Kota Bogor Tahun 2019**

No	Variabel	P	OR Exp (B)	95% CI For Exp (B)	
				Lower	Upper
1	<i>Machine</i>	0,005	1,987	1,228	3,216
2	<i>Money</i>	0,023	1,317		
3	<i>Material</i>	0,023	1,317		

Berdasarkan Tabel 4.8 menunjukkan hasil analisis multivariat ternyata variabel yang berhubungan bermakna dengan keterlambatan klaim BPJS adalah *Material*, *Machine* dan *Money*. Dan dari hasil analisis didapatkan faktor *Machine* mempunyai peluang yang lebih tinggi untuk mengalami terjadinya keterlambatan klaim BPJS dengan nilai OR Exp (B) adalah 1,937 dibandingkan dengan faktor *Material* dan *Money*.

B. Pembahasan

1. Analisa Univariat

Pembahasan adalah kesenjangan yang muncul setelah peneliti melakukan penelitian kemudian membandingkan hasil penelitian. Penelitian ini merupakan penelitian tentang Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

a. *Material* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019

Berdasarkan Tabel 4.1 tentang distribusi frekuensi *Material* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019 dari 278 berkas responden menunjukkan bahwa berkas responden yang tidak lengkap sebanyak 158 berkas responden (56,8%).

Penelitian ini sebanding penelitian yang dilakukan oleh Dian Nuswanto 2016 meneliti tentang “Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim rumah sakit kepada BPJS di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2016” dengan hasil kelengkapan dokumen klaim pasien BPJS Rawat Jalan dari 99 dokumen terdapat 21 dokumen atau (21,2%) dokumen klaim BPJS yang tidak lengkap dan 78 dokumen atau (78,7%) dokumen yang sudah lengkap.

Material adalah bahan baku yang diolah perusahaan industri dapat diperoleh dari pembelian lokal, impor atau pengolahan yang dilakukan sendiri.²¹

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim terdiri dari unsur-unsur manajemen seperti di bawah Manusia (*Man*), Mesin (*Machine*), Alat atau bahan (*Material*), Metode (*Method*) dan Uang (*Money*).¹⁹

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan antara teori dengan hasil penelitian bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan yaitu Manusia (*Man*), manusia ataupun juga sering diistilahkan dengan sumber daya manusia dalam dunia manajemen merupakan faktor yang sangat penting dan menentukan. Alat atau bahan (*Material*) Dalam proses pelaksanaan kegiatan, manusia menggunakan material atau bahan-bahan. Mesin (*Machine*) mesin telah berubah kedudukannya menjadi pembantu manusia. Metode (*Method*) untuk melakukan kegiatan secara guna dan berhasil guna, manusia dihadapkan kepada berbagai alternatif metode cara menjalankan pekerjaan tersebut sehingga cara yang dilakukannya dapat menjadi sarana atau alat manajemen untuk mencapai tujuan. Uang (*Money*) sebagai sarana manajemen harus digunakan sedemikian rupa agar tujuan yang diinginkan tercapai.

Sehingga peneliti dapat menyimpulkan ada kesesuaian antara teori dan hasil penelitian.

- b. *Machine* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019

Berdasarkan Tabel 4.2 tentang distribusi frekuensi *Machine* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019 dari 278 berkas responden menunjukkan bahwa berkas responden yang menggunakan mesin manual sebanyak 145 berkas responden (52,2%).

Penelitian ini sebanding penelitian yang dilakukan oleh Herdi Sugeng 2016 meneliti tentang “Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS Kesehatan di RS Panti Nugroho tahun 2016” dengan hasil Faktor *machine* adalah karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA-CBG. *Bridging* hanya pada SEP saja itu saja masih terkendala server yang server yang masih error, untuk yang SIMRS belum karena masih rawan terputus jadi masih manual.

Mesin adalah suatu peralatan yang digerakkan oleh suatu kekuatan atau tenaga yang dipergunakan untuk membantu manusia dalam mengerjakan produk atau bagian-bagian produk tertentu.²²

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim terdiri dari unsur manajemen dapat dijelaskan unsur-unsur

manajemen seperti di bawah Manusia (*Man*), Mesin (*Machine*), Alat atau bahan (*Material*), Metode (*Method*) dan Uang (*Money*).¹⁹

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim terdiri dari unsur-unsur manajemen seperti di bawah Manusia (*Man*), Mesin (*Machine*), Alat atau bahan (*Material*), Metode (*Method*) dan Uang (*Money*).¹⁹

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan antara teori dengan hasil penelitian bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan yaitu Manusia (*Man*), manusia ataupun juga sering diistilahkan dengan sumber daya manusia dalam dunia manajemen merupakan faktor yang sangat penting dan menentukan. Alat atau bahan (*Material*) Dalam proses pelaksanaan kegiatan, manusia menggunakan material atau bahan-bahan. Mesin (*Machine*) mesin telah berubah kedudukannya menjadi pembantu manusia. Metode (*Method*) untuk melakukan kegiatan secara guna dan berhasil guna, manusia dihadapkan kepada berbagai alternatif metode cara menjalankan pekerjaan tersebut sehingga cara yang dilakukannya dapat menjadi sarana atau alat manajemen untuk mencapai tujuan. Uang (*Money*) sebagai sarana manajemen harus digunakan sedemikian rupa agar tujuan yang diinginkan tercapai.

Sehingga peneliti dapat menyimpulkan ada kesesuaian antara teori dan hasil penelitian.

c. *Money* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019

Berdasarkan Tabel 4.3 tentang distribusi frekuensi *Money* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019 dari 278 berkas responden menunjukkan bahwa berkas responden dengan non transfer sebanyak 158 berkas responden (56,8%).

Penelitian ini sebanding penelitian yang dilakukan oleh Herdi Herdi Aplin 2016 meneliti tentang “Faktor Penyebab Keterlambatan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2017” dengan hasil *persentase* keterlambatan klaim BPJS pada tahun 2017, didapatkan (14%) (1.099 dari 7.879) klaim BPJS yang revisi atau tidak lengkap persyaratan klaim yang menyebabkan terhambatnya pemasukan anggaran atau keuangan.

