

SKRIPSI

**FAKTOR PENYEBAB PENDINGKLAIM BPJS KESEHATAN
DI RUMAH SAKIT RAFFLESIA BENGKULU
TAHUN 2024**

ABEL EKA PRASETYA
NIM : 202004006

**PRODI SARJANA REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2024**



SKRIPSI

**FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN
DI RUMAH SAKIT RAFFLESIA BENGKULU TAHUN 2024**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Program Studi
Sarjana Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan**

ABEL EKA PRASETYA
NIM: 202004006

**PRODI SARJANA REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2024**

HALAMAN PENGESAHAN

**FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN
DI RUMAH SAKIT RAFFLESIA BENGKULU
TAHUN 2024**

OLEH

**Abel Eka Prasetya
202004006**

**Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji
Skripsi Stikes Sapta Bakti
Pada Tanggal
Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima**

Pembimbing

Anggia Budiarti, S.Kep, M.Kes

Penguji I

Penguji II

Djusmalinar, SKM, M.Kes

Khairunnisyah, M.Kom

Bengkulu,

**Mengetahui
Ketua Stikes Sapta Bakti**

**Hj. Djusmalinar, SKM, M.Kes
NIK. 2008.02**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : **ABEL EKA PRASETYA**
NIM : 202004006
Program Studi : S1 Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya tulis sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran sayas endiri.

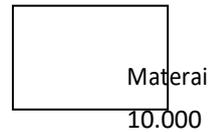
Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Proposal Skripsi ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui

Bengkulu, Agustus 2024

Dosen Pembimbing,

Yang Membuat Pernyataan,



ANGGIA BUDIARTI, S.Kep. M.Kes

ABEL EKA PRASETYA

FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT RAFFLESIA KOTA BENGKULU

ABSTRAK

xvii Halaman Awal+31 Halaman Inti+6 Lampiran
Abel Eka Prasetya, Anggia Budiarti

Masalah: Pending Klaim di karenakan kesalahan entri data, kesalahan dalam memasukkan kode penyakit saat pengajuan klaim, ini bisa terjadi karena human error atau ketidakpahaman kode ICD yang digunakan, perubahan kode seperti kode ICD diperbarui secara berkala, jika ada perubahan kode yang belum diketahui dan dipahami oleh petugas administrasi, bisa menyebabkan klaim tertunda.

Tujuan: Diketahui Penyebab Terjadinya Pending Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu.

Metode: Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif yang bertujuan untuk mengetahui faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu, menggunakan metode penelitian deskriptif, dengan Sampel penelitian ini adalah Total Sampling 75 berkas pending klaim pasien rawat inap bulan Januari dan April Tahun 2024.

Hasil: Dari 75 berkas ketidangelengkapan administrasi, pada bulan Januari terdapat 11 berkas yang tidak lengkap kelengkapan administrasi karena diagnosa penyakit 4 (36%), diagnosa tindakan 2 (18%), hasil PA 5 (45%), bulan Februari 10 berkas, tidak lengkap diagnosa penyakit 3 (30%), diagnosa tindakan 1 (10%), hasil PA 6 (60%), bulan Maret 13 berkas, tidak lengkap diagnosa penyakit 1 (7,6%), diagnosa tindakan 3 (23%), hasil PA 9 (69,3%), dan pada bulan April 2 berkas, tidak lengkap diagnosa penyakit 1 (50%) dan hasil PA 1 (50%), dan Dari 75 Berkas terdapat 25 (33,4%) berkas yang tidak tepat ketepatan kode diagnosa.

Saran: Diharapkan dapat menjadi masukan terhadap petugas casemix agar meminimalisir kesalahan dalam administrasi dan pengkodean diagnosa/tindakan yang mengakibatkan pending klaim BPJS Kesehatan.

Kata kunci: Kelengkapan Administrasi, Ketepatan Kode Diagnosa atau Tindakan, Pending Klaim BPJS.

Referensi : 2019-2024

**FACTORS CAUSING PENDING HEALTH BPJS CLAIMS
AT RAFFLESIA HOSPITAL IN BENGKULU CITY**

ABSTRACT

*xvii Home Page+31 Core Page+ 6 Attachments
Abel Eka Prasetya, Anggia Budiarti*

Problems: Pending Claims are due to data entry errors, errors in entering disease codes when submitting claims, this can occur due to human error or not understanding the ICD code used, code changes such as ICD codes are updated regularly, if there are code changes that are not yet known and understood by administrative staff, it can cause claims to be delayed.

Objective: Known Causes of Pending BPJS Health Claim Files at Rafflesia Hospital Bengkulu.

Methods: The type of research used is quantitative which aims to determine the factors causing pending BPJS Health claims for inpatients at Rafflesia Hospital Bengkulu, using descriptive research methods, with the sample of this study being Total Sampling 75 files of pending claims for inpatients in January and April 2024.

Results: Of the 75 incomplete administrative files, in January there were 11 files with incomplete administrative completeness due to 4 disease diagnoses (36%), 2 action diagnoses (18%), 5 PA results (45%), in February 10 files, incomplete disease diagnoses 3 (30%), 1 action diagnosis (10%), PA results 6 (60%), in March 13 files, incomplete disease diagnosis 1 (7.6%), action diagnosis 3 (23%), PA results 9 (69.3%), and in April 2 files, incomplete disease diagnosis 1 (50%) and PA results 1 (50%), and of the 75 files there were 25 (33.4%) files that were not accurate diagnosis code accuracy.

Suggestion: It is hoped that it can be an input for casemix officers to minimise errors in administration and coding of diagnoses/actions that result in pending BPJS Health claims.

Keywords : Completeness of Administration, Accuracy of Diagnosis or Action Codes, Pending BPJS Claims.

