

KLAIM TIDAK LAYAK BAYAR PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI LAYANAN RAWAT JALAN RUMAH SAKIT JIWA PROF. DR. SOEROJO, MAGELANG

THE UNFEASIBLE PAYMENT CLAIM FACTORS OF NATIONAL HEALTH INSURANCE PARTICIPANTS IN PROF. DR. SOEROJO MAGELANG MENTAL HEALTH HOSPITAL'S OUT-PATIENT SERVICE

Vera Otifa¹, Andreasta Meliala², Yulita Hendrartini²

¹Program Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta

ABSTRACT

Background: The hospital payment mechanism in National Health Insurance era used INA-CBG's package tariff. The service payment which had given by hospital was paid by Indonesian National Health Insurance Agency with claiming mechanism. There were several factors and causes that affected unfeasible payment claim which could harm the hospital.

Objective: Identify the factors that caused the unfeasible payment claim, identify the cause of the unfeasible payment claim, describe the attitude of doctors, the attitude of the leadership of the hospital, the attitude of the administration RSJS, attitude BPJS Health Magelang and describe RSJS leadership communication to the cause of the unfeasible payment claim in the outpatient service RSJS.

Method: This research was an exploratory case study research with single holistic case study design. Analysis unit in this research was outpatient services in Prof. dr. Soerojo Magelang Mental Health Hospital. Research informants were specialized doctor and general practitioner RSJS, Prof. dr. Soerojo Magelang Mental Health Hospital's leaders, Prof. dr. Soerojo Magelang Mental Health Hospital's administrators, and Indonesian National Health Insurance Agency branch in Magelang City. The informant selection used purposive sampling. Data collection used in-depth interview and document observation. Result: The cause of unfeasible payment claim consisted of medical services cause and administrative cause. The cause of medical services most that one episode of outpatient, one episode of inpatient and diagnosis is not emergency. The data difference between BPJS Kesehatan and medical record, non-emergency diagnosis that considered as emergency diagnosis, one episode of outpatient/inpatient considered as two episodes of outpatient/inpatient. The communication RSJS leaders about unfeasible payment claim is not optimal, the attitude doctor's with less information, the rules have not been clearly linked specificity RSJS in healthcare delivery, indifference claim services were they have rendered to the participant JKN, understanding verifier BPJS about medically less in determining the unfeasible payment claim into inconsistencies, too tight in the verification process and the workload verifier BPJS in RSJS large enough can increase in unfeasible payment claim. The attitude of the leadership of RSJS own conduct follow-up but followup information was not communicated to the doctor RSJS, the attitude of the administration RSJS who respond positively to minimize the unfeasible payment claim.

Conclusion: The leaders' communication, doctor's attitude, Indonesian National Health Insurance Agency's attitude and the unrepresented operational standard, and procedure in determining steps of unfeasible payment claim were factors that could enhance the incidence of unfeasible payment claim.

Keywords: Unfeasible Payment Claim, National Health Insurance Participant, Outpatient Service of Prof. dr. Soerojo Magelang Mental Health Hospital

ABSTRAK

Latar Belakang: Mekanisme pembayaran Rumah Sakit dalam era JKN dengan tarif paket INA-CBG's. Pembiayaan layanan yang telah diberikan Rumah Sakit dibayarkan BPJS Kesehatan dengan proses pengklaiman. Banyak faktor penyebab yang mempengaruhi klaim tidak layak bayar.

Tujuan: Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan klaim tidak layak bayar, mengidentifikasi penyebab klaim tidak layak bayar, mendeskripsikan sikap dokter, sikap pimpinan rumah sakit, sikap administrasi RSJS, sikap BPJS Kesehatan Kota Magelang dan mendeskripsikan komunikasi pimpinan RSJS terhadap penyebab klaim tidak layak bayar di Layanan Rawat Jalan RSJS.

Metode: Penelitian ini adalah penelitian studi kasus eksploratori dengan desain studi kasus tunggal holistik (*single holistic*). Unit analisis penelitian ini adalah Layanan Rawat Jalan di RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang. Informan penelitian ini adalah dokter spesialis, dokter umum, pimpinan RSJS, administrasi RSJS, dan BPJS Kesehatan Kota Magelang. Pemilihan informan penelitian ini dipilih secara *purposive sampling*. Pengumpulan data dengan wawancara mendalam dan observasi dokumen.