Uang adalah persediaan asset yang dapat dengan segera digunakan untuk melakukan transaksi. Semakin banyak seseorang memiliki uang, maka akan dianggap semakin kaya. Bagi ekonom, uang tidak mengacu pada seluruh kekayaan tetapi hanya salah satu jenis dari kekayaan. Uang yang ada di tangan masyarakat akan membentuk persediaan uang nasional.²⁴

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim terdiri dari unsur-unsur manajemen seperti di bawah Manusia

(*Man*), Mesin (*Machine*), Alat atau bahan (*Material*), Metode (*Method*) dan Uang (*Money*).¹⁹

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan antara teori dengan hasil penelitian bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan yaitu Manusia (*Man*), manusia ataupun juga sering diistilahkan dengan sumber daya manusia dalam dunia manajemen merupakan faktor yang sangat penting dan menentukan. Alat atau bahan (*Material*) Dalam proses pelaksanaan kegiatan, manusia menggunakan material atau bahan-bahan. Mesin (*Machine*) mesin telah berubah kedudukannya menjadi pembantu manusia. Metode (*Method*) untuk melakukan kegiatan secara guna dan berhasil guna, manusia dihadapkan kepada berbagai alternatif metode cara menjalankan pekerjaan tersebut sehingga cara yang dilakukannya dapat menjadi sarana atau alat manajemen untuk mencapai tujuan. Uang (*Money*) sebagai sarana manajemen harus digunakan sedemikian rupa agar tujuan yang diinginkan tercapai.

Sehingga peneliti dapat menyimpulkan ada kesesuaian antara teori dan hasil penelitian.

d. Keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019

Berdasarkan Tabel 4.4 tentang distribusi frekuensi Keterlambatan Klaim dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019 dari 278 berkas

responden menunjukkan bahwa berkas responden yang mengalami keterlambatan sebanyak 158 berkas responden (56,8%).

Penelitian ini sebanding penelitian yang dilakukan oleh Herdi Herdi Aplin 2016 meneliti tentang “Faktor Penyebab Keterlambatan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2017” dengan hasil 430 kasus pengajuan klaim yang terlambat terbanyak 133 (30,9%) pada kasus soft tissue tumor, diikuti kecelakaan lalu lintas 101 (23,5%) dan impacted 57 (13,3 %).

Pengajuan klaim dapat diartikan apabila fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan. Serta disebutkan juga bahwa batas waktu maksimal pengajuan klaim bagi fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta, baik tingkat pertama maupun tingkat lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.¹⁷ Apabila pihak fasilitas kesehatan tidak mengirimkan berkas pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan setelah tanggal 10 dapat diartikan terjadinya Keterlambatan Klaim.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan antara teori dengan hasil penelitian bahwa Verifikasi administrasi klaim dilakukan dengan dua tahapan yaitu Verifikasi administrasi kepesertaan, yaitu meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas

Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBG's dan Verifikasi administrasi pelayanan, hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan yaitu Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana yang disebutkan sebelumnya, apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke Rumah Sakit untuk dilengkapi dan Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

Sehingga peneliti dapat menyimpulkan ada kesesuaian antara teori dan hasil penelitian.

2. Analisa Bivariat

- a. Hubungan antara *Material* dengan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan tabel 4.5 tentang hasil uji statistik hubungan Material dengan keterlambatan klaim BPJS dari 278 berkas responden yang tidak lengkap dengan keterlambatan klaim sebanyak 158 berkas Responden (56,8%).

Penelitian ini sebanding penelitian yang dilakukan oleh Dian Nuswanto 2016 meneliti tentang “Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim rumah sakit kepada BPJS di

RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2016” dengan hasil kelengkapan dokumen klaim pasien BPJS Rawat Jalan dari 99 dokumen terdapat 21 dokumen atau (21,2%) dokumen klaim BPJS yang tidak lengkap dan 78 dokumen atau (78,7%) dokumen yang sudah lengkap.

Material adalah bahan baku yang diolah perusahaan industri dapat diperoleh dari pembelian lokal, impor atau pengolahan yang dilakukan sendiri.²¹

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim terdiri dari unsur-unsur manajemen seperti di bawah Manusia (*Man*), Mesin (*Machine*), Alat atau bahan (*Material*), Metode (*Method*) dan Uang (*Money*).¹⁹

Pengajuan klaim dapat diartikan apabila fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan. Serta disebutkan juga bahwa batas waktu maksimal pengajuan klaim bagi fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta, baik tingkat pertama maupun tingkat lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.¹⁷ Apabila pihak fasilitas kesehatan tidak mengirimkan berkas pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan setelah tanggal 10 dapat diartikan terjadinya Keterlambatan Klaim.

Verifikasi administrasi klaim dilakukan dengan dua tahapan yaitu Verifikasi administrasi kepesertaan, yaitu meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBG's dan Verifikasi administrasi pelayanan, hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan yaitu mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana yang disebutkan sebelumnya, apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke Rumah Sakit untuk dilengkapi dan Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan antara teori dan hasil penelitian bahwa yang mempengaruhi Material dengan keterlambatan klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor yakni didapatkan hasil $pvalue = 0,000$ lebih kecil dari $\alpha (\leq 0,05)$ yang artinya terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, dapat diartikan ada hubungan antara *Material* dengan Keterlambatan Klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

Sehingga peneliti dapat menyimpulkan ada kesesuaian antara teori dan hasil penelitian.

b. Hubungan antara *Machine* dengan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan tabel 4.6 tentang hasil uji statistik hubungan Material dengan keterlambatan klaim BPJS dari 278 berkas responden yang menggunakan mesin secara manual dengan keterlambatan klaim sebanyak 145 berkas Responden (52,2%).

Penelitian ini sebanding penelitian yang dilakukan oleh Sugeng 2016 meneliti tentang “Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS Kesehatan di RS Panti Nugroho tahun 2016” dengan hasil Faktor *machine* adalah karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA-CBG. *Bridging* hanya pada SEP saja itu saja masih terkendala server yang server yang masih error, untuk yang SIMRS belum karena masih rawan terputus jadi masih manual.

Mesin adalah suatu peralatan yang digerakkan oleh suatu kekuatan atau tenaga yang dipergunakan untuk membantu manusia dalam mengerjakan produk atau bagian-bagian produk tertentu.²²

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim terdiri dari unsur-unsur manajemen seperti di bawah Manusia (*Man*), Mesin (*Machine*), Alat atau bahan (*Material*), Metode (*Method*) dan Uang (*Money*).¹⁹

Pengajuan klaim dapat diartikan apabila fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan. Serta disebutkan juga bahwa batas waktu maksimal pengajuan klaim bagi fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta, baik tingkat pertama maupun tingkat lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.¹⁷ Apabila pihak fasilitas kesehatan tidak mengirimkan berkas pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan setelah tanggal 10 dapat diartikan terjadinya Keterlambatan Klaim.

