



**SKRIPSI**

**PENYEBAB PENUNDAAN KLAIM BPJS KESEHATAN  
PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT MUSTIKA  
MEDIKA BEKASI TAHUN 2024**

Oleh :

**NADIA RAHMA YUNITA**

**NIM: 202208018**

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



**SKRIPSI**

**PENYEBAB PENUNDAAN KLAIM BPJS KESEHATAN  
PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT MUSTIKA  
MEDIKA BEKASI TAHUN 2024**

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

**Oleh :**

**NADIA RAHMA YUNITA**  
**NIM: 202208018**

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

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

**PENYEBAB PENUNDAAN KLAIM BPJS KESEHATAN PASIEN RAWAT INAP  
DI RUMAH SAKIT MUSTIKA MEDIKA BEKASI**

**Skripsi Telah Disetujui dan Siap Diujikan  
Pada : September 2024**

**Pembimbing**

**Ismail Arifin  
NIDN. 0228049601**

**Bengkulu, September 2024**

**Mengetahui,  
Ka. Program Studi Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan  
STIKes Sapta Bakti**

**Nofri Heltiani, S.SI, M.Kes  
NIK : 2010.070**

# **PENYEBAB PENUNDAAN KLAIM BPJS KESEHATAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT MUSTIKA MEDIKA BEKASI TAHUN 2024**

## **ABSTRAK**

Xii halaman awal + 42 + 4 lampiran  
Nadia Rahma Yunita, Ismail Arifin

**Masalah:** Dalam proses verifikasi klaim BPJS terjadi banyak kendala salah satunya ialah penolakan berkas oleh verifikator. Penolakan ini terjadi karena pengkodean yang kurang tepat, tidak adanya pemeriksaan penunjang medis, resume yang tidak lengkap sehingga mengakibatkan penolakan yang berujung pada tertundanya proses klaim BPJS.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan Mengetahui Penyebab Penundaan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RS Mustika Medika Bekasi.

**Metode:** Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini yaitu Kualitatif yang dilakukan dengan pendekatan fenomenologi. Dengan sampel 63 berkas klaim BPJS. Data yang disajikan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder yang diolah secara univariat.

**Hasil:** Dari 63 berkas klaim BPJS yang diajukan pada bulan November 2023 bahwa diantaranya berkas klaim yang diterima berjumlah 42 (66%) berkas dan berkas klaim BPJS yang tertunda berjumlah 21 (33%) berkas. Faktor utama penyebab penundaan klaim BPJS, Sebagian besar penyebab terjadinya penundaan klaim BPJS di Rumah Sakit Mustika Medika ialah terdapat di berkas rekam medis dengan pengajuan tidak lengkap sebanyak 9 resume medis (14%). Sedangkan resume medis yang lengkap pengisinya dengan pengajuan klaim BPJS sebanyak 54 resume medis (86%).

**Saran:** Sebaiknya petugas poli selalu memastikan kepada DPJP untuk mendatangkan resume medis pasien serta menuliskan prosedur dan diagnosis nya agar resume medis terisi dengan lengkap. Dan juga Sebaiknya petugas koder lebih teliti lagi dan melakukan pengecekan rutin dalam melengkapi berkas-berkas klaim BPJS.

Kata Kunci : Penyebab, Penundaan Klaim, BPJS Kesehatan  
Referensi: 2016-2022

**REASONS FOR DELAYING BPJS HEALTH CLAIMS  
INPATIENTS AT MUSTIKA HOSPITAL  
MEDIKA BEKASI IN 2024**

**ABSTRACT**

*Xii home page+ 42 + 4 attachments  
Nadia Rahma Yunita, Ismail Arifin*

**Problem:** *In the BPJS claim verification process, there were many obstacles, one of which was the rejection of files by the verifier. This rejection occurred due to inappropriate coding, lack of supporting medical examinations, incomplete resumes resulting in rejections that led to delays in the BPJS claim process.*

**Purpose:** *This study aims to determine the effect of delays in BPJS Health Claim Files for Inpatients at Mustika Medika Hospital, Bekasi.*

**Metode:** *The type of research used in this study is Qualitative which is conducted with a phenomenological approach. With a sample of 63 BPJS claim files. The data presented in this study are primary data and secondary data processed univariately.*

**Results:** *Of the 63 BPJS claim files submitted in November 2023, 42 (66%) of the claim files received and 21 (33%) of the BPJS claim files that were delayed. The main factor causing the delay in BPJS claims, Most of the causes of the delay in BPJS claims at Mustika Medika Hospital are in the medical record files with incomplete submissions of 9 medical resumes (14%). While the complete medical resumes filled with BPJS claim submissions are 54 medical resumes (86%).*

**Suggestion:** *It is better for poly officers to always ensure that the DPJP signs the patient's medical resume and writes down the procedure and diagnosis so that the medical resume is filled in completely. And it is also better for coders to be more careful and carry out routine checks in completing BPJS claim files.*

*Keywords: Reason, Claim Delay, BPJS Health*

*References: 2016-2022*

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga Skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya. Skripsi ini disusun dengan bantuan dari beberapa pihak, oleh sebab itu pada kesempatan ini secara khusus penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada Bapak Ismail Arifin, M.Kom sebagai 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 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu.
2. Bunda Dra. Rosdiana, MM Selaku penguji I
3. Bunda Nofri Heltiani, S.SI, M. Kes selaku penguji II dan selaku Ka. Prodi Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan STIKes Sapta Bakti Bengkulu.
4. Segenap dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada peneliti.
5. Orang tua, kakak dan adek saya yang selalu memberikan motivasi saya untuk selalu maju dan selalu mendoakan saya disetiap langkah saya. Saya ucapkan terima kasih yang tidak terhingga.
6. Nesa Aulia my best friend yang selalu memotivasi saya dan selalu memberikan semangat, terima kasih bantuannya yang tidak kenal waktu dan tidak lelah mendengarkan keluh kesah saya.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala dukungan dan kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tugas akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Bengkulu,     September 2024