Hasil: Penyebab klaim tidak layak bayar terdiri dari penyebab pelayanan medik dan penyebab administrasi. Penyebab pelayanan medik terbanyak yaitu satu episode rawat jalan, satu episode rawat inap dan diagnosis bukan gawat darurat. Perbedaan penyebab dari data BPJS Kesehatan dan data rekam medis, yaitu diagnosis bukan gawat darurat merupakan diagnosis gawat darurat, satu episode rawat jalan/rawat inap merupakan dua episode rawat jalan/rawat inap. Komunikasi pimpinan RSJS tentang penyebab klaim tidak layak bayar tidak optimal, sikap dokter dengan informasi yang kurang, adanya aturan yang belum jelas terkait kekhususan RSJS dalam pemberian layanan kesehatan, ketidakpedulian terklaimnya layanan yang telah diberikan ke peserta JKN, pemahaman verifikator BPJS Kesehatan tentang medik yang kurang dalam menentukan klaim tidak layak bayar menjadi inkonsistensi, terlalu ketat dalam proses verifikasi serta beban kerja verifikator BPJS Kesehatan di RSJS cukup besar dapat meningkatkan klaim tidak layak bayar. Sikap pimpinan RSJS sudah melakukan tindak lanjut tetapi informasi tindak lanjut tidak dikomunikasikan ke dokter RSJS, sikap administrasi RSJS yang berespon positif dapat meminimalisir klaim tidak layak bayar.

Kesimpulan: Komunikasi pimpinan, sikap dokter, sikap BPJS Kesehatan, dan tidak adanya standar operasional prosedur dalam menentukan langkah dalam menetapkan klaim tidak layak bayar di RSJS merupakan faktor penyebab terjadinya klaim tidak layak bayar.

Kata kunci: Klaim Tidak Layak Bayar, Peserta Jaminan Kesehatan Nasional, Layanan Rawat Jalan RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang

PENDAHULUAN

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKTRL) menggunakan sistem pembayaran tarif INA-CBG's, yaitu tarif paket pelayanan kesehatan mencakup seluruh komponen biaya RS¹. Tidak semua klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit bisa dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Alasan penolakan klaim antara lain kerugian pengaju klaim memang tidak termasuk dalam cakupan, adanya kecurangan (*fraud*), dan kekeliruan (*misrepresentation*)².

Rawat jalan (*Outpatient Department/OPD*) adalah titik kontak pertama rumah sakit dengan pasien dan berfungsi sebagai etalase untuk layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat³. Layanan rawat jalan melayani pasien JKN di RSJ Prof. dr. Soerojo pelayanan kesehatan di bawah Direktorat Medik dan Keperawatan RSJS. Jumlah kunjungan peserta BPJS Kesehatan tahun 2015 layanan rawat jalan RSJS mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2014 sebesar 10,7%. Berkas klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan RSJS tahun 2014 sebesar 3,89% yaitu 1681 berkas klaim tidak layak bayar dari 43.193 berkas klaim yang diajukan dengan kerugian Rp592.932.174,00 dan berkas klaim tidak layak bayar tahun 2015 sebesar 1,62%, yaitu 872 berkas klaim tidak layak bayar dari 53.739 klaim yang diajukan dengan kerugian Rp198.786.600,00.

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan klaim tidak layak bayar pada peserta Jaminan Kesehatan Nasional di layanan rawat jalan RSJ Prof. dr. Soerojo Magelang.

Klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar haknya terpenuhi⁴. Klaim tidak layak bayar yaitu menolak untuk membayar sebuah klaim pada *provider* yang tidak mengikuti kebijakan/prosedur dari perusahaan asuransi atau menunggu informasi tambahan⁵. Organisasi pelayanan kesehatan, seperti Rumah Sakit sebagai sarana maupun sistem upaya kesehatan bagi tenaga kesehatan atau satuan kerja yang bekerja sama dan saling berhubungan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di bawah kepemimpinan kesehatan⁶. Pemerintah Indonesia telah membuat kebijakan yang mengatur syarat dan ketentuan peserta JKN untuk mendapatkan manfaat dari jaminan kesehatan. Ada empat faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu penerapan kebijakan, yaitu faktor *communication/komunikasi*, faktor *resources/sumber daya*, faktor *disposition/sikap*, dan faktor *bureaucratic structure/struktur birokrasi*⁷. Keempat faktor tersebut secara simultan dilaksanakan karena memiliki hubungan erat satu sama lain.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian studi kasus eksploratoris dengan desain studi kasus tunggal holistik (*single holistic*). Data yang dikumpulkan data sekunder, yaitu berkas klaim tidak layak bayar pasien BPJS Kesehatan Januari–Maret 2016, data rekam medis pasien BPJS Kesehatan tidak layak

bayar Januari–Maret 2016, dan data primer dikumpulkan dengan wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan observasi. Unit analisis penelitian adalah layanan rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soerojo Magelang. Pengambilan sampel untuk data kualitatif menggunakan teknik *purposive sampling*.