Verifikasi administrasi klaim dilakukan dengan dua tahapan yaitu Verifikasi administrasi kepesertaan, yaitu meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBG's dan Verifikasi administrasi pelayanan, hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan yaitu Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana yang disebutkan sebelumnya, apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke Rumah Sakit untuk dilengkapi dan Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur

Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan antara teori dan hasil penelitian bahwa yang mempengaruhi Material dengan keterlambatan klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor yakni didapatkan hasil $pvalue = 0,005$ lebih kecil dari $\alpha (\leq 0,05)$ yang artinya terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, dapat diartikan ada hubungan antara *Machine* dengan Keterlambatan Klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

Sehingga peneliti dapat menyimpulkan ada kesesuaian antara teori dan hasil penelitian.

c. Hubungan antara *Money* dengan keterlambatan klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan tabel 4.7 tentang hasil uji statistik hubungan *Money* dengan keterlambatan klaim BPJS dari 278 berkas responden yang Non transfer dengan keterlambatan klaim sebanyak 158 berkas Responden (56,8%).

Penelitian ini sebanding penelitian yang dilakukan oleh Herdi Herdi Aplin 2016 meneliti tentang “Faktor Penyebab Keterlambatan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2017” dengan hasil *persentase* keterlambatan klaim BPJS pada tahun 2017, didapatkan 14%

(1.099 dari 7.879) klaim BPJS yang revisi atau tidak lengkap persyaratan klaim yang menyebabkan terhambatnya pemasukan anggaran atau keuangan.

Uang adalah persediaan asset yang dapat dengan segera digunakan untuk melakukan transaksi. Semakin banyak seseorang memiliki uang, maka akan dianggap semakin kaya. Bagi ekonom, uang tidak mengacu pada seluruh kekayaan tetapi hanya salah satu jenis dari kekayaan. Uang yang ada di tangan masyarakat akan membentuk persediaan uang nasional.²⁴

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim terdiri dari unsur-unsur manajemen seperti di bawah Manusia (*Man*), Mesin (*Machine*), Alat atau bahan (*Material*), Metode (*Method*) dan Uang (*Money*).¹⁹

Pengajuan klaim dapat diartikan apabila fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan. Serta disebutkan juga bahwa batas waktu maksimal pengajuan klaim bagi fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta, baik tingkat pertama maupun tingkat lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.¹⁷ Apabila pihak fasilitas kesehatan tidak mengirimkan berkas pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan setelah tanggal 10 dapat diartikan terjadinya Keterlambatan Klaim.

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

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan antara teori dan hasil penelitian bahwa yang mempengaruhi Material dengan keterlambatan klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor yakni didapatkan hasil $pvalue = 0,000$ lebih kecil dari $\alpha (\leq 0,05)$ yang artinya terdapat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, dapat diartikan ada hubungan antara *Money* dengan Keterlambatan Klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

Sehingga peneliti dapat menyimpulkan ada kesesuaian antara teori dan hasil penelitian.

3. Analisa Multivariat

Hubungan antara *Material*, *Machine* dan *Money* dengan keterlambatan klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

Berdasarkan Tabel 4.8 menunjukkan hasil analisis multivariat ternyata variabel yang berhubungan bermakna dengan keterlambatan klaim BPJS adalah *Material*, *Machine* dan *Money*. Dan dari hasil analisis didapatkan faktor *Machine* mempunyai peluang yang lebih tinggi untuk mengalami terjadinya keterlambatan klaim BPJS dengan nilai *OR Exp (B)* adalah 1,937 dibandingkan dengan faktor *Material* dan *Money*.

Penelitian ini sebanding penelitian yang dilakukan oleh Sugeng 2016 meneliti tentang “Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS Kesehatan di RS Panti Nugroho tahun 2016” dengan hasil Faktor *machine* adalah karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA-CBG. *Bridging* hanya pada SEP saja itu saja masih terkendala server yang server yang masih error, untuk yang SIMRS belum karena masih rawan terputus jadi masih manual.

Material adalah bahan baku yang diolah perusahaan industri dapat diperoleh dari pembelian lokal, impor atau pengolahan yang dilakukan sendiri.²¹

Mesin adalah suatu peralatan yang digerakkan oleh suatu kekuatan atau tenaga yang dipergunakan untuk membantu manusia dalam mengerjakan produk atau bagian-bagian produk tertentu.²²

Uang adalah persediaan asset yang dapat dengan segera digunakan untuk melakukan transaksi. Semakin banyak seseorang memiliki uang, maka akan dianggap semakin kaya. Bagi ekonom, uang tidak mengacu pada seluruh kekayaan tetapi hanya salah satu jenis dari kekayaan. Uang yang ada di tangan masyarakat akan membentuk persediaan uang nasional.²⁴

Faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim terdiri dari unsur-unsur manajemen seperti di bawah Manusia (*Man*), Mesin (*Machine*), Alat atau bahan (*Material*), Metode (*Method*) dan Uang (*Money*).¹⁹

Pengajuan klaim dapat diartikan apabila fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan. Serta disebutkan juga bahwa batas waktu maksimal pengajuan klaim bagi fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta, baik tingkat pertama maupun tingkat lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.¹⁷ Apabila pihak fasilitas kesehatan tidak mengirimkan berkas pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan setelah tanggal 10 dapat diartikan terjadinya Keterlambatan Klaim.

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

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini telah diusahakan dan dilaksanakan sesuai dengan prosedur ilmiah, namun demikian masih memiliki keterbatasan yaitu :

1. Sulitnya mencari berkas-berkas dokumen pengajuan klaim Rumah Sakit pada bulan Juni karena berkas tersebut ada yang tidak lengkap dan harus mencari kembali hasil scan berkas tersebut di komputer ruang JKN Rumah Sakit.
2. Sulitnya dalam pengajuan penelitian karena menggunakan lembar observasi dan telaah dokumen berkas pengajuan klaim.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini akan disajikan hasil kesimpulan dan saran dari hubungan antara *Material*, *Machine* dan *Money* dengan keterlambatan klaim Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.