Peneliti

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN/ISTILAH</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian .....	5
E. Keaslian Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b> .....	<b>8</b>
A. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial .....	8
1. Pengetian BPJS .....	8
2. Tugas BPJS.....	8
3. Fungsi BPJS.....	9
4. Visi dan Misi BPJS.....	10
5. Prinsip-Prinsip Pelaksanaan BPJS .....	10
6. Kepesertaan BPJS.....	11
7. Pelayanan BPJS.....	13
8. Hak dan Kewajiban BPJS .....	14
9. Proses Pengajuan BPJS .....	15
10. Persyaratan Pengajuan Klaim BPJS.....	16
11. Proses Verifikasi Klaim BPJS .....	17
B. Pelayanan Rawat Inap .....	21
1. Pengertian Pelayanan Rawat Inap .....	21
2. Tujuan Pelayanan Rawat Inap .....	22
C. Penyebab klaim BPJS Tertunda .....	23
D. Kerangka Teori .....	24
E. Kerangka Konsep.....	25
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	<b>26</b>
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	26
B. Subjek Penelitian .....	26
C. Definisi Operasional .....	27
D. Instrumen Penelitian.....	28
E. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	28
F. Teknik Pengumpulan Data.....	28
G. Pengolahan Data .....	29
H. Analisa Data.....	29

<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>31</b>
A. Jalanya Penelitian .....	31
B. Hasil Penelitian.....	32
C. Pembahasan .....	33
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>38</b>
A. Kesimpulan.....	38
B. Saran.....	38
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>40</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>42</b>

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Penelitian Yang Pernah Dilakukan .....	6
Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	27
Tabel 4.1 Jumlah Berkas Klaim BPJS yang Tertunda Pada Bulan November 2023 .....	32
Tabel 4.2 Penyebab Berkas Klaim BPJS Tertunda Pada Bulan November 2023 .....	32

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori .....	24
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	25
Gambar 3.1 Rancangan Penelitian.....	26

## DAFTAR SINGKATAN/ISTILAH

JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KEMENKES	: Kementrian Kesehatan
DEPKES	: Departemen Kesehatan
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions
SEP	: Surat Eligibilitas Peserta
BPJS	: Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan
DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pasien
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
SIMRS	: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
BRM	: Berkas Rekam Medis
RSU	: Rumah Sakit Umum
NCC	: National Casemix Center
EKG	: Elektrokardiografi
USG	: Ultrasonografi Medis

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan Penelitian

Lampiran 2. Lembar Wawancara

Lampiran 3. Lembar Observasi

Lampiran 4. Lembar Observasi Table Ketidaklengkapan Klaim BPJS

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Masyarakat Indonesia terdiri dari dengan penghasilan rendah dan menengah, mereka sering mengeluh kesulitan dalam pembiayaan berobat yang sangat mahal, oleh karena itu upaya yang ditempuh pemerintah yaitu dengan menyelenggarakan program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), yang dapat memberikan peluang kemudahan dan keringanan pembiayaan berobat di Puskesmas maupun di Rumah Sakit.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan sebuah badan hukum untuk menyelenggarakan program jaminan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak (Pemerintah Republik Indonesia, 2011). BPJS diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dengan tujuan untuk mewujudkan pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap rakyat Indonesia yang sudah menjadi hak dasar manusia.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak Rumah sakit kepada BPJS Kesehatan dilakukan secara kolektif dan ditagikan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Perjanjian kerja sama antara RSUD Mustika medika Bekasi dengan BPJS Kesehatan, Pengajuan klaim dilaksanakan setiap tanggal 05 setiap bulan berikutnya dan BPJS Kesehatan wajib membayar Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim tersebut telah diterima dengan lengkap (BPJS Kesehatan, 2016) Fasilitas kesehatan Rumah Sakit berkewajiban untuk melengkapi dokumen klaim BPJS sebelum diujukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif *Indonesia Case Base Groups*. Kelengkapan dan keakuratan dokumen klaim BPJS yang ada pada Rumah Sakit meliputi rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri dari surat *eligibilitas* peserta (SEP),

Resume medis, keterangan diagnosa dari Dokter yang merawat dan bukti pelayanan, penetapan coding, lainnya. (Wiguna, 2020).

Pada pelaksanaan klaim BPJS proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan sistem (*Indonesian-Case Based Groups*) INA-CBGs. Dimana dilakukan pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita. Pola pembayaran dengan INA-CBGs yang diselenggarakan BPJS Kesehatan harus melalui tahap verifikasi berkas. Klaim yang diajukan oleh Fasilitas kesehatan lebih dahulu diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS yang bertujuan menguji kebenaran administrasi untuk dipertanggung jawabkan untuk menjaga mutu pelayanan dan efisien biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan (Santiasih, W. A. Simanjourang, A., & Satria, B. 2022).

Dalam proses verifikasi klaim BPJS ternyata terjadi banyak kendala salah satunya ialah penolakan berkas oleh verifikator. Penolakan ini terjadi karena pengkodean yang kurang tepat, tidak adanya pemeriksaan penunjang medis, resume yang tidak lengkap sehingga mengakibatkan penolakan yang berujung pada tertundanya proses klaim BPJS. Ketidaklengkapan berkas klaim dapat menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim atau bahkan berkas tidak bisa diklaim. Keterlambatan pengajuan klaim dan berkas yang unclaimed ini akan menyebabkan keterlambatan pencairan dana yang harusnya diterima oleh rumah sakit sehingga berdampak terhadap keuangan rumah sakit dan juga pada mutu pelayanan sehingga tingkat kepuasan dapat menurun (Valentina, Mita Sani, Tri Widya Sandika. 2022).

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 tidak akan 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). Terjadinya pending claim memiliki pengaruh besar terhadap pemasukkan dana bagi Rumah Sakit dan dapat mempengaruhi indikator mutu tim jaminan kesehatan Rumah Sakit dan dapat mempengaruhi indikator mutu tim jaminan Kesehatan (Hendra Rohman, 2017). hal ini akan berakibat pada menurunnya jumlah hasil klaim yang didapat oleh fasilitas kesehatan tersebut.