Subyek penelitian ini adalah Direktur Utama, Direktur Medik dan Keperawatan, Direktur Keuangan, 7 dokter spesialis terdiri dari 3 dokter spesialis jiwa, 1 dokter spesialis saraf, bedah, penyakit dalam, kebidanan dan kandungan, 5 dokter umum RSJS, 2 administrasi pendaftaran RSJS terdiri dari Kepala Instalasi Penjaminan Kesehatan RSJS dan petugas pendaftaran di rawat jalan, 2 petugas BPJS Kesehatan Kota Magelang yaitu bagian Unit Manajemen Pelayanan Kesehatan Rujukan di kantor BPJS Kesehatan cabang Kota Magelang dan verifikator BPJS Kesehatan yang ada di RSJS.

Variabel penelitian adalah komunikasi pimpinan, sikap dokter, sikap pimpinan, sikap BPJS Kesehatan Kota Magelang, sikap administrasi, standar operasional prosedur medis dan administrasi serta jumlah kasus klaim tidak layak bayar. Analisis data penelitian dimulai dengan analisis data sekunder yaitu data klaim tidak layak bayar BPJS Kesehatan layanan rawat jalan periode Januari–Maret 2016, dianalisis penyebab terjadinya klaim tidak layak bayar kemudian memverifikasi data itu dengan data dari telusur rekam medis. Data primer didapat dari wawancara mendalam lalu dibuat transkrip, pengkodean, kategori dan interpretasi atau penarikan kesimpulan. Data kualitatif yang diperoleh dari data atau informasi yang dikumpulkan hasil wawancara, telaah dokumen disajikan secara narasi dengan pendekatan triangulasi.

HASIL

Penyebab dan Perbedaan Klaim Tidak Layak Bayar Data BPJS Kesehatan dan Telusur Rekam Medis

Penyebab Klaim Tidak Layak Bayar

Kerugian RSJS sebesar Rp40.599.000 selama 3 bulan dengan 176 (1,17%) berkas klaim terdiri 35 berkas klaim jiwa dan 141 berkas klaim nonjiwa. Penyebab klaim tidak layak bayar penelitian ini dibagi 2 penyebab, yaitu penyebab pelayanan medik dan penyebab administrasi. Penyebab pelayanan medik, yaitu penyebab berhubungan dengan pelayanan medik yang diberikan oleh dokter RSJS, penyebab administrasi yaitu penyebab yang berhubungan dengan kelengkapan persyaratan pasien JKN. Tiga penyebab pelayanan medik yang terbesar dari data BPJS Kesehatan dan data rekam medis adalah satu episode rawat jalan, satu episode rawat inap, dan diagnosis bukan gawat darurat.

Perbedaan Klaim Tidak Layak Bayar

Perbedaan penyebab pelayanan medik data BPJS Kesehatan dan data rekam medis, yaitu: a) diagnosis bukan gawat darurat setelah ditelusur rekam medis merupakan diagnosis gawat darurat ada 9 klaim (5,11%) dari 176 klaim tidak layak bayar, b) satu episode rawat jalan/rawat inap merupakan dua episode rawat jalan/rawat inap sebanyak 15 klaim (8,51%).

Komunikasi Pimpinan Rumah Sakit

Penyampaian informasi klaim tidak layak bayar ke pimpinan RSJS dilakukan dengan proses dan alur berjenjang. Data klaim tidak layak bayar serta penjelasan penyebab klaim tidak layak bayar dilaporkan BPJS Kesehatan ke RSJS sehingga informasi klaim tidak layak bayar sudah diketahui dan disetujui oleh pimpinan RSJS setiap bulannya.

"Ya, saya tau adanya klaim yang tidak dibayarkan oleh BPJS... klaim tidak layak bayar itu dari direktorat keuangan yang mendapat laporan dari instalasi verifikasi klaim Rumah Sakit dan setiap bulan kan saya menandatangani berita acara BPJS" (D1).