A. Simpulan

1. Diketuainya distribusi frekuensi *Material* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019 dari 278 berkas responden menunjukkan bahwa berkas responden yang tidak lengkap sebanyak 158 berkas responden (56,8%).
2. Diketuainya distribusi frekuensi *Machine* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019 dari 278 berkas responden menunjukkan bahwa berkas responden yang menggunakan mesin manual sebanyak 145 berkas responden (52,2%).
3. Diketuainya distribusi frekuensi *Money* dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019 dari 278 berkas responden menunjukkan bahwa berkas responden dengan non transfer sebanyak 158 berkas responden (56,8%).
4. Diketuainya distribusi frekuensi Keterlambatan Klaim dalam mempengaruhi keterlambatan klaim di Rumah Sakit PMI Kota Bogor tahun 2019 dari 278 berkas responden menunjukkan bahwa berkas

responden yang mengalami keterlambatan sebanyak 158 berkas responden (56,8%).

5. Terdapat hubungan antara *Material* dengan keterlambatan klaim BPJS dari 278 berkas responden yang tidak lengkap dengan keterlambatan klaim sebanyak 158 berkas Responden (56,8%). Hasil uji statistik di peroleh $pvalue = 0,000$ yang artinya $\alpha (<0,05)$ sehingga ada hubungan antara *Material* dengan Keterlambatan Klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.
6. Terdapat hubungan *Machine* dengan keterlambatan klaim BPJS dari 278 berkas responden yang menggunakan mesin secara manual dengan keterlambatan klaim sebanyak 145 berkas Responden (52,2%). Hasil uji statistik di peroleh $pvalue = 0,005$ yang artinya $\alpha (<0,05)$ sehingga ada hubungan antara *Machine* dengan Keterlambatan Klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.
7. Terdapat hubungan *Money* dengan keterlambatan klaim BPJS dari 278 berkas responden yang Non transfer dengan keterlambatan klaim sebanyak 158 berkas Responden (56,8%). Hasil uji statistik di peroleh $pvalue = 0,000$ yang artinya $\alpha (<0,05)$ sehingga ada hubungan antara *Money* dengan Keterlambatan Klaim BPJS di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019.
8. Tedapat hubungan bermakna dengan keterlambatan klaim BPJS adalah *Material, Machine dan Money*. Dan dari hasil analisis didapatkan faktor *Machine* mempunyai peluang yang lebih tinggi untuk mengalami

terjadinya keterlambatan klaim BPJS dengan nilai *OR Exp (B)* adalah 1,937 dibandingkan dengan faktor *Material* dan *Money*.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan dan proses penyelenggaraan dalam pelaksanaan program BPJS Kesehatan di Rumah Sakit agar tidak terjadi kembali keterlambatan Klaim kepada BPJS Kesehatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bermanfaat sebagai pengembangan ilmu kesehatan dan bacaan dari referensi mata kuliah kesehatan khususnya ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK) dalam meningkatkan pengetahuan tentang proses penyelenggaraan pengajuan klaim dan penyebab ketidaklengkapan persyaratan klaim BPJS Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009*. Jakarta : Depkes RI. Diakses melalui <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/UU%20Nomor%2036%20Tahun2%20009%20tentang%20Kesehatan.pdf> pada tanggal 22 Juli 2019 pukul 14.00 WIB
2. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Diakses melalui <http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduh/UU%20No.%2040%20Tahun%202004%20tentang%20SJSN.pdf> pada tanggal 24 Juli 2019 pukul 19.00 WIB
3. BPJS Kesehatan. 2013. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta : BPJS Kesehatan. Diakses melalui <http://www.depkes.go.id/resources/download/jkn/buku-pegangan-sosialisasi-jkn.pdf> pada tanggal 22 Juli 2019 pukul 14.00 WIB
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INACBG's). Diakses melalui <http://perhati-kl.or.id/wp-content/uploads/2017/08/PMK-No-76-2016.pdf> pada tanggal 24 Juli 2019 pukul 19.00 WIB
5. Peraturan Menteri Kesehatan No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
6. Alania, Elvi. 2018. *Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Di Rumah Sakit UNS*. Diakses melalui

<http://eprints.ums.ac.id/69250/1/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf> pada tanggal 24 Juli 2019 pukul 20.25 WIB

7. BPJS Kesehatan. 2014. *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. Jakarta : BPJS Kesehatan. Diakses melalui https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/Petunjuk%20Teknis%20Verifikasi%20Klaim_REV.pdf pada tanggal 24 Juli 2019 pukul 19.00 WIB
8. Undang-undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Diakses melalui <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/20e67493084e6d2e600888b1dd9f94f4.pdf> pada tanggal 24 Juli 2019 pukul 19.00 WIB
9. Anwar. 2007. *Klaim Jaminan Kesehatan*. Diakses melalui <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/34307/1/HALIDA%20MUTIA-FKIK.pdf> pada tanggal 26 Juli 2019 pukul 21.15 WIB
10. Marchinko. 2006. *Klaim Jaminan Kesehatan*. Diakses melalui <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/34307/1/HALIDA%20MUTIA-FKIK.pdf> pada tanggal 26 Juli 2019 pukul 21.15 WIB
11. Ilyas. 2006. *Klaim Jaminan Kesehatan*. Diakses melalui <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/34307/1/HALIDA%20MUTIA-FKIK.pdf> pada tanggal 26 Juli 2019 pukul 21.15 WIB
12. Kartika. 2014. *Klaim Jaminan Kesehatan*. Diakses melalui <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/34307/1/HALIDA%20MUTIA-FKIK.pdf> pada tanggal 26 Juli 2019 pukul 21.15 WIB

13. Peraturan Menteri Kesehatan No 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN. Diakses melalui <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/PMK%20No.%2028%20ttg%20Pedoman%20Pelaksanaan%20Program%20JKN.pdf> pada tanggal 24 Juli 2019 pukul 19.15 WIB
14. Peraturan Menteri Kesehatan No 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis sistem INA-CBG's. Diakses melalui <http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduh/PMK%20No.%2027%20ttg%20Juknis%20Sistem%20INA%20CBGs.pdf> pada tanggal 24 Juli 2019 pukul 19.15 WIB
15. Chatrine. 2013. *Type Status Klaim*. Diakses melalui <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/34307/1/HALIDA%20MUTIA-FKIK.pdf> pada tanggal 26 Juli 2019 pukul 21.15 WIB
16. BPJS Kesehatan. 2014. *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. Jakarta : BPJS Kesehatan. Diakses melalui <http://perhati-kl.or.id/wp-content/uploads/2017/08/PMK-No-76-2016.pdf> pada tanggal 22 Juli 2019 pukul 14.00 WIB
17. BPJS Kesehatan. 2015. *Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*. Jakarta : BPJS Kesehatan. Diakses melalui <https://bpjskesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/5fb1dc8414591e392ab5a3f70e2ab35a.pdf> pada tanggal 22 Juli 2019 pukul 14.00 WIB
18. Kulo, Massie, Kandou. 2014. *Pengolahan dan Pemanfaatan Dana dari Program JKN*. Diakses melalui