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Supriadi dan Syifa Rosania pada tahun 2018 berjudul "Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018", terdapat berkas klaim rawat inap 50% tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan, 48% tidak lolos verifikasi pelayanan kesehatan, dan 2% tidak lolos verifikasi menggunakan software INA-CBG's sedangkan berkas klaim rawat jalan 61% tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan, 37% tidak lolos verifikasi pelayanan kesehatan, dan 2% tidak lolos verifikasi menggunakan software INA-CBG's (Supriadi & Rosania, 2019).

Berdasarkan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Ayu Nadya Kusumawati dan Pujiyanto pada tahun 2020 berjudul "Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja Tahun 2018", terdapat penyebab pending klaim BPJS Kesehatan seperti 25,2% kesalahan koding, 15,3% kesalahan saat input ke dalam sistem NCC (*National Casemix Center*), 21,9% ketidaksesuaian penempatan diagnosis dan 37,4% ketidaklengkapan resume medis (Kusumawati & Pujiyanto, 2020).

Berdasarkan hasil survey awal yang dilakukan di RSUD Mustika Medika Bekasi 2024 ditemukan bahwa dalam pelaksanaan pengekklaiman pasien rawat inap BPJS Kesehatan ditemukan masalah yang disebabkan karena ketidaklengkapan dan ketidaktepatan berkas klaim dan kaidah koding Antara lain pengisian formulir resume medis dan kode diagnosa yang kurang sesuai dengan kriteria verifikator. dan adanya hasil pemeriksaan penunjang yang tidak ada atau tidak terlampir di berkas

klaim BPJS saat berkas diajukan. Data klaim di Rumah Sakit Mustika Medika Bekasi rawat inap menunjukkan bahwa telah melakukan pengeklaiman pada bulan November diketahui terdapat berkas klaim BPJS yang dikembalikan yang menyebabkan klaim tertunda. Pada bulan November berkas klaim yang ditertunda sebanyak 21 (33%) berkas dari 63 berkas. Faktor utama pengaruh penundaan klaim BPJS terdapat di resume medis dengan pengajuan tidak lengkap sebanyak 9 resume medis (14%). Sedangkan resume medis yang lengkap pengisinya dengan pengajuan klaim BPJS sebanyak 54 resume medis (86%).

Dampak dari berkas yang tertunda ialah membuat beban kerja menjadi bertambah dan waktu kerja petugas melebihi batas jam kerja. Rumah Sakit juga merasakan dampak dari permasalahan tersebut, karena berkas yang diajukan tidak sepenuhnya diterima sehingga pengajuan klaim menjadi terlambat dan biaya yang dikeluarkan untuk melayani pasien tidak seluruhnya dibayarkan oleh BPJS Kesehatan sehingga dapat mengakibatkan kerugian. Menurut Anyaprita (2020), dalam penelitiannya keterlambatan pembayaran klaim dapat mempengaruhi arus kas keuangan Personal rumah sakit, sehingga rumah sakit harus memprioritaskan pembayaran tagihan-tagihan penting terlebih dahulu. Kebijakan ini mempengaruhi kualitas pelayanan di rumah sakit. Selain itu juga menimbulkan masalah pada karyawan pada penggajian, pembayaran pelayanan medis spesialis, ketersediaan obat, dan pemeliharaan pembiayaan fasilitas rumah sakit dan peralatan medis pembiayaan fasilitas rumah sakit dan peralatan medis.

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk mengambil judul skripsi “Penyebab Penundaan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RS Mustika Medika Bekasi”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu “Apakah Penyebab Penundaan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RS Mustika Medika Bekasi”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui penyebab penundaan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RS Mustika Medika Bekasi.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui jumlah berkas klaim BPJS yang tertunda pada pasien rawat inap di RS Mustika Medika Bekasi.
- b. Untuk mengetahui penyebab klaim BPJS tertunda pada pasien rawat inap di RS Mustika Medika Bekasi.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

Dapat memberikan kontribusi pada ilmu manajemen informasi Kesehatan rumah sakit mengenai masalah klaim BPJS dan menjadi referensi untuk penelitian-penelitian selanjutnya.

### **2. Manfaat Praktis**

#### **a. Bagi STIKes Sapta Bakti Bengkulu**

Sebagai literatur dan referensi kepustakaan mahasiswa yang dapat digunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan mengenai klaim BPJS Kesehatan.

#### **b. Bagi Rumah Sakit**

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

#### **c. Bagi Peneliti**

Dapat menambah ilmu pengalaman, wawasan, serta pengetahuan mengenai klaim BPJS Kesehatan di RS Mustika Medika Bekasi.

## E. Keaslian Penelitian

**Tabel 1.1 Penelitian Yang Pernah Dilakukan**

NO	Judul Penelitian dan Penulis	Variabel Penelitian	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Analisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Dr.Mr Djoelham Binjai	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak lengkapnya item-item di dalam pengisian rekam medis pasien</li> <li>2. kesalahan petugas dalam proses penginputan</li> <li>3. perbedaan pemahaman mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak Verifikator internal rumah sakit</li> </ol>	penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	Hasil penelitian menunjukkan Pengembalian berkas klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan terjadi karena ketidaksesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis, kesalahan petugas dalam proses penginputan, selain itu perbedaan pemahaman mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak Verifikator internal rumah sakit dengan pihak verifikator BPJS Kesehatan
2	Analisis penyebab pending claim berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap Rumah Sakit Universitas Airlangga	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berkas tidak lengkap</li> <li>2. Kurang tepatnya <i>coding</i></li> <li>3. Kurangnya pemeriksaan penunjang</li> <li>4. Kurangnya Evidenterapi</li> </ol>	Kuantitatif desain crosectional	Hasil penelitian menunjukkan adalah 720 berkas pengajuan klaim pada pelayanan rawat inap RS Universitas Airlangga dengan 3 status klaim yaitu, terdapat 720 berkas dengan status klaim layak, 88 berkas dengan dengan klaim tidak sesuai atau pending, dan 0 dengan stutud klaim <i>dispute</i>
3.	Tinjauan faktor penyebab pengembalian klaim BPJS pasien rawat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan diagnosis, kode diagnosis dan berkas pelayanan</li> </ol>	Deskriptif pendekatan kuantitatif	Hasil penelitian menggunakan 227 sampel berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS dan didapatkan 2