Reference: 2019-2024

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga Skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan pada Program Studi Serjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Sekolah Tinggi Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu.

Skripsi ini disusun dengan bantuan dari beberapa pihak, oleh sebab itu pada kesempatan ini secara khusus penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang tak terhingga kepada bunda Hj. Anggia Budiarti, S. Kep, M.Kes selaku pembimbing, yang bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing dan mengawasi penulis dalam mengerjakan skripsi ini secara telaten dan penuh kesabaran.

Selain itu penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bunda Hj. Djusmalinar, SKM, M.Kes selaku Ketua STIKes Sapta Bakti dan selaku penguji I, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Serjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKes Sapta Bengkulu.
2. Bunda Khairunnisyah, M.Kom Selaku penguji II, yang telah membantu untuk mendapatkan fasilitas dan dorongan moril dalam menyelesaikan Skripsi.
3. Segenap Dosen STIKes Sapta Bakti Bengkulu yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis.
4. Teristimewa untuk Orang Tua penulis yang tercinta yang selalu menjadi penyemangat penulis, yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta dan selalu memberia do'a, mendidik dengan penuh kesabaran, memberikan dukungan moral dan material selama ini untuk keberhasilan putranya.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Mengingat keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki oleh penulis, maka penulis mengharapkan pembaca dapat memberikan kritik dan saran yang dapat mengembangkan penelitian selanjutnya.

Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati, penulis memohon maaf atas kekurangan tersebut. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis sendiri maupun pembaca, khususnya mahasiswa/mahasiswi STikes Sapta Bakti Bengkulu.

Bengkulu, 29 Agustus 2024

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat penelitian	7
E. Keaslian Penelitian	8
BAB II TINJAUAN TEORI	9
A. Rumah Sakit	9
B. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)	10
C. Klaim BPJS Kesehatan	11
D. Persyaratan Pengajuan Klaim	12
G. Konsep Pengkodingan	13
H. Faktor Penyebab Pending Berkas Klaim BPJS	17
I. Kerangka Teori	19
J. Kerangka Konsep	19
BAB III METODE PENELITIAN	20
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	20
B. Subjek Penelitian	21
C. Definisi Operasional	21
D. Instrumen Penelitian	22
E. Lokasi dan Waktu Penelitian	22
F. Teknik Pengumpulan Data	22
G. Pengolahan Data	23
H. Analisa Data	23
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	24
A. Jalannya Penelitian	24
B. Keterbatasan Penelitian	25
C. Hasil Penelitian	26

D. Pembahasan	27
BAB V PENUTUP	32
A. Kesimpulan.....	32
B. Saran	32
DAFTAR PUSTAKA	34
L A M P I R A N	36

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data pending Klaim Menggunakan SIMRS	5
Tabel 1. 2 Keaslian Penelitian.....	8
Tabel 3. 1 Definisi Operasional	21

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori.....	19
Gambar 2. 2 Kerangka Konsep	19
Gambar 3. 1 Rancangan Penelitian	20

DAFTAR SINGKATAN

Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
INA-CBG's	: Indonesia Case Base Groups
ICD	: International Classification of Diseases
SDM	: Sumber Daya Manusia
SEP	: Surat Eligibilitas Peserta
DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
FASKES	: Fasilitas Kesehatan
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
SIMRS	: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
PA	: Pemeriksaan Akhir

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan	37
Lampiran 2 Surat Komite Etik Penelitian	38
Lampiran 3 Surat Izin Penelitian	39
Lampiran 4 Surat Izin dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik	40
Lampiran 5 Ketepatan Kode Diagnosa atau Tindakan	41
Lampiran 6 Kelengkapan Berkas Administrasi	42

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes Republik Indonesia No 3 Tahun 2020). Rumah sakit harus melakukan pencatatan terhadap proses pelayanan yang diberikan kepada pasien sebagai bukti pelayanan yang telah diberikan. Menurut permenkes 24 tahun 2022 rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan hasil dari pelayanan kesehatan yang sudah diberikan kepada pasien akan digunakan untuk pengajuan klaim.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien oleh pihak rumah sakit kepada BPJS Kesehatan dilakukan secara kolektif dan ditagihkan setiap bulan kepada pihak BPJS. Perjanjian kerja sama antara Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu dengan BPJS Kesehatan, pengajuan Klaim BPJS dilakukan selambat-lambatnya tanggal 10 setiap bulan berikutnya dan BPJS kesehatan wajib membayar kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim tersebut diterima dengan lengkap (BPJS Kesehatan, 2016). Rumah sakit wajib untuk melengkapi dokumen klaim BPJS sebelum diserahkan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan pengganti biaya perawatan sesuai dengan tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA CBG's).

Aplikasi E-Klaim (INA CBG's) adalah aplikasi yang digunakan sebagai aplikasi pengajuan klaim rumah sakit, puskesmas, dan semua penyedia pelayanan kesehatan. Menurut Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 Tentang BPJS Kesehatan melakukan pembayaran

kepada rumah sakit menggunakan INA CBG's dan rumah sakit harus menggunakan versi yang terbaru.

Menurut Permenkes Nomor 6 Tahun 2022, JKN adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar pemerintah. JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), pelaksanaan BPJS seperti halnya asuransi kesehatan yaitu bekerja sama dengan fasilitas kesehatan baik puskesmas, klinik, ataupun rumah sakit. Sebagai bentuk pelayanan kesehatan. BPJS memudahkan masyarakat dalam pengobatan ataupun pemeriksaan di rumah sakit dengan biaya pengobatan di tanggung oleh pihak BPJS. Setiap rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS akan menerima penggantian biaya oleh pihak BPJS setelah klaim diajukan, dengan penagihan biaya pelayanan melalui aplikasi E-Klaim (INA CBG's).