Penyampaian informasi klaim tidak layak bayar dan penyebabnya ke dokter RSJS oleh pimpinan RSJS sudah pernah diinformasikan Direktorat Medik dan Keperawatan RSJS secara tidak rutin serta sudah dianalisis beberapa kali tahun 2014 dan 2015. Tidak semua dokter RSJS dikomunikasikan sehingga sebagian besar dokter RSJS tidak paham apa yang menjadi penyebab klaim tidak layak bayar dan dokter RSJS mendapat informasi klaim tidak layak bayar dari berbagai sumber.

"...Klaim tidak layak bayar dibicarakan di tingkat direksi kemudian yang menganalisa dan membahas lebih lanjut di direktorat medik" (D1).

"...Sebelum tahun 2016 sudah diinformasikan ada klaim tidak layak bayar beberapa kali tapi tidak rutin dilakukan..." (A1).

"Mendapatkan informasi dari koordinator dokter umum, bukan dari pimpinan Rumah Sakit" (Du4).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi pimpinan RSJS tentang klaim tidak layak bayar dan penyebabnya tidak optimal dikomunikasikan ke dokter sebagai pemberi pelayanan kesehatan di RSJS. Hal ini disebabkan karena Direktorat Medik dan Keperawatan tidak mendapatkan informasi secara rutin, informasi klaim tidak layak bayar belum dianalisis dan belum diinformasikan ke dokter RSJS walaupun informasi klaim tidak layak bayar setiap bulan sudah diketahui oleh pimpinan RSJS.

Sikap Pimpinan RSJS

Pemahaman pimpinan RSJS terhadap klaim tidak layak bayar dan penyebabnya cukup paham tapi tidak secara detail, tindak lanjut telah dilakukan pimpinan RSJS yaitu koordinasi dengan tim KMKB RSJS dan unit-unit kerja RSJS. Tidak

semua dokter paham dan tahu apa tindak lanjut pimpinan RSJS untuk mengatasi klaim tidak layak bayar dan penyebabnya.

"...Kita sudah duduk bersama mencari solusi dari penyebab klaim tidak layak bayar yang akan melibatkan tim KMKB RS, Instalasi Penjaminan, Instalasi Rekam Medik dan unit-unit kerja yang berhubungan dengan pengklaiman ini" (D3).

Pimpinan RSJS menyatakan RSJS belum mengalami kerugian akibat klaim tidak layak bayar di layanan rawat jalan RSJS tapi kerugian akibat klaim tidak layak bayar ini harus dibenahi penyebabnya. Tindak lanjut yang dilakukan RSJS untuk mengantisipasi kerugian akibat klaim tidak layak bayar dengan pembuatan *clinical pathway*, perubahan SOTK untuk mengefisienkan sistem penagihan klaim, administrasi RSJS melakukan analisis hasil verifikasi INA-CBG's dengan tarif RSJS jika tagihan RS lebih tinggi 30% dari tarif INA-CBG's maka akan dianalisis lebih lanjut di Tim KMKB.

"...Pembenahan sistem penagihan klaim yang dilakukan oleh instalasi penjaminan atas usulan direktorat medik dengan perubahan SOTK serta SMF untuk segera mengajukan CP, analisis mutu pelayanan akan dilakukan oleh komite medik dengan melihat PPK yang ditetapkan oleh RS dan analisis biaya dilihat dari CP-nya" (D3).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sikap pimpinan RSJS berespon positif terhadap penyebab dan kerugian yang disebabkan oleh klaim tidak layak bayar. Sebelum tahun 2016 penyebab klaim dan kerugian akibat klaim belum dianalisis dengan detail walau sudah dibahas sebatas kasus yang terbanyak menimbulkan klaim tidak layak bayar. Tahun 2016 pimpinan RSJS sudah mulai menganalisis penyebab terjadi klaim tidak layak bayar, memperbaiki sistem penagihan klaim dengan koordinasi unit-unit kerja yang terkait dengan klaim, mengaktifkan peran Tim KMKB, berkoordinasi dengan KSM.