---

inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur tahuns 2021	(dua) jenis pengembalian klaim. Gagal terpurifikasi 54 (23,8%) dan pending 173 (76,2%) berkas klaim. Alasan pengembalian klaim terbanyak adalah diagnosis tidak diperkuat dengan tatalaksana dan hasil penunjang
-------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

##### **1. Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang disebut BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS menurut UU Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial.

BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling lambat enam (6) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan hari tua, jaminan pensiunan, jaminan kematian, dan jaminan kecelakaan kerja bagi seluruh pekerja Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat enam (6) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Dari kedua pengertian tentang BPJS ini menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan dimaksudkan untuk pelayanan kesehatan bagi semua warga tanpa terkecuali dan menggantikan Asuransi Kesehatan (Askes). Sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mengganti 7 Jaminan Sosial Kerja (Jamsostek) dan dikhususkan bagi pegawai negeri maupun swasta (UU Nomor 24 tahun 2011).

##### **2. Tugas BPJS**

Menurut UU Nomor 24 tahun 2011 BPJS bertugas untuk:

- 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,
- d. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial,
- e. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial dan
- f. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

### **3. Fungsi BPJS**

- a. BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 5 ayat (2) huruf berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
- b. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undnagan jaminan sosial nasional
- c. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah.
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besae pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah.
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasiliias kesehataan
- f. Menegakkan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak mmenuhi kewajiban
- 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. dan Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan jaminan social

#### **4. Visi dan Misi BPJS**

##### **a. Visi BPJS Kesehatan:**

seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

##### **b. Misi BPJS Kesehatan:**

- 1) Membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- 2) Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan.
- 3) Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.
- 4) Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.
- 5) Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen risiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan.
- 6) Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung operasionalisasi BPJS Kesehatan.

#### **5. Prinsip-prinsip Pelaksanaan BPJS**

- a. Prinsip kegotong-royongan, diwujudkan dalam mekanisme gotong royong dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat; dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu; peserta 10 yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit.

- b. Prinsip nirlaba, dana yang terkumpul maupun surplus dana digunakan untuk memenuhi kepentingan peserta, tidak untuk mencari laba atau keuntungan.
- c. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip yang diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan. Keterbukaan, dimana informasi yang lengkap dan benar tentang dana dan hasil pengembangannya dapat diakses oleh peserta karena dana berasal dari iuran peserta; Kehati-hatian, pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman dan tertib; Akuntabilitas, pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.
- d. Prinsip portabilitas, yang dimaksud adalah keberlangsungan jaminan terhadap peserta dalam wilayah Indonesia.
- e. Prinsip kepesertaan bersifat wajib yaitu wajib bagi seluruh masyarakat dengan penerapan yang disesuaikan dengan kemampuan ekonominya.
- f. Dana amanat merupakan kumpulan dana dari seluruh peserta yang digunakan untuk kesejahteraan peserta.

## **6. Kepesertaan BPJS**

Kepesertaan BPJS mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, terdiri dari dua kelompok, yaitu peserta penerima bantuan iuran (PBI) dan peserta bukan PBI(2) . Peserta PBI adalah orang yang tergolong miskin dan tidak mampu, yang preminya akan dibayar oleh pemerintah. Sedangkan yang tergolong bukan penerima bantuan iuran (PBI) yaitu pekerja penerima upah.

- a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- b. Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
  - 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
    - a) Pegawai Negeri Sipil;
    - b) Anggota TNI;

- c) Anggota Polri;
  - d) Pejabat Negara;
  - e) Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri;
  - f) Pegawai Swasta; dan
  - g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.
- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, yaitu:
- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan
  - b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.
  - c) Pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas:
- a) Investor;
  - b) Pemberi Kerja;
  - c) Penerima Pensiun;
  - d) Veteran;
  - e) Perintis Kemerdekaan; dan
  - f) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e mampu membayar iuran.
- 4) Penerima pensiun terdiri atas:
- a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun;
  - b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun;
  - c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun;
  - d) Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan
  - e) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.
  - f) Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:
    - (1) Istri atau suami yang sah dari Peserta; dan

(2) Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari Peserta, dengan kriteria: tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (duapuluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Sedangkan Peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.

## **7. Pelayanan BPJS**

### **a. Jenis Pelayanan**

Ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh Peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Jenis pelayanan kesehatan yang didapat pasien BPJS ada 2 yaitu:

- 1) Berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) baik rawat jalan maupun rawat inap serta akomodasinya.
- 2) Ambulans (manfaat non medis). Ambulans diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

### **b. Prosedur Pelayanan**

Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama. Bila Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

### **c. Kompensasi Pelayanan**

Bila di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi, yang dapat

berupa: penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan atau penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu. Penggantian uang tunai hanya digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi.

d. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses kredensialing dan rekredensialing

## **8. Hak dan Kewajiban Peserta BPJS**

Berdasarkan Buku Panduan Lengkap Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan tahun 2014, hak dan kewajiban peserta BPJS adalah sebagai berikut:

a. Hak Peserta

- 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; dan
- 4) Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.

b. Kewajiban Peserta

- 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. Proses Pengajuan BPJS Kesehatan**

Menurut Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN disebutkan klaim FKRTL dibayarkan oleh BPJS Kesehatan paling lambat 15 hari setelah berkas klaim diterima lengkap.