Sistem pembayaran INA-CBG's menggunakan klaim yang nantinya akan dibayarkan BPJS Kesehatan. Dalam pengajuan berkas klaim dilakukan 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. Dokumen klaim yang harus dilengkapi menurut teknis verifikasi (2018) yaitu SEP, surat perintah rawat, resume medis yang ditanda-tangani oleh DPJP, kuitansi pembayaran dan bukti pelayanan lainnya.

Dalam pelaksanaan pengajuan klaim, BPJS kesehatan akan melakukan persetujuan klaim setelah dipastikan kesesuaian diagnosa dan prosedur berdasarkan ICD-10 dan ICD-9 cm lalu melakukan pembayaran untuk berkas yang layak, tetapi untuk berkas yang tidak layak klaim harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali dan dilengkapi kekurangannya (Nurdiah, 2018).

Menurut penelitian (Johanna, 2024) dengan judul "faktor penyebab pending klaim BPJS rawat inap Di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan" penyebab tersering dari pengembalian berkas klaim adalah karena ketidaklengkapan berkas klaim BPJS Di RSUD Dr. Pirngadi yaitu, tidak sesuai atau tidak dapat lengkapnya pengisian item-item didalam pengisian rekam medis pasien seperti ketidaksesuaian antara diagnosis dengan resume medis, kemudian terapi yang diberikan tidak sesuai dengan diagnosa, sehingga memperlambat proses pengajuan klaim BPJS selain itu terdapat perbedaan pemahaman mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak rumah sakit dengan pihak verifikator BPJS juga mempengaruhi pending klaim dan juga dijumpai Ketidaklengkapan lembar formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena berdasarkan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim rumah sakit untuk dilengkapi atau diperbaiki. Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan menunjukkan kurangnya berkas penunjang. Administrasi pelayanan menunjukkan diagnosa dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai.

Berdasarkan hasil penelitian (Irmawati, 2018) "penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap ditinjau dari syarat-syarat pengajuan klaim" Ketidaklengkapan lembar formulir-formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena berdasarkan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya buktibukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki. Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan, kurangnya berkas penunjang

administrasi pelayanan menunjukkan diagnosa dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai.

Dari penelitian yang dilakukan (wayan, 2021) dengan judul “analisis penyebab pending klaim BPJS kesehatan rawat inap di RSUD Dr. R.M Djoelham binjai” Pending klaim terjadi karena ketidaksesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis pasien, seperti ketidaksesuaian antara diagnosis dengan resume medis, kemudian terapi yang diberikan tidak sesuai dengan diagnose yang ada yang telah dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak Verifikator internal rumah sakit dengan pihak verifikator BPJS Kesehatan juga mempengaruhi pending klaim. Permasalahan Pending klaim pasien rawat inap BPJS yang terjadi di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai menyebabkan keterlambatan pembayaran jasa medik yang berdampak pada kinerja pegawai RS sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah sakit. Kemudian aliran dana kas Rumah Sakit juga terganggu karena pembayaran yang seharusnya terklaim tidak sesuai seharusnya.

Pada saat proses klaim BPJS, administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan INA CBG's yang mana pembayaran dilakukan berdasarkan kelompok penyakit. Pembayaran dengan INA CBG's harus melalui tahap verifikasi berkas. Klaim yang diajukan fasilitas kesehatan terlebih dahulu harus dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan untuk menguji kebenaran administrasi demi menjaga mutu pelayanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan.

Verifikator BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi berkas lewat klaim BPJS yang diajukan oleh fasilitas Kesehatan yang tujuannya untuk menguji kebenaran pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien BPJS Kesehatan guna untuk menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Jika ditemukan adanya klaim yang tidak layak

atau pending, maka pihak BPJS tidakakan melakukan pembayaran untuk klaim tersebut (Nurdiah, 2016). Fasilitas kesehatan Rumah Sakit, berkewajiban untuk melengkapi dokumen klaim BPJS sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBG's) (Susan, 2016).

Berdasarkan hasil surveipada tanggal 27 juni 2024 di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu, dari hasil wawancara pada salah satu petugas casemix yang menangani berkas klaim pasien BPJS diketahui bahwa pengajuan klaim dilakukan pada setiap bulan. Berikut ini adalah data dari berkas yang diajukan, dikembalikan, dan rata-rata pada bulan Januari-Aprilsebelum dan sesudah menggunakan SIMRS pada rumah sakit Rafflesia Bengkulu :

Tabel 1. 1Data pending Klaim Menggunakan SIMRS di Rumah Sakit Rafflesia Bulan Januarai-April Tahun 2024

Pending klaim menggunakan SIMRS			
Bulan	Jumlah yang diajukan	Jumlah yang pending	Rata-rata
Januari	536 Berkas	27 Berkas	5,0%
Februari	492 Berkas	19 Berkas	3,8%
Maret	466 Berkas	22 Berkas	4,7%
April	580 Berkas	7 Berkas	1,2%
Total	2.074 Berkas	75 Berkas	

Data klaim di RS Rafflesia Bengkulu menunjukkan bahwa pengajuan klaim BPJS dari bulan Januari sampai April 2024 sudah melakukan klaim sebanyak 2.074 berkas klaim yang diajukan dan berkas yang dikembalikan sebanyak 75 berkas klaim BPJS, dari tabel diatas diperoleh data pending klaim setelah menggunakan SIMRS berdasarkan kasus, penyakit infeksi dan parasit berjumlah 4 kasus (5,3%) karena salah dalam pengkodingan, sistem imun 3 kasus (4,0%) salah dalam pengkodingan,endokrin dan metabolik 4 kasus (5,3%) karena kurangnya tatalaksana dan data pendukung, sistem pernafasan 4 kasus (5,3%) karena kesalahan pengkodingan.