Sikap Dokter RSJS

Pemahaman dokter terhadap penyebab klaim tidak layak bayar berbeda-beda, dokter umum lebih paham karena dokter umum duduk dalam instalasi lebih sering dilibatkan koordinasi klaim tidak layak bayar berhubungan dengan evaluasi di instalasi masing-masing, dokter spesialis lebih fokus pada pemberian layanan. Kendala kebijakan JKN dalam pemberian layanan kesehatan di RSJS, yaitu terapi tindakan/terapi menggunakan alat dan pemberian obat dengan sistem paket INA-CBG's. Kendala terapi alat teknologi baru dengan biaya tinggi sudah ditindaklanjuti pimpinan RSJS tetapi dalam proses tim HTA sehingga pemberian terapi menggunakan alat tidak dapat dilakukan untuk pasien JKN. Terapi dengan psikoterapi belum dapat dilakukan untuk peserta JKN sampai ada kejelasan tindakan tersebut, hal ini bisa diselesaikan melalui tim KMKB. Pemberian obat sesuai dengan jumlah yang diresep oleh dokter walau RS yang menanggung kelebihan biaya peserta JKN yang berobat.

"...Penggunaan alat-alat kita yang belum bisa diklaimkan kita sudah membuat telaah alat-alat itu kita kirim ke Kemenkes, tapi HTA tahun ini baru meng-acc 2 alat lainnya"(D1).

"...Aturan BPJS tentang 1 episode rawat jalan harus dengan obat padahal di layanan jiwa anak lebih efektif jika terapi yang diberikan psikoterapi contoh untuk conduct disorder, ADHD, autism, dan gangguan belajar..."(Ds5).

Tindak lanjut dokter menjelaskan ke pasien JKN layanan kesehatan yang dibutuhkan pasien tidak dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, jika pasien JKN menolak penjelasan dan bersikeras maka respon negatif yang dilakukan dokter tetap melakukan layanan walau tidak terklaim. Respon negatif lainnya terapi dengan menggunakan alat dan tindakan masih tetap dilakukan. Terklaim atau tidaknya layanan yang diberikan diserahkan ke RS dan dokter tetap memberikan pelayanan kesehatan dan tidak menolak pasien.

"Penjelasan kepada pasien dan keluarganya tidak bisa dilayani di IGD sebagai pasien BPJS karena diagnosisnya tidak masuk dalam daftar kegawatdaruratan diedukasi untuk ke fasilitas kesehatan tingkat pertama jika pasien memaksa untuk tetap dilayani di IGD, maka layanan tetap bisa diberikan di IGD tetapi harus membayar" (DU 5).

"Karena ada alasan tertentu yang akhirnya dimasukkan ke diagnosis gawat darurat seperti pasien tua, tidak punya keluarga, tidak punya uang dan hanya tahu berobat ke IGD"(Du5).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemahaman tentang penyebab klaim tidak layak bayar lebih diketahui oleh dokter RSJS yang terlibat dalam manajerial RS dan tim yang terkait dengan proses dan evaluasi klaim. Pemahaman yang kurang karena kurangnya informasi penyebab klaim tidak layak bayar dan adanya kendala yang belum terselesaikan seperti aturan penggunaan alat dalam terapi, pelaksanaan terapi yang bukan terapi obat dapat menyebabkan klaim tidak dapat dibayar. Pelayanan kesehatan tetap dilakukan untuk terklaim atau tidaknya itu diserahkan ke pihak RS. Sikap dengan respon negatif ini akan meningkatkan kasus klaim tidak layak bayar di layanan rawat jalan RSJS.

Sikap BPJS Kesehatan

Kebijakan JKN dijadikan acuan dalam menentukan klaim tidak layak bayar berupa Peraturan Presiden (Perpres), Keputusan Presiden (Keppres), Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang dijadikan acuan dalam menentukan klaim tidak layak bayar.

"Permenkes, Surat Edaran Menkes, Keppres, Perpres dan Juknis Verifikasi yang dikeluarkan BPJS dasar acuan kami"(Pb2).

Observasi dokumen dari analisis data penyebab klaim tidak layak bayar penyebab pelayanan medik seperti penulisan diagnosis harus sesuai dengan tulisan diagnosis yang ditetapkan oleh kebijakan JKN, terapi di layanan IGD harus diberikan

terapi bukan obat oral, hal tersebut tidak diatur di dalam kebijakan JKN. Untuk urutan penulisan coding di lembar casemix tidak ada standar operasional prosedurnya. Ada perbedaan pemahaman antara informan BPJS Kesehatan, yaitu tentang satu episode rawat jalan. Verifikator BPJS Kesehatan menyatakan bahwa 1 episode rawat jalan diakhiri dengan pemberian obat. Setelah dikonfirmasi ke BPJS Kesehatan Kota Magelang, satu episode rawat jalan adalah serangkaian pemeriksaan sampai mendapat terapi yang dibutuhkan oleh pasien bukan harus dengan pemberian obat.