Pelayanan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut:

- a. Pasien datang ke rumah sakit dengan menunjukkan nomor identitas peserta JKN dan surat rujukan, kecuali kasus emergency, tanpa surat rujukan.
- b. Peserta menerima Surat Elegibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan.
- c. Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat jalan dan atau rawat Jalan sesuai dengan indikasi medis.
- d. Apabila dokter spesialis/ subspesialis memberikan surat keterangan bahwa pasien masih memerlukan perawatan di FKRTL tersebut, maka untuk kunjungan berikutnya pasien langsung datang ke FKRTL (tanpa harus ke FKTP terlebih dahulu) dengan membawa surat keterangan dari dokter tersebut.
- e. Apabila dokter spesialis/subspesialis memberikan surat keterangan rujuk balik, maka untuk perawatan selanjutnya pasien langsung datang ke FKTP membawa surat rujuk balik dari dokter spesialis/subspesialis.
- f. Apabila dokter spesialis/subspesialis tidak memberikan surat keterangan sebagaimana dimaksud pada poin (d) dan (e), maka pada kunjungan berikutnya pasien harus melalui FKTP.
- g. Fisioterapis dapat menjalankan praktik pelayanan Fisioterapi secara mandiri (sebagai bagian jejaring FKTP untuk pelayanan rehabilitasi medik dasar) atau bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan.
- h. Pelayanan rehabilitasi medik di FKRTL, dilakukan oleh dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik

- i. Dalam hal rumah sakit belum memiliki spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik, maka kewenangan klinis dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik dapat diberikan kepada dokter yang selama ini ditugaskan sebagai koordinator bagian/departemen/instalasi rehabilitasi medik rumah sakit, dengan kewenangan terbatas sesuai kewenangan klinis dan rekomendasi surat penugasan klinis yang diberikan oleh komite medik rumah sakit kepada direktur/kepala rumah sakit.
- j. Apabila dikemudian hari rumah sakit tersebut sudah memiliki dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik maka semua layanan rehabilitasi medik kembali menjadi wewenang dan tanggung jawab dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi medik

#### **10. Persyaratan Pengajuan Klaim BPJS**

Klaim pelayanan kesehatan Rumah Sakit harus diajukan paling lambat tanggal 10 dan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim. Kelengkapan berkas klaim tersebut terdiri dari;

- a. Lembar Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang ditandatangani oleh peserta/keluarga
- b. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh DPJP
- c. Hasil pemeriksaan penunjang
- d. Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan Rumah Sakit
- e. Checklist klaim Rumah Sakit

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemeriksaan kelengkapan berkas yaitu:

- a. Surat Eligibilitas Peserta
- b. Dilegalisasi Petugas BPJS Kesehatan
- c. Nomor SEP
- d. Identitas yang tertera di SEP (No. Kartu, Nama, Tgl Lahir, No. RM, Poli Tujuan/ Ruang Perawatan) Bandingkan data di SEP, lembar kerja

dan berkas pendukung. Data di SEP harus sama dengan data di Lembar Kerja dan data di berkas pendukung

- e. Pastikan untuk rawat jalan melampirkan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh DPJP.
- f. Resume Medis:
  - 1) *Medical Record* dan Identitas Pasien (Nama, Tgl Lahir,dll)
  - 2) Tanggal pelayanan (Tanggal masuk dan tanggal Pulang untuk pasien Rawat Inap)
  - 3) Diagnosa Primer, Diagnosa Sekunder dan Prosedur/ Tindakan
  - 4) Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP): nama jelas dan tanda tangan.
  - 5) Passtikan tanggal pelayanan sama dengan tanggal di SEP dan tanggal di Resume Medis
  - 6) Pastikan identitas di Resume Medis sama dengan Identitas di SEP
  - 7) Diagnosa yang dituliskan DPJP dalam Resume Medis sesuaidengan koding yang ditentukan koder pada Aplikasi INACBG
  - 8) Prosedur atau tindakan yang dilakukan sesuai dengandiagnosa primer dan diagnosa sekunder
  - 9) Pemeriksaan kode diagnosis pasien, prosedur yang dilakukan.
  - 10)Pemeriksaan biaya pelayanan kesehatan atas kode diagnose dan prosedur yang dientry serta kesesuaian dengan kode INA-CBG's yang dihasilkan. Untuk menjadi perhatian pada diagnosis dengan biaya mahal dan kemungkinan penagihan berulang (double)

## **11. Proses Verifikasi Klaim BPJS**

Proses klaim yaitu suatu kegiatan untuk meneiti dan membuktikan bahwa telah terjadi kesepakatan dan melakukan pembayaran yang sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Proses verifikasi klaim bervariasi disetiap pelayanan. Secara umum:

- a. Langkah-langkah prosedur klaim yaitu:
  - 1) Penerimaan dan Penetapan Klaim Dalam hal ini semua berkas-berkas yang diajukan akan di cek ulang dengan harapan berkas-berkas klaim yang telah diajukan tadi sudah memenuhi syarat sesuai dengan ketentuan yang berlaku
  - 2) Telaah dan Verifikasi Klaim
    - a. Klaim yang sudah diterima oleh pihak klaim sebelum dibayar akan dilakukan pengecekan terlebih dahulu. Tahapan yang perlu dilakukan yaitu:
      1. Pihak yang mengajukan klaim sesuai
      2. Formulir klaim yang akan diajukan sudah lengkap disertai tandatangan dokter penanggung jawab pasien (DPJP)
      3. Kesesuaian klaim dengan kesepakatan kedua belah pihak mengenai batasan pelayanan, biaya, waktu pengajuan klaim dan pengecualian tindakan
      4. Kewajiban klaim yaitu kewajiban narasumber diagnose, jenis obat yang diberikan dan Tindakan yang dilakukan
      5. Tahap verifikasi administrasi klaim
    - b. Adapun tahap-tahap verifikasi administrasi klaim yaitu:
      - (1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Adalah memeriksa kesamaan isi dari berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan informasi kepesertaan yang dimasukkan dalam aplikasi INA-CBGs. Berkas SEP digunakan sebagai bukti kepesertaan yang akan menjadi syarat penting dalam proses pengajuan berkas klaim sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan.
      - (2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi berkas klaim yaitu:

        - (a) Pastikan kode INA CBGs yang digunakan sudah disahkan oleh komite medik

- (b) Spesialisasi dari Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sesuai dengan diagnosa yang diterima.
  - (c) Tindakan operasi dengan spesialisasi harus sesuai dengan kewenangan medis.
  - (d) Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan validasi berkas maka
- (3) Verifikasi Pelayanan Kesehatan
- (a) Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prodesur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau *softcopy*-nya). Ketentuan koding mengikuti panduan koding 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
  - (c) Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (*One care/surgery*) termasuk rawat jalan.
  - (d) Episode rawat inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan > 6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ruang inap dan/atau ruang perawatan insentif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap.
  - (e) Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan dari rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan dirawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya.

(4) Verifikasi menggunakan software INA-CBG's

(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:

- i. Kartu Peserta
- ii. No SEP
- iii. Nomor Tanggal SEP

(b) Melakukan proses verifikasi administrasi

Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil *entry* rumah sakit.

- i. Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak layak secara administrasi dan pending
- ii. Proses verifikasi lanjutan
- iii. Verifikasi lanjutan dengan tujuan langkah dilaksanakan dengan disiplin dan berurutan untuk menghindari terjadi error verifikasi dan potensi double klaim.
- iv. Finalisasi klaim
- v. Verifikator dapat melihat klaim dengan status pending pada aplikasi purifikasi data.

(c) Proses verifikasi oleh petugas klaim di Rumah Sakit dilakukan melalui tahap berikut, yaitu:

- i. Pemeriksaan berkas meliputi kelengkapan berkas, isian dalam berkas dan biaya yang diajukan. Berkas yang harus lengkap antara lain SEP, bukti pelayanan yang mencantumkan diganosa dan prosedur derta ditandatangani oleh DPJP, resume medis, kode diagnosa pasien dan biaya pelayan dan

prosedur yang dientri sesuai dengan kode INA CBGs yang dihasilkan

- ii. Melakukan konfirmasi, konfirmasi administrasi pelayanan adalah konfirmasi kepada coder dengan meminta bukti-bukti pendukung yang diperlukan, diagnosa primer ataupun sekunder dan prosedur dalam resume medis, apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim yang telah diajukan akan dikembalikan kembali kepada petugas coding Rumah Sakit untuk dilengkapi dan diperbaiki.

## **B. Pelayanan Rawat Inap**

### **1. Pengertian Rawat Inap**

Menurut PMK Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan menyatakan bahwa, pelayanan rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan dan pelayanan kesehatan lainnya.

Pengertian pelayanan rawat inap menurut Depkes RI Tahun 1997 adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya.

Pelayanan rawat inap adalah salah satu bentuk dari pelayanan dokter. Secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan rawat inap adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien dalam bentuk rawat inap. Rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan rumah sakit dimana penderita tinggal atau mondok sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari pelaksana pelayanan kesehatan atau rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan lain. Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan, yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rahabilitasi medik, dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta serta

puskesmas perawatan dan rumah bersalin, karena penderita harus menginap Rawat inap merupakan suatu bentuk perawatan, dimana pasien dirawat dan tinggal di rumah sakit untuk jangka waktu tertentu. (Azrul, 2016).

## **2. Tujuan Pelayanan Rawat Inap**

Tujuan Pelayanan Rawat Inap menurut Dolores dan Doris (2011) yang dikutip dari Anggraini (2016) adalah:

- c. Membantu penderita memenuhi kebutuhannya sehari-hari sehubungan dengan penyembuhan penyakitnya.
- d. Mengembangkan hubungan kerja sama yang produktif baik antara unit maupun antara profesi.
- e. Menyediakan tempat/ latihan/ praktek bagi siswa perawat.
- f. Memberikan kesempatan kepada tenaga perawat untuk meningkatkan keterampilannya dalam hal keperawatan.
- g. Meningkatkan suasana yang memungkinkan timbul dan berkembangnya gagasan yang kreatif.
- h. Mengandalkan evaluasi yang terus menerus mengenai metode keperawatan yang dipergunakan untuk usaha peningkatan.
- i. Memanfaatkan hasil evaluasi tersebut sebagai alat peningkatan atau perbaikan praktek keperawatan dipergunakan.

## **C. Penyebab Penundaan Klaim BPJS**

Penundaan klaim merupakan pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan karena belum lengkap atau tidak sesuai sehingga perlu direvisi Kembali oleh petugas casemix.

Pada Permenkes no 28 Tahun 2014 dan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim (2014) menyebutkan bahwa dalam proses ini, apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas – berkas pasien BPJS rawat jalan dan rawat inap tersebut ke rumah sakit. Berkas – berkas yang dikembalikan merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh Verifikator di BPJS Kesehatan. Dengan kata lain berkas – berkas yang dikembalikan ini disebut berkas pending dan harus

dilengkapi oleh rumah sakit dan harus diserahkan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Selain itu berkas klaim yang pending ini, harus dikembalikan dalam kurun waktu selambat-lambatnya yaitu 6 (enam) bulan. Apabila pihak rumah sakit tidak mengembalikan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, maka berkas – berkas pasien BPJS rawat Jalan dan rawat jalan yang dikembalikan (pending) tersebut tidak dapat diklaim oleh pihak BPJS Kesehatan.