Berdasarkan hasil wawancara dari salah satu petugas *casemix*, pending klaim ini selalu terjadi setiap bulannya yang mana ini dikarenakan kesalahan entri data, kesalahan dalam memasukkan kode penyakit saat pengajuan klaim, ini bisa terjadi karena human error atau ketidakpahaman mengenai kode ICD yang digunakan, perubahan kode ICD seperti kode ICD diperbarui secara berkala, sehingga jika ada perubahan kode yang belum diketahui atau dipahami oleh petugas administrasi, bisa menyebabkan klaim tertunda. Interpretasi yang berbeda antara tenaga medis yang memberikan kode dan perusahaan asuransi yang memproses klaim bisa menyebabkan klaim tertunda. Proses verifikasi dan validasi data oleh perusahaan asuransi untuk memastikan bahwa kode penyakit yang diberikan sesuai dengan diagnosis yang tercatat. Ketidakterediaan sistem informasi yang terintegrasi antara rumah sakit dan perusahaan asuransi dapat menyebabkan kesalahan atau ketidakakuratan data yang diterima. Untuk mengatasi masalah ini, penting untuk melakukan pelatihan yang berkala bagi tenaga medis dan staf administrasi, menggunakan sistem informasi yang terintegrasi, serta memastikan bahwa semua dokumentasi yang diperlukan tersedia dan akurat.

Dampak dari pending berkas rekam medis yang akan diklaim oleh pihak verifikator bagi rumah sakit ialah memperlambat proses pembayaran klaim sehingga rumah sakit harus memprioritaskan pembayaran tagihan-tagihan penting terlebih dahulu dan juga berkas klaim yang tidak lolos klaim atau pending akan mempengaruhi kualitas dari SDM rumah sakit tersebut. Kebijakan ini mempengaruhi kualitas pelayanan di rumah sakit (Anyaprita, 2020). Selain itu juga menimbulkan masalah pada penggajian karyawan, pembayaran pelayanan medis spesialis, ketersediaan obat, dan pemeliharaan pembiayaan fasilitas rumah sakit dan peralatan medis pembiayaan fasilitas rumah sakit dan peralatan medis.

Dilihat dari masalah pada pra penelitian diatas, peneliti tertarik untuk mengambil judul **“Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu”**

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu **“Apa Saja Penyebab Pending Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu”**.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui **“Penyebab Terjadinya Pending Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu”**.

2. Tujuan Khusus

a. Diketahui **“faktor penyebab pending klaim berdasarkan kelengkapan administrasi Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu”**.

b. Diketahui **“faktor penyebab pending klaim berdasarkan ketepatan dalam pemberian kode diagnosa atau kode tindakan di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu”**.

D. Manfaat penelitian

1. Bagi Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu

Sebagai bahan masukan dan evaluasi upaya mengatasi pending klaim BPJS Kesehatan dan meminimalisir terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan.

2. Bagi Stikes Sapta Bakti

Sebagai literatur dan referensi yang dapat digunakan sebagai penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan tentang klaim BPJS Kesehatan.

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Sebagai acuan dan pertimbangan bagi mahasiswa rekam medis dalam melakukan penelitian selanjutnya.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 2 Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian dan Penulisan	Variabel Penelitian	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian
1	Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD DR.RM DJOELHAM BINJAI	Pelaksanaan prosedur Penyebab pending Dampak dari Upaya dari masalah pending klaim	Kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	Pending klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai terjadi karena ketidaksesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis pasien, seperti ketidaksesuaian antara diagnosis dengan resume medis, kemudian terapi yang yang diberikan tidak sesuai dengan diagnose yang ada yang telah dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP). mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak Verifikator internal rumah sakit dengan pihak verifikatorBPJS Kesehatan juga mempengaruhi pending klaim.
2	Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga	Berkas tidak lengkap Koding Pemeriksaan koding	Kuantitatif desain cross-sectional	Status Klaim Layak yaitu klaim sudah diterima oleh sistem klaim, menandakan klaim sudah di proses dan klaim sudah sesuai.Status Klaim Tidak Layak atau Pending ialah klaim pending yang terjadi apabila berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit belumlengkap.Status Klaim Dispute terjadi jika dari hasil verifikasi klaim yang diajukan Rumah Sakit terdapat ketidaksesuaian atau ketidaksepakatan yang menyangkut pelayanan atau tindakan klinis sehinggaharus diselesaikan oleh Provinsi atau Daerah bersama organisasi profesi melalui Tim Penyelesaian Klaim Dispute di daerah tersebut.Pending Klaim Rumah Sakit Universitas Airlangga.
3	Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap di RSUD DR. PIRNGADI KOTA MEDAN	SDM, Sarana dan Prasarana, Perencanaan, Penyebab, Pending Klaim	Deskriptif kualitatif	Pending klaim BPJS di RSUD Dr. Pirngadi dikarenakan ketidaklengkapan persyaratan klaim, diagnosa tidak sesuai tindakan, obat tidak sesuai diagnosa yang disebabkan petugas yang jarang melakukan pengecekan rutin dokumen rekam medis.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes Republik Indonesia No 3 Tahun 2020). Rumah sakit adalah semua sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, tindakan medik 24 jam melalui upaya kesehatan perorangan (Departemen Kesehatan Indonesia 2007).

2. Fungsi Rumah Sakit

Dalam pasal 5 Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009. Tentang rumah sakit menjelaskan mengenai fungsi rumah sakit sebagai berikut:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan penelitian kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan pendidikan dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dalam memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

B. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

1. Pengertian BPJS

Menurut UU Nomor 24 Tahun 2011 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terbagi menjadi dua yaitu BPJS Kesehatan Dan BPJS Ketenaga Kerjaan.