"Dalam Permenkes itu ada bunyinya, jadi begini ada serangkaian pemeriksaan dari pemeriksaan dokter pemeriksaan penunjang dan terapi yang dibutuhkan oleh pasien"(Pb1).

Dokter RSJS menyatakan verifikator tidak konsisten, terlalu ketat dalam proses verifikasi serta kompetensi medis verifikator BPJS Kesehatan di RSJS masih kurang dan diharapkan verifikator adalah seorang medis.

"...Tidak konsisten verifikator satu dengan yang lain dan lebih subjektif"(Du3).

"Masih sangat terbatas kemampuannya untuk bidang medis, sehingga disarankan verifikator adalah orang yang tahu medis karena mereka menentukan sendiri, ya-tidaknya, boleh-tidaknya berdasarkan persepsi mereka"(DS 2.)

Peran verifikator BPJS Kesehatan di RSJS cukup berat, yaitu memverifikasi klaim pelayanan sekitar 5000 klaim per bulan di RSJS serta sebagai *customer service* yang memberikan informasi jika ada pasien JKN yang bermasalah tentang persyaratan berhubungan dengan administrasi dan pelayanan medik, hal ini dilakukan oleh 2 orang verifikator.

"...Cuma kurang secara jumlah petugas dengan kuantitas pekerjaannya terlalu banyak, dengan sendirinya dengan kuantitas yang banyak akan menimbulkan kualitas yang dicermati juga kurang, kalau dari segi kompetensinya udah bagus"(D2).

Tindak lanjut yang dilakukan BPJS Kesehatan dengan melakukan *monitoring* dan evaluasi yang berkala. Berupa *feedback* klaim tidak layak bayar ke RSJS tiap bulan, selalu membuka diri untuk berkoordinasi dan membahas klaim tidak layak bayar RSJS dan mengadakan *utilization review* 2 kali/tahun.

Sikap Administrasi RSJS

Administrasi pendaftaran RSJS sudah cukup paham akan persyaratan peserta JKN dan penyebab klaim tidak layak bayar terkait administrasi jika berobat ke RSJS, administrasi RSJS punya *checklist* untuk kelengkapan persyaratan administrasi pasien JKN sehingga dengan *checklist* ini dapat memperkecil resiko tidak lengkapnya persyaratan administrasi yang harus dipenuhi.

"Pertama kali kalau pasien BPJS ke RS itu harus membawa rujukan, untuk pasien baru itu harus ada identitas diri, seperti KK atau SIM atau KTP salah satu kalau kartu BPJS-nya memang

harus dibawa dan harus di fotokopi..." (A2).

Tindak lanjut dilakukan administrasi RSJS untuk meminimalisir terjadinya klaim tidak layak bayar dengan koordinasi berjenjang, berkoordinasi dengan Kepala Unit jika tidak terselesaikan maka Kepala Unit akan berkoordinasi dengan Kepala Instalasi atau unit kerja lainnya. Peserta JKN jika perlu penjelasan lebih lanjut tentang persyaratan administrasi dan pelayanan medis maka administrasi RSJS akan berkoordinasi dengan verifikator BPJS Kesehatan dengan meminta pasien JKN ke verifikator BPJS Kesehatan.

"Ada konfirmasi komplain berjenjang... maksudnya kita ngomong dulu ke Ka Unit, nanti Ka Unit yang menyampaikan ke Ka Instalasi—Ka Instalasi menindaklanjuti..." (A2).

"...Pasien JKN datang ke kami untuk permasalahan mereka" (PB2).

Standar Operasional Prosedur

Hasil analisis data penyebab pelayanan medik yang menyebabkan klaim tidak layak bayar di layanan rawat jalan disebabkan antara lain tulisan diagnosis gawat darurat harus sesuai dengan penulisan diagnosis gawat darurat yang telah ditetapkan, penulisan urutan *coding* di lembar *casemix* berkas klaim. Menurut dokter RSJS dan administrasi RSJS belum adanya standar operasional prosedur yang dapat dijadikan acuan untuk dokter dan *coder* dalam penulisan diagnosis dan penulisan urutan *coding* sehingga dapat menyebabkan klaim itu tidak layak.