<http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/34307/1/HALIDA%20MUTIA-FKIK.pdf> pada tanggal 26 Juli 2019 pukul 21.15 WIB

19. Manullang & Mastini. 2010. *Unsur-unsur Manajemen*. Diakses melalui http://repository.uinsu.ac.id/705/4/BAB_II.pdf pada tanggal 26 Juli 2019 pukul 21.15 WIB
20. Callister & William. 2004. *Material*. Diakses melalui <http://e-journal.uajy.ac.id/3047/3/2TS11458.pdf> pada tanggal 16 Agustus 2019 pukul 20.00 WIB
21. Mulyadi. 2000. *Material*. Diakses melalui <http://e-journal.uajy.ac.id/3047/3/2TS11458.pdf> pada tanggal 16 Agustus 2019 pukul 20.00 WIB
22. Sofyan, Assauri. 2004. *Mesin*. Diakses melalui <https://repository.widyatama.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/2889/Bab%202.pdf?sequence=7> pada tanggal 16 Agustus 2019 pukul 20.00 WIB
23. TN Industri. 2007. *Sistem Kendali Manual dan Otomatis*. Diakses melalui <https://www.tneutron.net/industri/sistem-kendali-manual-dan-otomatis/> pada tanggal 16 Agustus 2019 pukul 20.00 WIB
24. Mankiw. 2007. *Uang*. Diakses melalui <http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/37845/Chapter%7B943419068305581bc1bfab3d3276b89e32541cb0f1dbc67e842466c661bcc2e5%7D20II.pdf;jsessionid=41208F97B8DBA0BCADBE8ABF5103E3FF?sequence=4> pada tanggal 16 Agustus 2019 pukul 20.00 WIB

25. BPJS Kesehatan. 2016. *Virtual Account Pembayaran*. Diakses melalui <http://bpjs-kesehatan.go.id/BPJS/index.php/post/read/2016/402/1-VA-Untuk-Pembayaran-Seluruh-Anggota-Keluarga> pada tanggal 16 Agustus 2019 pukul 20.00 WIB
26. Notoadmojo, Soekidjo. 2012. *Metodologi penelitian*. Rineka Cipta: Jakarta.
27. Sugiono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&B*. Bandung: Alfabeta 2010
28. Olsen. 2003. *Case Control Studies*. Diakses melalui <https://id.scribd.com/doc/145741716/Penelitian-Retrospektif-docx> pada tanggal 16 Agustus 2019 pukul 20.00 WIB
29. Pahlevi, Wildan. 2009. *Asuransi Kesehatan*. Diakses melalui file:///C:/Users/DOKTER/AppData/Local/Temp/digital_125608-S-5852-Analisis%20pelayanan-Literatur.pdf pada tanggal 30 Agustus 2019 pukul 20.00 WIB
30. Anonim. 2011. *Kajian Tentang Rumah Sakit*. Diakses melalui <http://eprints.ung.ac.id/6166/3/2012-1-48401-821309010-bab2-13082012101057.pdf> pada tanggal 30 Agustus 2019 pukul 20.00 WIB

LAMPIRAN



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) WIJAYA HUSADA BOGOR

Jl. Letjen Ibrahim Adjie No. 180 RT. 006/008, Sindang Barang, Bogor Barat 16117
Ph. (0251) 8327396, 8327399, 0852 1670 1658 E-mail : wijayahusada@gmail.com

Nomor : 444/STIKES-WH/VII/2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Penelitian

Bogor, 31 Juli 2019

Kepada :
Yth. Direktur RS. PMI
di
Tempat

Dengan hormat

Sehubungan dengan pembuatan KTI/Skripsi mahasiswa STIKes Wijaya Husada Bogor, dengan ini Mahasiswa Tingkat Akhir STIKes Wijaya Husada Bogor mengajukan uji validitas, studi pendahuluan & penelitian di RS. PMI

Nama mahasiswa dan judul KTI/Skripsi sebagai berikut :

Institusi	Nama Mahasiswa	Prodi	Judul KTI/Skripsi
RS. PMI	Ibnu Firmansyah	D-III Keperawatan	Hubungan tekanan darah dengan jenis stroke pada pasien stroke di IGD RS PMI Tahun 2019
	Siti Ilmayani Istiqomah	S1 Kesehatan Masyarakat	Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi keterlambatan klaim Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2019

Demikian permohonan dari kami, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketika STIKes Wijaya Husada Bogor

 dr. Prisdady, Sp.PD-KGEH

RUMAH SAKIT PALANG MERAH INDONESIA BOGOR
BIDANG SUMBER DAYA MANUSIA
SEKSI DIKLAT DAN LITBANG

Jln. Pajajaran No. 80 Bogor-Indonesia, Telepon : (0251) 8324080, Ext. 3318. Fax : (0251) 8324709.

Nomor : 055/Diklat-SDM/IX/2019

Bogor, 18 September 2019

Kepada yth,
Ketua Stikes Wijaya Husada Bogor

Di
Tempat

Perihal: Keterangan Selesai Penelitian

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Seksi Diklat dan Litbang Rumah Sakit Palang Merah Indonesia Bogor menerangkan bahwa:

N a m a	: Siti Ilmayani Istiqomah
N I M	: 201512021
Program Studi	: S1 Kesehatan Masyarakat
Judul Penelitian	: Analisis Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Di RS PMI Kota Bogor Tahun 2019

Telah selesai melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Palang Merah Indonesia Bogor.