Faktor penyebab tertundanya klaim BPJS pasien rawat inap tentang kelengkapan penunjang diagnosa adalah karena di dalam berkas rekam medis pasien, terdapat hasil penunjang diagnose pemeriksaan tidak tersedia. Jadi sesuai dengan pernyataan (Santiasih et al, 2021) dalam penelitiannya mengenai Analisis Penyebab BPJS Tertunda Klaim Rawat Inap Kesehatan yang merupakan klaim tertunda pasien rawat inap BPJS terjadi karena ketidaksesuaian atau ketidaklengkapan pengisian item dalam mengisi rekam medis. pasien, seperti ketidaksesuaian antara diagnosis dan resume medis, maka terapi yang diberikan tidak sesuai dengan yang ada diagnosa yang telah ditegakkan oleh dokter yang menangani pasien mengenai hal tersebut kelengkapan berkas klaim antara verifikator internal rumah sakit dan BPJS Pemverifikasi kesehatan juga memengaruhi klaim yang tertunda.

Dan dari hasil penelitian yang diperoleh di Rumah Sakit Mustika Medika Bekasi, Penyebab klaim tertunda yaitu:

1. Berkas Rekam Medis Tidak Lengkap

Tidak lengkapnya identitas pasien, catatan penyakit (diagnosis), tidak dilampirkan bilangan yang sesuai dengan kelas pelayanan, tidak dilampirkan lembar rawat inap, tidak terlampirnya tindakan medis, dan tidak dilampirkannya SKL (Surat Keterangan Lahir) pada kasus bayi baru lahir dan ibu melahirkan.

## 2. Kurang Tepatnya Coding (Kaidah Koding)

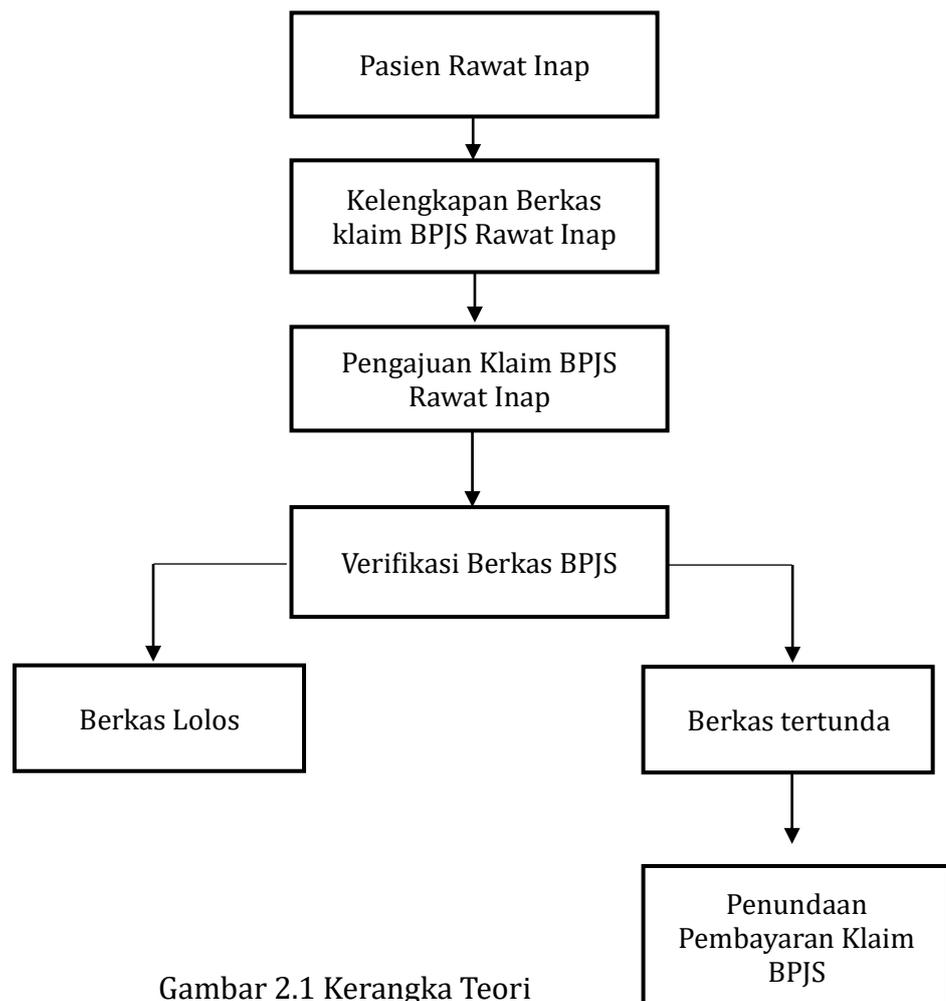
Kurang tepatnya koding pada pelayanan rawat inap sehingga menyebabkan berkas klaim yang dikembalikan, karena tidak sesuai dengan kode icd 10 dan tidak sesuai dengan kriteria dari pihak BPJS.

## 3. Kurangnya Pemeriksaan Penunjang

Apabila pemeriksaan penunjang seperti hasil laboratorium dan radiologi tidak ada atau tidak lengkap dalam pengajuan klaim BPJS maka berkas klaim BPJS akan dikembalikan pada verifikator BPJS maka dikembalikan untuk dilengkapi dan dilampirkan.

### D. Kerangka Teori

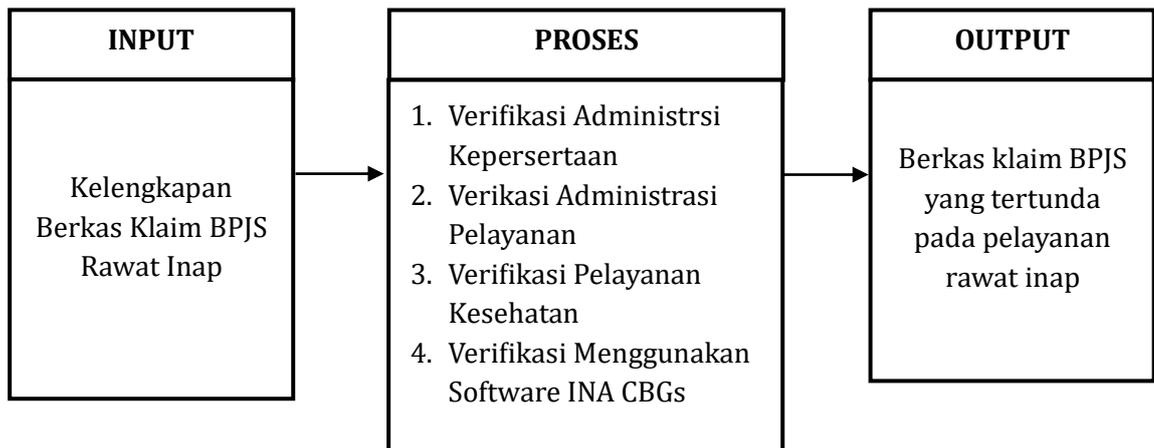
Kerangka teori disusun dengan berdasarkan teori-teori di buku dan hasil penelitian. Maka dapat dibuat kerangka teori sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Teori