PEMBAHASAN

Komunikasi organisasi menggambarkan bagaimana proses penyampaian dan penerimaan pesan terjadi dalam organisasi⁸. Hasil penelitian menunjukkan penerimaan informasi klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan RSJS ke pimpinan RSJS, penyampaian informasi klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan RSJS ke dokter RSJS tidak optimal. Konsep komunikasi pada umumnya hanya menganalisa apakah pesan yang disampaikan komunikator dapat diterima dan dipahami dengan baik oleh komunikan⁹. Konsep komunikasi tentang klaim tidak layak bayar di layanan rawat jalan RSJS tidak berjalan dengan baik karena pesan yang disampaikan ke pemberi layanan sebagai komunikan tidak terjadi.

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam komunikasi yaitu: *transmission* atau cara penyampaian pesan, *clarity* atau kejelasan pesan, dan *consistency/konsistensi*⁷. Komunikasi organisasi mempunyai beberapa arah yaitu komunikasi dari atasan ke bawahan, bawahan ke atasan atau komunikasi yang mengalir pada level yang sama¹⁰. Arah komunikasi dalam menyampaikan informasi klaim tidak layak bayar itu diterima atasan dari bawahan kemudian atasan mengkomunikasikan informasi tersebut ke bawahan kembali yaitu ke pemberi layanan. Komunikasi informasi klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan RSJS dari atas-

an/pimpinan RSJS ke bawahan/pemberi layanan belum terjadi. Cara penyampaian informasi klaim tidak layak bayar di layanan rawat jalan RSJS dengan proses dan alur berjenjang, kejelasan penyampaian pesan pun tidak jelas karena informasi klaim tidak layak bayar berasal dari berbagai sumber unit kerja dan konsistensi komunikasi tidak ada karena penyampaian informasi ke dokter jika ada masalah di pelayanan kesehatan terkait klaim tidak layak bayar.

Komunikasi organisasi dan konsep komunikasi tentang klaim tidak layak bayar di layanan rawat jalan RSJS belum berjalan, cara penyampaian pesan yang berjenjang, kejelasan sumber informasi yang tidak jelas dan tidak konsisten, maka akan memberikan respon negatif dan menyebabkan klaim tidak layak bayar akan meningkat di layanan rawat jalan RSJS.

Tiga bentuk sikap/respon *implementor*, yaitu: a) kesadaran pelaksana, b) petunjuk/arahan pelaksana untuk merespon program ke arah penerimaan atau penolakan, c) intensitas dari respon tersebut⁷. Sikap dapat diposisikan sebagai hasil evaluasi terhadap obyek yang diekspresikan ke dalam proses kognitif, afektif (emosi), dan perilaku¹¹. Mengidentifikasi sikap sebagai kesediaan untuk bereaksi secara positif atau secara negatif terhadap obyek-obyek tertentu⁹.

Kesadaran pelaksana sesuai dengan pemahaman yang berkaitan dengan apa yang diketahui dan dipelajari. Pemahaman pimpinan RSJS, dokter umum RSJS, administrasi RSJS, BPJS Kesehatan tentang klaim tidak layak bayar dan penyebabnya cukup paham, kecuali dokter spesialis RSJS kurang paham karena lebih fokus terhadap pelayanan dan kurang mendapatkan informasi klaim tidak layak bayar.

Petunjuk pelaksana untuk merespon adanya klaim tidak layak bayar berupa kebijakan JKN, tetapi arahan untuk melaksanakan kebijakan JKN terkait aturan yang dapat menyebabkan klaim tidak layak bayar belum pernah ada. Pelaksana/pemberi layanan kesehatan di RSJS adalah dokter. Dokter RSJS tidak pernah tahu secara pasti apa penyebab klaim tidak layak bayar di RSJS karena belum ada arahan yang dilakukan secara rutin dari pimpinan RSJS. Adanya kendala dalam pemberian pelayanan kesehatan belum ada penyelesaiannya, ada ketidakpedulian dokter terhadap klaim tidak layak bayar, yang terpenting bagi dokter pasien terlayani dan tidak menolak pasien merupakan respon negatif yang dilakukan oleh dokter. Profesi kedokteran dituntut untuk berbuat yang terbaik dalam memberikan pelayanan kesehatan⁹. Hal ini dapat meningkatkan klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan RSJS.