2. Tugas BPJS

Menurut UU Nomor 24 Tahun 2011 :

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta,
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberikerja,
- 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 dan
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat

3. Fungsi BPJS

Menurut UU Nomor 24 Tahun 2011, BPJS Kesehatan sebagaimana dalam pasal 5 ayat (2) huruf a berfungsi :

- a. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undnagan jaminan sosial nasional,
- b. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah,
- c. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan,

- d. Menegakkan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajiban,
- e. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan,
- f. dan melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan jaminan sosial.

C. Klaim BPJS Kesehatan

Klaim BPJS adalah sebuah permintaan atau pengajuan biaya perawatan pasien yang dibuat oleh pelayanan kesehatan kepada pihak BPJS Kesehatan (risky joko, 2017). Proses administrasi klaim BPJS menggunakan INA-CBG's. Administrasi Klaim INA-CBG's adalah rangkaian proses penyiapan berkas atau dokumen pelayanan yang diajukan dengan pengajuan klaim oleh rumah sakit. Ketentuan yang berkaitan proses klaim :

- a. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiapbulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi tidak perlu diajukan klaim oleh BPJS Kesehatan.
- b. BPJS Kesehatan waib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di kantor BPJS Kesehatan.
- c. Pada kasus tertentu, tim kendali mutu dan kendali biaya dapat meminta informasi tentang identitas diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan, dan riwayat pengobatan dalam bentuk salinan/fotocopy rekam medis kepada fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan.
- d. Kadaluarsa klaim; klaim kolektif fasiitas kesehatan, baik tingkat maupun tingkat lanjutan adalah 2 tahun. Diatur ulang dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018

Tentang Jaminan Kesehatan bahwa kadaluarsa Klaim menjadi 6 bulan.

- e. Klaim yang diajukan kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS-Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut:
 - 1) Formulir Pengajuan klaim rangkap tiga
 - 2) Kwitansi asli bermaterai
 - 3) Berkas pendukung masing-masing pasien terdiri dari:
 - a) SEP, surat perintah rawat inap,
 - b) Resume medis yang di tandatangani oleh DPJP,
 - c) Bukti pelayanan lain yang di tandatangani oleh DPJP.

Kelengkapan persyaratan klaim BPJS penting diperhatikan agar klaim yang diajukan dapat lolos verifikasi. Oleh sebab itu diperlukan analisis kualitatif dan kuantitatif sebelum berkas diajukan ke BPJS Kesehatan.

D. Persyaratan Pengajuan Klaim

Klaim pelayanan kesehatan Rumah Sakit harus diajukan paling lambat tanggal 10 dan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim. Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan No 7 Tahun 2018 Pasal 20, Kelengkapan berkas klaim tersebut terdiri dari:

- a. Lembar Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang ditandatangani oleh peserta/keluarga atau cap jempol tangan peserta,
- b. Resume medis yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP),
- c. Laporan tindakan, prosedur atau laporan operasi,
- d. Hasil pemeriksaan penunjang, apabila dilakukan,
- e. Surat perintah rawat inap,
- f. Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan Rumah Sakit,
- g. Checklist klaim rumah sakit dan,

- h. Iuran sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan.

F. Berkas Administrasi Klaim

Pengajuan klaim RITP atas pelayanan yang sudah diberikan kepada peserta pada bulan sebelumnya diajukan secara kolektif setiap bulan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama kepada Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan, dengan menyampaikan kelengkapan administrasi umum sesuai poin A.5. dan kelengkapan lain sebagai berikut:

1. Rekapitulasi pelayanan, yang terdiri dari:
 - a. Nama penderita;
 - b. Nomor RM;
 - c. Alamat dan nomor telepon pasien;
 - d. Diagnosa penyakit;
 - e. Tindakan yang diberikan;
 - f. Tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan;
 - g. Jumlah hari rawat;
 - h. Hasil pemeriksaan;
 - i. Jumlah tagihan paket rawat inap tingkat pertama (besaran tarif paket dikalikan jumlah hari rawat); Perhitungan hari rawat adalah tanggal keluar dikurangi tanggal masuk.
 - j) Jumlah seluruh tagihan
2. Berkas pendukung masing-masing pasien
 - a. Salinan identitas peserta BPJS Kesehatan
 - b. Surat perintah rawat inap dari Dokter.

G. Konsep Pengkodean

1. Definisi Koding

Kodefikasi diagnosa (coding) merupakan kegiatan mengubah diagnosis penyakit menjadi kode yang terdiri dari huruf dan angka. Kegiatan yang dilakukan dalam coding salah satu diantaranya yaitu kegiatan pengodean diagnosis penyakit dan pengodean tindakan medis. Kodefikasi atau pengodean (coding)

dalam rekam medis merupakan salah satu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau dengan angka ataupun kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data (Nurjannah, 2022).

2. Langkah-langkah Koding

Menurut Permenkes RI No 27 tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem indonesian case base groups (INA-CBG's) :

- a. Identifikasi tipe pertanyaan yang akan dikode dan lihat di buku ICD volume 3 (alphabetical index). Jika pernyataannya adalah penyakit atau cedera atau lainnya diklasifikasikan dalam bab 1-9 dan 21 (section I volume 3). Jika pertanyaannya adalah penyebab luar cedera diklasifikasikan pada bab 20 (section II volume3).
- b. Tentukan lead term, untuk penyakit dan cedera biasanya biasanya adalah kata benda untuk kondisi patologis. Namun, beberapa kondisi dijelaskan dalam kata sifat atau dimasukkan dalam index sebagai lead term.
- c. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.
- d. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi bawah lead term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum.
- e. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang ("see" dan "see also") yang ditemukan dalam index
- f. Cek ketetapan kode yang dipilih pada volume 1. Untuk kategori 3 karakter dengan .- (poin dash) berarti ada karakter ke 4 yang harus ditentukan pada volume 1 karena tidak terdapat dalam index.
- g. Baca setiap inclusion atau exclusion dibawah kode yang dipilih atau bab dibawah blok atau dibawah judul kategori.
- h. Tentukan kode.