Demikian keterangan ini diterbitkan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Hormat kami,
Kepala Seksi Diklat & Litbang


Ns. Sotehudin, S. Kep., M. Kes

LEMBAR OBSERVASI

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan di Rumah Sakit

PMI Kota Bogor Tahun 2019

Hari/tanggal :

Ruangan :

[illegible]

TABEL DATA PENELITIAN

No	<i>Material</i>	<i>Machine</i>	<i>Money</i>	Keterlambatan Klaim
1	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
2	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
3	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
4	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
5	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
6	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
7	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
8	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
9	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
10	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
11	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
12	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
13	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
14	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
15	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
16	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
17	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
18	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
19	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
20	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
21	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
22	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
23	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
24	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
25	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
26	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat

Lampiran 4

27	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
28	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
29	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
30	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
31	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
32	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
33	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
34	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
35	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
36	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
37	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
38	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
39	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
40	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
41	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
42	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
43	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
44	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
45	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
46	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
47	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
48	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
49	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
50	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
51	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
52	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
53	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
54	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
55	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
56	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat

Lampiran 4

57	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
58	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
59	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
60	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
61	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
62	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
63	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
64	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
65	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
66	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
67	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
68	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
69	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
70	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
71	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
72	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
73	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
74	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
75	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
76	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
77	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
78	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
79	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
80	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
81	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
82	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
83	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
84	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
85	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
86	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat

Lampiran 4

87	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
88	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
89	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
90	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
91	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
92	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
93	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
94	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
95	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
96	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
97	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
98	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
99	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
100	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
101	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
102	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
103	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
104	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
105	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
106	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
107	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
108	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
109	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
110	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
111	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
112	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
113	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
114	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
115	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
116	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat

Lampiran 4

117	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
118	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
119	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
120	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
121	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
122	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
123	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
124	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
125	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
126	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
127	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
128	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
129	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
130	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
131	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
132	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
133	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
134	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
135	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
136	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
137	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
138	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
139	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
140	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
141	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
142	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
143	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
144	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
145	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
146	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat

Lampiran 4

147	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
148	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
149	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
150	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
151	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
152	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
153	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
154	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
155	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
156	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
157	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
158	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
159	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
160	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
161	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
162	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
163	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
164	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
165	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
166	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
167	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
168	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
169	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
170	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
171	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
172	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
173	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
174	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
175	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
176	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat

Lampiran 4

177	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
178	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
179	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
180	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
181	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
182	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
183	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
184	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
185	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
186	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
187	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
188	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
189	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
190	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
191	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
192	tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
193	tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
194	tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
195	tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
196	tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
197	tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
198	tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
199	tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
200	tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
201	tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
202	tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
203	tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
204	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
205	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
206	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat

Lampiran 4

207	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
208	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
209	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
210	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
211	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
212	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
213	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
214	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
215	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
216	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
217	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
218	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
219	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
220	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
221	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
222	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
223	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
224	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
225	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
226	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
227	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
228	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
229	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
230	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
231	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
232	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
233	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
234	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
235	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
236	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat

Lampiran 4

237	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
238	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
239	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
240	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
241	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
242	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
243	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
244	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
245	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
246	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
247	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
248	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
249	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
250	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
251	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
252	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
253	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
254	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
255	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
256	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
257	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
258	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
259	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
260	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
261	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
262	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
263	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
264	Lengkap	Otomatis	Transfer	Tdk Terlambat
265	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
266	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat

Lampiran 4

267	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
268	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
269	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
270	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
271	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
272	Tdk Lengkap	Manual	Non Transfer	Terlambat
273	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
274	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
275	Tdk Lengkap	Otomatis	Non Transfer	Terlambat
276	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
277	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat
278	Lengkap	Manual	Transfer	Tdk Terlambat

Lampiran 4

No	<i>Material</i>	<i>Machine</i>	<i>Money</i>	Keterlambatan Klaim
1	1	0	1	1
2	1	0	1	1
3	1	0	1	1
4	1	1	1	1
5	1	1	1	1
6	1	1	1	1
7	1	1	1	1
8	1	0	1	1
9	1	0	1	1
10	1	0	1	1
11	1	0	1	1
12	1	0	1	1
13	1	0	1	1
14	1	0	1	1
15	1	0	1	1
16	0	0	0	0
17	0	1	0	0
18	0	1	0	0
19	0	1	0	0
20	0	0	0	0
21	0	0	0	0
22	0	0	0	0
23	0	0	0	0
24	0	0	0	0
25	0	1	0	0
26	0	1	0	0
27	0	1	0	0
28	0	1	0	0
29	0	1	0	0
30	0	0	0	0
31	0	0	0	0
32	0	0	0	0
33	0	0	0	0
34	0	0	0	0
35	0	1	0	0
36	0	1	0	0
37	0	1	0	0
38	0	1	0	0

Lampiran 4

39	0	1	0	0
40	0	0	0	0
41	1	0	1	1
42	1	0	1	1
43	1	0	1	1
44	1	1	1	1
45	0	1	0	0
46	0	1	0	0
47	0	1	0	0
48	0	1	0	0
49	0	1	0	0
50	1	1	1	1
51	0	0	0	0
52	0	0	0	0
53	1	1	1	1
54	1	1	1	1
55	1	1	1	1
56	0	1	0	0
57	0	0	0	0
58	1	0	1	1
59	1	0	1	1
60	1	1	1	1
61	1	1	1	1
62	1	1	1	1
63	0	0	0	0
64	0	0	0	0
65	0	0	0	0
66	0	0	0	0
67	0	0	0	0
68	0	0	0	0
69	1	0	1	1
70	1	1	1	1
71	1	1	1	1
72	1	1	1	1
73	1	1	1	1
74	1	1	1	1
75	1	0	1	1
76	0	0	0	0
77	0	0	0	0

Lampiran 4

78	0	0	0	0
79	0	0	0	0
80	0	0	0	0
81	0	0	0	0
82	0	0	0	0
83	0	1	0	0
84	0	1	0	0
85	0	1	0	0
86	0	1	0	0
87	0	1	0	0
88	0	0	0	0
89	0	0	0	0
90	0	0	0	0
91	1	0	1	1
92	1	0	1	1
93	1	1	1	1
94	0	1	0	0
95	0	1	0	0
96	0	0	0	0
97	0	0	0	0
98	0	0	0	0
99	1	1	1	1
100	0	0	0	0
101	1	0	1	1
102	0	0	0	0
103	0	0	0	0
104	1	1	1	1
105	1	1	1	1
106	1	1	1	1
107	0	1	0	0
108	0	0	0	0
109	0	0	0	0
110	0	0	0	0
111	0	0	0	0
112	0	0	0	0
113	0	0	0	0
114	0	0	0	0
115	0	0	0	0
116	0	0	0	0