Tindak lanjut yang dilakukan oleh pimpinan RSJS untuk mengatasi penyebab klaim tidak layak bayar dan antisipasi kerugian akibat klaim tidak layak bayar sudah mulai dilakukan dan proses penyelesaian kendala pemberian layanan kesehatan terkait aturan JKN telah ditindaklanjuti pimpinan RSJS walau masih dalam proses. Hal ini merupa-

kan respon positif yang dilakukan pimpinan RSJS terhadap klaim tidak layak bayar dan dapat meminimalisir klaim tidak layak bayar di layanan rawat jalan RSJS.

Sikap administrasi RSJS untuk merespon adanya klaim tidak layak bayar secara administrasi tentang persyaratan peserta JKN sangat jelas dan ditambah adanya *checklist* untuk kelengkapan persyaratan peserta JKN yang berobat. Hal ini merupakan respon positif dari administrasi RSJS dan dapat meminimalisir klaim tidak layak bayar di RSJS.

Sikap verifikator BPJS dalam menentukan klaim tidak layak bayar Kesehatan mengacu pada kebijakan JKN. Pemahaman verifikator yang digunakan jika tidak ada kebijakan dan tidak ada standar operasional prosedur dalam menetapkan klaim tidak layak bayar. Berkas klaim yang diverifikasi adalah berkas klaim yang terkait dengan pelayanan medis, sehingga verifikator harus paham tentang medis. Pemahaman yang kurang tentang medis menyebabkan inkonsistensi, terlalu ketat dalam proses verifikasi. Hal ini akan meningkatkan klaim tidak layak bayar di RSJS walaupun tindak lanjut dalam penyampaian aturan dan perubahan aturan JKN serta *monitoring* evaluasi klaim tidak layak bayar telah dilakukan.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan, maka dapat diambil kesimpulan antara lain: a) Penyebab klaim tidak layak bayar terbanyak disebabkan oleh penyebab pelayanan medik yaitu satu episode rawat jalan, satu episode rawat inap, dan diagnosis bukan gawat darurat; b) Perbedaan penyebab klaim tidak layak bayar dari data BPJS Kesehatan dan data rekam medis yaitu diagnosis gawat darurat dan dua episode rawat jalan/rawat inap; c) belum adanya standar operasional prosedur untuk penyebab medik klaim tidak layak bayar dapat menyebabkan peningkatan klaim tidak layak bayar.

Dari kesimpulan tersebut, maka disarankan untuk sosialisasi penyebab klaim tidak layak dan tindak lanjut secara detail dengan pertemuan berkala/rutin ke semua dokter yang berhubungan dengan pelayanan, kelompok staf medik, komite medik, dan unit-unit kerja di RSJS serta ke petugas administrasi RSJS. Selain itu, disarankan pula RSJS membuat standar operasional prosedur tentang penulisan *coding* dan penulisan diagnosis pada lembar *casemix* berkas klaim.

REFERENSI

1. Thabrany, H. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Rajawali Pers. 2014.
2. Pamjaki. *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B*. 2014.
3. Chakravarty A. *Evaluation of Service Quality of Hospital Outpatient Department Services*, Med J Armed Forces India. 2011; 67 (3): 221–4.
[https://doi.org/10.1016/S0377-1237\(11\)60045-2](https://doi.org/10.1016/S0377-1237(11)60045-2)
4. Ilyas Y. *Mengenal Asuransi Kesehatan Review Utilisasi Manajemen Klaim & Fraud*. 2nd ed. Jakarta: FKM Universitas Indonesia. 2011.
5. Tienken S. *Best Practices in Denial Management: A Step-by-Step Guide for Beginners*. London: Sage Publications. 2010.
6. Sastrianegara MF. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan: Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Medika. 2014.
7. Edwards III, George. *Implementing Publik Policy*. Washington Congressinal, Quartelyp Inc. 1980.
8. Rudianti Y, *Hubungan Komunikasi Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Salah Satu Rumah Sakit Swasta Surabaya*. Jurnal Elektronik. 2011. lontar.ui.ac.id
9. Paramita, W. *Analisis Faktor Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi, dan Struktur Organisasi pada Implementasi Kebijakan Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana Bidang Pendidikan di Kabupaten Tasikmalaya dan Cianjur*. [Tesis] Program Studi Ilmu Administrasi UI, Jakarta. 2012.
10. Matzler K, Renzl B. *Personality Traits, Employee Satisfaction and Affective Commitment*. Total Quality Management & Business Excellence, 2007; 18 (5): 589–98.
11. Eagly AH, Chaiken S. *The Psychology of Attitudes*, Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers. 2013.