3. Ketepatan kode diagnosa

Ketepatan kode diagnosa merupakan penulisan kode diagnosa penyakit yang dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-10. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi. Lengkap sesuai aturan klasifikasi yang digunakan. Bila kode mempunyai 3 karakter dapat diasumsikan bahwa kategori tidak dibagi. Sering kali bila kategori dibagi, kode nomor pada indeks akan memberikan 4 karakter. Suatu *dash* pada posisi ke-4 (mis. A09,-) mempunyai arti bahwa kategori telah dibagi dan katakter ke-4 yang dapat ditemukan dengan merujuk ke daftar tabular. Sistem *dagger* (†) dan *asterisk* (*) mempunyai aplikasi pada istilah yang akan diberi dua kode (WHO, 2010).

Sistem pengkodean yang digunakan di Indonesia adalah ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision*) yaitu tentang klasifikasi statistik internasional tentang penyakit dan masalah kesehatan berisi pedoman untuk merekam dan memberi kode penyakit (WHO, 2010). Kode klasifikasi yang kurang rinci dan masalah terkait penyakit dan masalah terkait kesehatan dapat menyebabkan terjadinya kesalahan dalam menetapkan suatu kode. Dalam buku ICD-10 volume 2 dijelaskan bahwa penentuan subkategori atau karakter ke-4 digunakan untuk mengidentifikasi, misalnya lokasi atau variasi tempat yang berbeda apabila subkategori atau karakter ke-3 nya menunjukkan satu jenis penyakit atau untuk penyakit individu jika kategori ke-3 nya merupakan kelompok kondisi penyakit.

Kode karakter ke-4 pada ICD-10 merupakan kode tambahan. Sesuai dengan aturan yang ada di dalam ICD-10 kode tambahan wajib dicantumkan pada diagnosa utama. Dengan adanya karakter ke-4 akan menghasilkan kode yang spesifik dan akurat.

Keakuratan pemberian kode diagnosa merupakan hal yang penting yang harus diperhatikan oleh tenaga rekam medis. Karakter ke-4 digunakan untuk menyampaikan kondisi yang belum jelas atau untuk menyampaikan kondisi pada karakter ke-3 tanpa adanya informasi tambahan. Ketidakkuratan pengukuran pada masalah ini dapat mempengaruhi indeks pencatatan penyakit, pelaporan morbiditas dan mortalitas, pembiayaan klinis.

Pemberian kode diagnosis pada berkas rekam medis harus dilakukan dengan sangat teliti tepat, dan akurat sesuai dengan kode diagnosa yang ada dalam ICD-10. Jika terjadi kesalahan dalam memberikan kode akan berdampak buruk bagi pasien maupun rumah sakit (Rusliyanti, 2016)

4. Ketepatan Kode Tindakan

Ketepatan kode tindakan merupakan penulisan kode diagnosa tindakan dengan klasifikasi yang ada di dalam ICD-9. Kode dianggap tepat dan akurat bila sesuai dengan kondisi pasien dengan segala tindakan yang terjadi tertulis pada lembar resume medis.

International Classification of Diseases, 9 th Revision, Clinical Modification (ICD-9 CM) merupakan bagian dari ICD 9-CM yang digunakan untuk mengklasifikasikan kode prosedur tindakan medis. Didalamnya termasuk prosedur untuk diagnosa medik, prevensi, terapi radiologi, drugs, tindakan pembedahan dan pemeriksaan laboratorium. ICD-9 CM terdiri dari 3 volume, yaitu :

- a. Volume 1 disease : *Tabular List*
- b. Volume 2 disease : *Alphabetic Index*
- c. Volume 3 Procedure : *Tabular List and Alphabetic Index*

Dalam masing-masing volume, berisi klasifikasi prosedur atau tindakan dalam pengobatan, juga memuat *Alphabetic Index* untuk memudahkan mencari kode prosedur.

Pemberian Kode Tindakan berdasarkan ICD-9 CM Cara menentukan kode tindakan pada ICD-9 CM sebagai berikut:

- a. Identifikasi tipe pernyataan prosedur / tindakan yang akan dikode dan lihat di buku ICD-9-CM *Alphabetical Index*.
- b. Tentukan Lead Term Untuk prosedur / tindakan.
- c. Baca dan ikuti semua catatan atau petunjuk dibawah kata kunci.
- d. Baca setiap catatan dalam tanda kurung setelah kata kunci (penjelasan ini tidak mempengaruhi kode) dan penjelasan indentasi dibawah Lead Term (penjelasan ini mempengaruhi kode) sampai semua kata dalam diagnosis tercantum. 13
- e. Ikuti setiap petunjuk rujukan silang ("*see*" dan "*see also*") yang ditemukan dalam index.
- f. Cek ketepatan kode yang telah dipilih pada *Tabular List*.
- g. Baca setiap *inclusion* atau *exclusion* dibawah kode yang dipilih atau dibawah bab atau dibawah blok atau dibawah judul kategori.
- h. Langkah terakhir adalah tentukan Kode
International Classification of Diseases Revision Clinical Modification (ICD-9-CM) digunakan untuk pengkodean tindakan/prosedur yang berisi kode prosedur bedah/operasi dan pengobatan serta non operasi seperti CT Scan, MRI, dan USG. ICD-9-CM berisi daftar yang tersusun dalam tabel dan Index Alfabetis. Prosedur bedah operasi dikelompokkan pada bagian 01-86 dan prosedur bukan bedah/non operasi dibatasi pada bagian 87-99. Struktur klasifikasi berdasarkan anatomi dengan kode berupa numerik. ICD-9-CM terdiri dari 16 bab (Permenkes No 27 Tahun 2014).