Lampiran 4

117	0	0	0	0
118	0	0	0	0
119	0	0	0	0
120	0	0	0	0
121	1	1	1	1
122	1	1	1	1
123	1	1	1	1
124	0	0	0	0
125	0	0	0	0
126	1	1	1	1
127	1	1	1	1
128	1	1	1	1
129	1	0	1	1
130	1	0	1	1
131	1	0	1	1
132	1	0	1	1
133	1	1	1	1
134	1	1	1	1
135	0	1	0	0
136	0	1	0	0
137	0	1	0	0
138	1	1	1	1
139	0	1	0	0
140	0	0	0	0
141	1	0	1	1
142	1	1	1	1
143	1	1	1	1
144	1	1	1	1
145	1	1	1	1
146	0	0	0	0
147	0	1	0	0
148	0	1	0	0
149	0	1	0	0
150	0	0	0	0
151	0	1	0	0
152	0	0	0	0
153	0	1	0	0
154	0	0	0	0
155	1	1	1	1

Lampiran 4

156	1	0	1	1
157	1	1	1	1
158	1	0	1	1
159	0	0	0	0
160	0	0	0	0
161	0	0	0	0
162	0	0	0	0
163	0	0	0	0
164	0	0	0	0
165	0	0	0	0
166	0	0	0	0
167	1	1	1	1
168	1	1	1	1
169	0	1	0	0
170	0	1	0	0
171	0	1	0	0
172	0	0	0	0
173	0	0	0	0
174	0	0	0	0
175	0	0	0	0
176	0	0	0	0
177	0	1	0	0
178	0	1	0	0
179	0	1	0	0
180	0	1	0	0
181	1	0	1	1
182	1	0	1	1
183	1	1	1	1
184	1	1	1	1
185	1	1	1	1
186	1	1	1	1
187	1	1	1	1
188	1	1	1	1
189	1	0	1	1
190	1	0	1	1
191	0	0	0	0
192	0	0	0	0
193	0	0	0	0
194	0	0	0	0

Lampiran 4

195	0	1	0	0
196	0	1	0	0
197	0	1	0	0
198	0	1	0	0
199	0	0	0	0
200	0	0	0	0
201	0	0	0	0
202	0	0	0	0
203	1	0	1	1
204	1	1	1	1
205	1	1	1	1
206	1	1	1	1
207	1	1	1	1
208	1	0	1	1
209	1	0	1	1
210	1	0	1	1
211	1	0	1	1
212	1	0	1	1
213	0	1	0	0
214	0	1	0	0
215	1	1	1	1
216	1	0	1	1
217	1	1	1	1
218	0	0	0	0
219	1	1	1	1
220	0	1	0	0
221	1	1	1	1
222	0	1	0	0
223	1	0	1	1
224	0	0	0	0
225	1	0	1	1
226	1	1	1	1
227	0	1	0	0
228	0	1	0	0
229	0	1	0	0
230	0	1	0	0
231	1	0	1	1
232	1	0	1	1
233	1	1	1	1

Lampiran 4

234	1	1	1	1
235	1	1	1	1
236	1	1	1	1
237	1	1	1	1
238	1	0	1	1
239	0	0	0	0
240	0	0	0	0
241	0	0	0	0
242	0	0	0	0
243	0	1	0	0
244	1	1	1	1
245	1	1	1	1
246	1	1	1	1
247	0	1	0	0
248	0	1	0	0
249	0	0	0	0
250	0	0	0	0
251	0	0	0	0
252	0	0	0	0
253	0	1	0	0
254	1	1	1	1
255	1	1	1	1
256	1	1	1	1
257	1	1	1	1
258	1	0	1	1
259	1	0	1	1
260	1	0	1	1
261	1	1	1	1
262	1	1	1	1
263	1	1	1	1
264	0	1	0	0
265	0	1	0	0
266	0	0	0	0
267	0	0	0	0
268	0	0	0	0
269	0	0	0	0
270	0	0	0	0
271	0	0	0	0
272	0	1	0	0

Lampiran 4

273	0	1	0	0
274	0	1	0	0
275	1	0	1	1
276	1	0	1	1
277	1	0	1	1
278	1	1	1	1

HASIL OUTPUT PENELITIAN

1. HASIL ANALISIS UNIVARIAT

Frequencies

[DataSet1]

Statistics					
		Material	Machine	Money	Keterlambatan_Klaim
N	Valid	278	278	278	278
	Missing	0	0	0	0

a. *Material*

Frequency Table

Material					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	120	43.2	43.2	43.2
	tdk Lengkap	12	4.3	4.3	47.5
	Tdk Lengkap	146	52.5	52.5	100.0
	Total	278	100.0	100.0	

b. *Machine*

Machine					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Manual	145	52.2	52.2	52.2
	Otomatis	133	47.8	47.8	100.0
	Total	278	100.0	100.0	

c. *Money*

Money					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Non Transfer	158	56.8	56.8	56.8
	Transfer	120	43.2	43.2	100.0
	Total	278	100.0	100.0	

d. *Keterlambatan Klaim*

Keterlambatan_Klaim					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tdk Terlambat	120	43.2	43.2	43.2
	Terlambat	158	56.8	56.8	100.0

Lampiran 6

	Total	278	100.0	100.0	
--	-------	-----	-------	-------	--

2. HASIL ANALISIS BIVARIAT

a. *Material* dengan Keterlambatan Klaim

Crosstabs

[DataSet1]

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Material * Keterlambatan_Klaim	278	100.0%	0	0.0%	278	100.0%

Material * Keterlambatan_Klaim Crosstabulation					
			Keterlambatan_Klaim		Total
			Tdk Terlambat	Terlambat	
Material	Lengkap	Count	120	0	120
		% within Material	100.0%	0.0%	100.0%
		% within Keterlambatan_Klaim	100.0%	0.0%	43.2%
		% of Total	43.2%	0.0%	43.2%
	tdk Lengkap	Count	0	12	12
		% within Material	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Keterlambatan_Klaim	0.0%	7.6%	4.3%
		% of Total	0.0%	4.3%	4.3%
	Tdk Lengkap	Count	0	146	146
		% within Material	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Keterlambatan_Klaim	0.0%	92.4%	52.5%
		% of Total	0.0%	52.5%	52.5%
Total		Count	120	158	278
		% within Material	43.2%	56.8%	100.0%
		% within Keterlambatan_Klaim	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	43.2%	56.8%	100.0%