### E. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan uraian tentang hubungan atau kaitan konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang telah dilakukan. Kerangka konsep ini terdiri dari variabel-variabel serta hubungan variabel yang satu dengan yang lain (Notoatmodjo, 2012).



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

## BAB III METODE PENELITIAN

### A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini yaitu Kualitatif yang dilakukan dengan pendekatan fenomenologi. fenomenologi yaitu jenis penelitian kualitatif yang melihat dan mendengar lebih dekat dan terperinci penjelasan dan pemahaman individual tentang pengalaman-pengalamannya, dalam penelitian ini dengan melakukan melihat dan mendengar secara langsung faktor penyebab pending berkas klaim BPJS.

### B. Subjek Penelitian

#### 1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh berkas klaim BPJS pada pasien rawat inap bulan November 2023 yang berjumlah 63 berkas klaim BPJS.

#### 2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini berjumlah 173 berkas klaim BPJS pasien rawat inap bulan November 2023.

#### 3. Teknik Pengambilan Sampel

Dalam penelitian ini menggunakan metode *simple random sampling* yaitu dilakukan dengan penyeleksian secara acak (undian).

Berdasarkan perhitungan sampel ini dengan menggunakan rumus slovin yaitu:

$$\text{Rumus : } n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

Keterangan:

n = Ukuran sampel/jumlah responden

N = Ukuran populasi

e = Persentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih bisa ditolerir

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

$$n = \frac{173}{1 + 173 (0,01)}$$

$$n = \frac{173}{1 + 1,73}$$

$$n = \frac{173}{2,73}$$

$$n = 63$$

Jadi, besar sampel yang akan diteliti adalah 63 berkas klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Mustika Medika Bekasi tahun 2023.

### C. Definisi Operasional

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

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
berkas klaim yang tertunda	Jumlah keseluruhan berkas klaim yang tertunda pada pasien rawat inap	Observasi	Lembar Checklist	Jumlah keseluruhan berkas klaim yang tertunda, yang berjumlah 63 berkas klaim BPJS	<b>Nominal</b>
Penyebab berkas klaim tertunda	Pengaruh berkas klaim yang tertunda karena masih belum memenuhi karakteria verifikator BPJS.	Observasi dan wawancara	Lembar checklist dan pedoman wawancara	1 = Berkas rekam medis (seperti: SEP, surat rencana inap, bilingan, lembar penghantar rawat inap, resume medis) 2 = Kaidah Koding (kode diagnosis sudah sesuai ICD-10) 3 = Pemeriksaan Penunjang Medis (Seperti: Hasil Laboratorium dan radiologi)	<b>Ordinal</b>

#### **D. Instrumen Penelitian**

Instrumen Penelitian adalah alat- alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini dilakukan untuk mengetahui apa penyebab klaim BPJS pending. Dalam penelitian ini menggunakan instrument yaitu lembar ceklist

#### **E. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Agustus 2024 di Unit *Casemix* Rumah Sakit Mustika Medika Bekasi, Jawa Barat.

#### **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 :

Pengumpulan data berdasarkan caranya:

##### **1. Data Primer**

Data yang diperoleh peneliti dari sumber langsung yang memiliki informasi yang berkaitan dengan tujuan penelitian. Dalam penelitian ini melibatkan petugas koder dibagian pengeklaiman BPJS rawat inap di Rumah Sakit Mustika Medika Bekasi.

##### **2. Data Sekunder**

Data yang diperoleh dari pihak kedua atau data yang diperoleh secara tidak langsung sebagai penguat dari data primer. Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini yaitu Berkas Klaim BPJS.

Pengumpulan data berdasarkan caranya :

##### **a. Wawancara**

Menurut Tersiana (2018) wawancara merupakan suatu cara pengumpulan data penelitian dengan cara tanya jawab secara langsung kepada subjek yang berkontribusi langsung dengan objek

yang sedang diteliti. Pada penelitian ini pelaksanaan wawancara dilakukan dengan memberikan pertanyaan tentang proses pengklaiman BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap kepada petugas pengklaiman BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Mustika Medika Bekasi.

b. Observasi

Menurut Riyanto (2010) Observasi merupakan pengumpulan data yang menggunakan pengamatan secara langsung maupun tidak langsung. Pada penelitian ini, Peneliti secara langsung mengamati berkas klaim pasien rawat inap yang pending.

c. *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

1. *Editing* adalah memeriksa berkas klaim BPJS rawat inap apakah berkas sudah lengkap atau tidak lengkap, memeriksa dan memperbaiki hasil dari lembar *check list*
2. *Coding* yaitu pengkodean mengubah data berbentuk kata-kata menjadi data atau angka atau bilangan
3. *Transferring* yaitu data yang ada di dalam lembar *check list* dimasukkan ke dalam tabel. Apabila ada data yang tertinggal dan belum di transfer ke tabel maka harus mengulanginya kembali sampai semua data masuk ke dalam tabel dan benar.
4. *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**

Data yang dikelola selanjutnya dianalisis. Pada penelitian ini menggunakan analisis *univariat*. Analisis ini bertujuan untuk menjelaskan jumlah dan pengaruh penundaan pembiayaan klaim BPJS terhadap rumah sakit. (Notoatmodjo,2012)