H. Faktor Penyebab Pending Berkas Klaim BPJS

1. Kelengkapan berkas Administrasi

Berkas rekam medis yang tidak lengkap atau kehilangan dokumen penting bisa menyebabkan klaim tertunda. Kesalahan dalam memasukkan data pasien atau informasi medis dalam

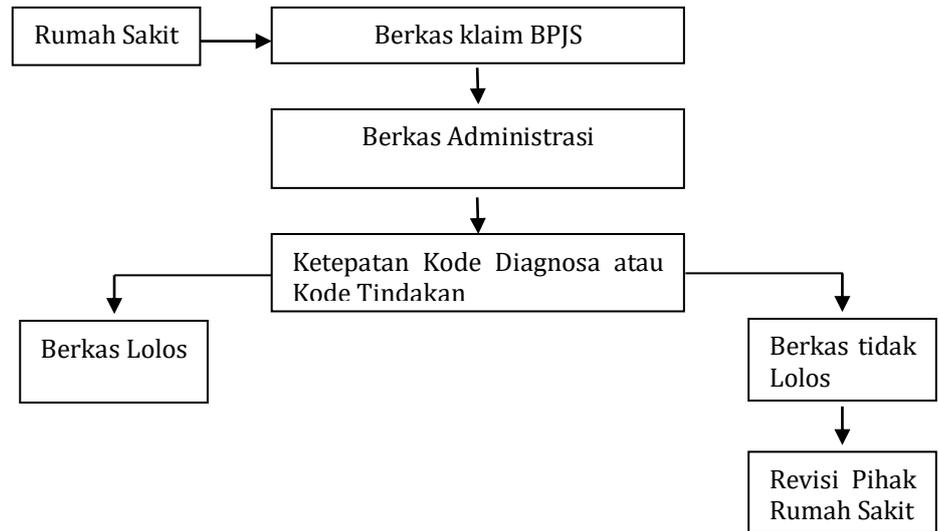
sistem, penggunaan formulir yang tidak sesuai dengan standar atau kesalahan dalam pengisian formulir klaim. Kurangnya tanda tangan dokter atau otoritas lain yang diperlukan dalam rekam medis. Pengiriman dokumen yang terlambat ke pihak asuransi atau pihak penjamin.

2. Kurang Tepatnya Kode Diagnosa atau Kode Tindakan

Kurang tepatnya koding atau kesalahan dalam pengkodean diagnosa atau tindakan medis yang tidak sesuai dengan standar ICD-9 CM/ICD-10, kurangnya pemahaman atau pelatihan staf tentang kode ICD-9 CM/ICD-10 yang tepat. Tidak memperbarui sistem dengan kode-kode baru atau perubahan dalam standar pengkodean. Kesalahan manusia saat memasukkan kode medis ke dalam sistem yang mengakibatkan ketidaksesuaian koding INA-CBG's dengan diagnosis yang menggunakan ICD-10 dan ICD-9-CM (Erlia Safa, 2022). Koding bertujuan untuk mendiagnosa penyakit ataupun tindakan yang diberikan untuk menentukan jumlah pembayaran, oleh karena itu kesalahan atau kurang tepatnya penetapan kode diagnosa dapat menyebabkan pending /pengembalian berkas klaim BPJS.

I. Kerangka Teori

Kerangka teori disusun dengan berdasarkan teori-teori dibuku dan hasil penelitian. Maka dapat dibuat kerangka teori sebagai berikut:



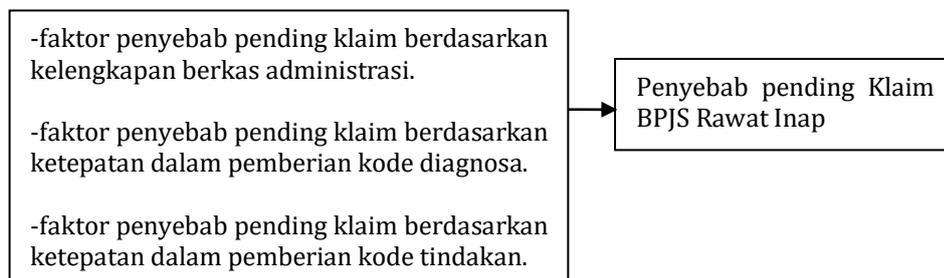
Gambar 2. 1 Kerangka Teori

J. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan gambaran dan arahan asumsi mengenai variabel-variabel yang akan diteliti (Hidayat, 2010).