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	1.000			.000
	Cramer's V	1.000			.000
N of Valid Cases		278			

a. Not assuming the null hypothesis.	
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.	
Risk Estimate	
	Value
Odds Ratio for Material (Lengkap / tdk Lengkap)	a
a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.	

b. Machine dengan Keterlambatan Klaim

Crosstabs

[DataSet1]

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Machine * Keterlambatan_Klaim	278	100.0%	0	0.0%	278	100.0%

Machine * Keterlambatan_Klaim Crosstabulation					
			Keterlambatan_Klaim		Total
			Tdk Terlambat	Terlambat	
Machine	Manual	Count	51	94	145
		% within Machine	35.2%	64.8%	100.0%
		% within Keterlambatan_Klaim	42.5%	59.5%	52.2%
		% of Total	18.3%	33.8%	52.2%
	Otomatis	Count	69	64	133
		% within Machine	51.9%	48.1%	100.0%
		% within Keterlambatan_Klaim	57.5%	40.5%	47.8%
		% of Total	24.8%	23.0%	47.8%
Total		Count	120	158	278
		% within Machine	43.2%	56.8%	100.0%
		% within Keterlambatan_Klaim	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	43.2%	56.8%	100.0%

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-.168			.005
	Cramer's V	.168			.005

Lampiran 6

N of Valid Cases	278			
a. Not assuming the null hypothesis.				
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.				

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Machine (Manual / Otomatis)	.503	.311	.815
For cohort Keterlambatan_Klaim = Tdk Terlambat	.678	.515	.893
For cohort Keterlambatan_Klaim = Terlambat	1.347	1.088	1.668
N of Valid Cases	278		

c. Money dengan Keterlambatan Klaim

Crosstabs

Se4Se4 [DataSet1]

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Money * Keterlambatan_Klaim	278	100.0%	0	0.0%	278	100.0%

Money * Keterlambatan_Klaim Crosstabulation					
			Keterlambatan_Klaim		Total
			Tdk Terlambat	Terlambat	
Money	Non Transfer	Count	0	158	158
		% within Money	0.0%	100.0%	100.0%
		% within Keterlambatan_Klaim	0.0%	100.0%	56.8%
		% of Total	0.0%	56.8%	56.8%
	Transfer	Count	120	0	120
		% within Money	100.0%	0.0%	100.0%
		% within Keterlambatan_Klaim	100.0%	0.0%	43.2%
		% of Total	43.2%	0.0%	43.2%

Lampiran 6

Total	Count	120	158	278
	% within Money	43.2%	56.8%	100.0%
	% within Keterlambatan Klaim	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	43.2%	56.8%	100.0%

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-1.000			.000
	Cramer's V	1.000			.000
N of Valid Cases		278			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					

Risk Estimate	
	Value
Odds Ratio for Money (Non Transfer / Transfer)	a
a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.	

3. ANALISIS MULTIVARIAT

Logistic Regression

[DataSet1]

Case Processing Summary			
Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	278	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	278	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		278	100.0
a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.			

Categorical Variables Codings^a

Lampiran 6

		Frequency	Parameter coding	
			(1)	(2)
Material	Lengkap	120	1.000	.000
	tdk Leng	12	.000	1.000
	Tdk Leng	146	.000	.000
Money	Non Tran	158	1.000	
	Transfer	120	.000	
Machine	Manual	145	1.000	
	Otomatis	133	.000	
a. This coding results in indicator coefficients.				

Variables in the Equation												
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		Fraction Missing Info.	Relative Increase Variance	Relative Efficiency
								Lower	Upper			
Step 0	Machine(1)	.687	.246	7.812	1	.005	1.987	1.228	3.216			
	Money(1)	.275	.121	5.162	1	.023	1.317					
	Material(1)	.275	.121	5.162	1	.023	1.317					
	Constant	-.075	.174	.188	1	.665	.928					

DOKUMENTASI PENELITIAN

Dokumentasi Aplikasi dan Berkas



Dokumentasi Bersama Staff JKN



JADWAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Tahun 2019					
		Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober
1	Pengajuan Judul						
2	Studi Pendahuluan						
3	Bimbingan Proposal						
4	Sidang Proposal						
5	Revisi Proposal						
6	Pengumpulan Proposal						
7	Penelitian						
8	Bimbingan Skripsi						
9	Sidang Skripsi						

LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : Siti Ilmayani Istiqomah

NIM : 201512021

PROGRAM STUDI : S1 KESEHATAN MASYARAKAT

PEMBIMBING : 1. Ns. Nining Fitrianingsih, S.Kep., M.Kes
2. Benny MP Simanjuntak, SKM, M.Kes

JUDUL PENELITIAN : “Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit PMI Kota Bogor Tahun 2019”.

No.	Tanggal Konsultasi	Materi Konsultasi	Catatan/ keterangan	Paraf
1.	31 Mei 2019	Judul	Belum acc Perbaiki Judul	
2.	8 Juli 2019	Judul & Bab 1	Bab 1 revisi	
3.	14 Juli 2019	Bab 1	Perbaiki Latar Belakang dan Tujuan	
4.	24 Juli 2019	BAB 1 dan BAB 2	Perbaiki Keaslian Penelitian dan Tambahkan teori	
5.	9 Agustus 2019	BAB 1 dan BAB 2	Acc BAB 1 dan perbaiki kerangka teori	
6.	14 Agustus 2019	Bab 2 & 3	ACC Bab 2 dan	

			perbaikan Definisi Operasional	
7.	19 Agustus 2019	Bab III	ACC Bab III	
8.	24 Agustus 2019	BAB 1, II, dan III	ACC sidang proposal	
9.	2 September 2019	BAB II	ACC proposal skripsi	
10.	4 September 2019	BAB IV	Hasil Univariat, Bivariat dan Multivariat	
11.	5 September 2019	BAB IV DAN V	Tabel dan kesimpulan	
12.	6 September 2019	BAB I - V	ACC SIDANG SKRIPSI	
13.	13 September 2019	BAB IV dan Abstrak	Tabel Analisa Data dan perbaikan abstrak	
14.	17 September 2019	BAB I - V	ACC SKRIPSI	
15.	20 September 2019	Jurnal	Perbaikan latarbelakang	
16.	24 September 2019	Jurnal	Perbaikan latarbelakang dan pembahasan	
17.				
18.				