variabel independent

variabel dependent



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

BAB III METODE PENELITIAN

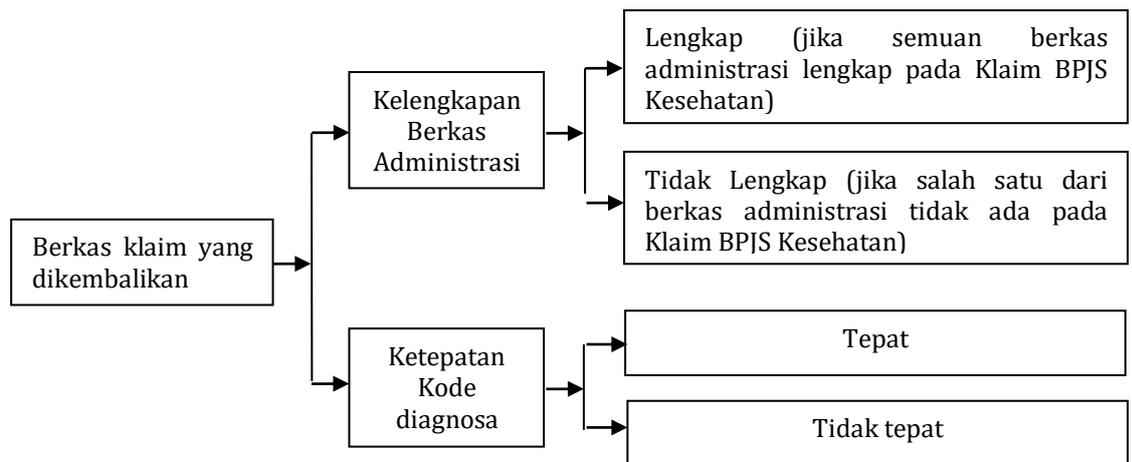
A. Jenis dan Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif yang bertujuan untuk mengidentifikasi/mengetahui faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu. menggunakan metode penelitian deskriptif dengan tujuan mendeskripsikan variabel-variabel utama subjek studi faktor penyebab pending klaim, lalu pengumpulan data dilakukan dengan scros-sectional berupa sampling survei dan data skunder yang hasilnya dipaparkan dalam bentuk penelitian (Budiarto, 2022). Penelitian yang dimaksudkan untuk menyelidiki keadaan, kondisi, atau hal-hal lain yang sudah disebutkan.

Langkah paling awal dalam penelitian adalah indentifikasi masalah yang dimaksud sebagai penegas batasan-batasan permasalahan sebagai cakupan penelitian tidak keluar dari tujuannya.

2. Rancangan Penelitian



Gambar 3. 1 Rancangan Penelitian

B. Subjek Penelitian

1. Populasi

Menurut Sugiyono (2022), populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang di tetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah berkas Pending klaim BPJS pada pelayanan rawat inap bulan Januari-April Tahun 2024 sebanyak 75 berkas.

2. Sampel

Sampel adalah bagian yang terdiri dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2020). Sampel dalam penelitian ini adalah Total Sampling 75 berkas pending klaim BPJS pasien rawat inap bulan Januari dan April Tahun 2024.

C. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah penjelasan tentang prosedur kerja penelitian dari variabel operasional (saat pengambilan data dilapangan dan bukan definisi teori).

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Kelengkapan Berkas Administrasi	Adalah Syarat administrasi yang harus dilengkapi bagi pasien bpjs meliputi : nama peserta, nomor RM, diagnosa penyakit dan tindakan yang diberikan, tanggal masuk dan keluar, hasil pemeriksaan akhir.	Lembar Obsevasi	Checklist	1 = Lengkap (jika semua berkas administrasi lengkap) 0 = tidak lengkap (jika salah satu berkas administrasi tidak lengkap)	Nonimal

Ketepatan Kode Diagnosa	Kode atau tindakan tertulis lembar medis dengan aturan ICD- 9/ICD- 10.	diagnosa kode yang pada resume sesuai kode	Lembar Observasi	Checklist	1 = tepat (jika kode diagnosa atau kode tindakan, sesuai dengan kondisi pasien dan tindakan yang tertulis pada resume medis) 0 = Tidak tepat(Jika kode diagnosa atau kode tindakan, tidak sesuai dengan kondisi pasien dan tindakan tulis pada resume medis)	Nominal
-------------------------	--	--	------------------	-----------	--	----------------

D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat ukur yang digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui apa saja faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan. Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah lembar observasi.

E. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai dilakukan pada tanggal 20 Juli dan berakhir pada tanggal 20 Agustus Tahun 2024 di unit *casemix* Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu.

F. Teknik Pengumpulan Data

Data adalah bahan mentah yang perlu diolah sehingga menghasilkan informasi atau keterangan. Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data (Sugiyono, 2019). Pengumpulan data yang akan dilakukan dalam penelitian ini yaitu :

Data Primer

Data yang diperoleh peneliti dari sumber langsung yang memiliki informasi yang berkaitan dengan tujuan penelitian. Dalam penelitian ini melibatkan beberapa informan, yaitu berkas Klaim BPJS Kesehatan. Pengumpulan data berdasarkan caranya:

a. Observasi

Menurut (Hardani, 2020) observasi adalah teknik atau cara pengumpulan data dengan pengamati aktivitas yang sedang berlangsung. Pada penelitian ini, Peneliti secara langsung mengamati berkas klaim pasien rawat inap yang pending.

b. *Check List*

Checklist atau daftar cek adalah pedoman di dalam observasi yang berisi aspek-aspek yang dapat diamati, observasi atau pengamat memberi tanda centang atau cek untuk menentukan ada atau tidaknya sesuatu berdasarkan pengamatannya (Sanjaya, 2017). Dalam penelitian ini dilakukan dengan cara mengisi lembar *check list*.

G. Pengolahan Data

a. *Editing* adalah memeriksa berkas klaim

laim BPJS rawat inap apakah berkas sudah lengkap atau tidak lengkap, memeriksa dan memperbaiki hasil dari lembar *check list*.

b. *Coding* yaitu pengkodean mengubah data berbentuk kata-kata menjadi data atau angka atau bilangan yaitu penyebab klaim tertunda 1 : lengkap 0 : tidak lengkap.

c. *Tabulating* yaitu penyajian data dalam bentuk tabel distribusi frekuensi disertai dengan penjelasan secara narasi. Data-data yang telah disajikan dalam bentuk tabel, maka peneliti menjelaskannya lagi dalam bentuk narasi.

H. Analisa Data

Analisis univariat digunakan untuk memperoleh gambaran masing-masing variabel, dalam analisis ini diketahui penyebab pending klaim bpjs rawat inap dimana data tersebut ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan disajikan dalam bentuk narasi (Notoadmojo,2018).