

**ANALISIS PENYEBAB *PENDING CLAIM* BERKAS
PENAGIHAN BPJS RAWAT INAP DI UNIT CASEMIX
RUMAH SAKIT PRIMA PEKANBARU**

SKRIPSI



Oleh :

INDY RAMADHANI
21001006

**PROGRAM STUDI S1 ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AWAL BROS
2025**

**ANALISIS PENYEBAB PENDING CLAIM BERKAS
PENAGIHAN BPJS RAWAT INAP DI UNIT CASEMIX
RUMAH SAKIT PRIMA PEKANBARU**

**Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar
Serjana Kesehatan**



**Oleh :
INDY RAMADHANI
NIM 21001006**

**PROGRAM STUDI S1 ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AWAL BROS
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim penguji Skripsi Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Awal Bros

JUDUL : ANALISIS PENYEBAB PENDING CLAIM BERKAS
PENAGIHAN PENAGIHAN BPJS RAWAT INAP DI UNIT
CASEMIX RUMAH SAKIT PRIMA PEKANBARU

PENYUSUN : INDY RAMADHANI

NIM : 21001006

Pekanbaru, 24 Agustus 2025

1	Penguji I	: <u>Marian Tonis, SKM., MKM</u>	(	)
		NIDN. 1002119401		
2	Penguji II	: <u>Anastasya Shinta Yuliana, SKM., MKM</u>	(	)
		NIDN. 1007059401		
3	Penguji III	: <u>Dr. Agus Salim, S.Kep., M.Si</u>	(	)
		NIDN. 1017088504		

Mengetahui
Ketua Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Awal Bros

Marian Tonis, SKM., MKM
(NIDN.1002119401)

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi :

Telah disidangkan dan disahkan oleh Tim Penguji Skripsi Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Awal Bros :

JUDUL : ANALISIS PENYEBAB PENDING CLAIM BERKAS
PENAGIHAN BPJS RAWAT INAP DI UNIT CASEMIX
RUMAH SAKIT PRIMA PEKANBARU

PENYUSUN : INDY RAMADHANI
NIM : 21001006

Pekanbaru, 24 Agustus 2025

1. Penguji I : Marian Tonis, SKM., MKM ()
NIDN.10021199401
2. Penguji II : Anastasya Shinta Yuliana, SKM., MKM ()
NIDN. 1007059401
3. Penguji III : Dr. Agus Salim, S.Kep., Msi ()
NIDN.1017088504

Mengetahui
Ketua Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Awal Bros

Marian Tonis, SKM., MKM
(NIDN.1002119401)

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Indy Ramadhani

Nim : 21001006

Judul Analisis Penyebab Pending Claim Berkas Penagihan BPJS
Rawat Inap Di Unit Casemix Rumah Sakit Prima Pekanbaru

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah di ajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang sepengetahuan saya tidak terdapat karya/pendapat yang pernah di tulis/diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar Pustaka.

Pekanbaru, 24Agustus 2025

Yang membuat pernyataan

Indy Ramadhani

**PROGRAM STUDI S1 ADMINISTRASI RUMAH SAKIT FAKULTAS
ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS AWAL BROS**

Skripsi, Agustus 2025

Indy Ramadhani

NIM:21001006

**Analisis Penyebab Pending Claim Berkas Penagihan BPJS Rawat
Inap Di Unit Casemix Rumah Sakit Prima**

xiv + 69 halaman, 3 tabel, 7 gambar, 17 lampiran

ABSTRAK

Pelayanan kesehatan yang optimal memerlukan administrasi klaim yang tepat waktu dan akurat. Pending claim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Prima menjadi hambatan pencairan dana yang berpengaruh terhadap keuangan dan mutu pelayanan. Penelitian ini bertujuan menganalisis penyebab pending claim berkas penagihan BPJS rawat inap di Unit Casemix Rumah Sakit Prima Pekanbaru, dengan menggunakan variabel kompetensi petugas, kelengkapan dokumen, dan sistem informasi casemix.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik dan teknik content analysis. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen pada tiga informan: kepala unit casemix, kader casemix, dan perawat pelaksana. Data sekunder berasal dari dokumen serta laporan internal. Analisis data dilakukan melalui transkrip, pengkodean, pembentukan matriks, dan triangulasi teknik.

Hasil penelitian menunjukkan tiga faktor utama penyebab pending claim: (1) kompetensi petugas yang belum merata dalam penguasaan teknik koding ICD-10 dan pemahaman prosedur klaim; (2) kelengkapan dokumen yang kurang, terutama resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang; serta (3) kendala sistem informasi casemix, termasuk gangguan teknis dan keterlambatan input data. SOP koordinasi antarunit belum optimal sehingga memperlambat proses verifikasi. Kesimpulan penelitian menegaskan bahwa peningkatan kompetensi petugas, optimalisasi kelengkapan dokumen, dan pembenahan sistem informasi casemix merupakan langkah strategis untuk menurunkan angka pending claim. Disarankan pelatihan rutin, evaluasi SOP, dan integrasi sistem informasi yang responsif guna memperlancar proses klaim BPJS. Kesimpulan penelitian adalah bahwa mengalami kesulitan dalam memahami kode ICD 10. Disarankan agar untuk mengadakan pelatihan mengenai kode ICD 10, karena masih adanya petugas casemix yang masih tidak memahami kode ICD 10.

**Kata Kunci : pending claim BPJS, casemix, kelengkapan dokumen,
kompetensi petugas, sistem informasi rumah sakit**

Kepustakaan: 34 (2020-2024)

**HOSPITAL ADMINISTRATION S1 STUDY PROGRAM
FACULTY OF HEALTH SCIENCES EARLY UNIVERSITY EARLY BROS**

**Thesis, Agustus 2025
Indy Ramadhani**

**ANALYSIS OF THE CAUSES OF PENDING CLAIMS FOR BPJS
INPATIENT BILLING DOCUMENTS IN THE CASEMIX UNIT OF PRIMA
HOSPITAL**

xiv + 69 pages, 3tables, 7pictures, 17 attachments

ABSTRACT

Optimal healthcare services require timely and accurate claim administration. Pending BPJS inpatient claims at Prima Hospital are an obstacle to fund disbursement, which affects finances and service quality. This study aims to analyze the causes of pending BPJS inpatient claim files at the Casemix Unit of Prima Hospital in Pekanbaru, using variables such as staff competence, document completeness, and the casemix information system.

This study employs a qualitative method with a descriptive-analytical approach and content analysis technique. Primary data was collected through in-depth interviews, observations, and document reviews with three informants: the casemix unit head, casemix staff, and nursing staff. Secondary data was obtained from documents and internal reports. Data analysis was conducted through transcription, coding, matrix formation, and triangulation of techniques.

The study results identified three main factors causing pending claims: (1) uneven staff competence in mastering ICD-10 coding techniques and understanding claim procedures; (2) incomplete documentation, particularly medical summaries and supporting examination results; and (3) casemix information system constraints, including technical issues and delayed data input. The SOP for inter-unit coordination is not yet optimal, thereby slowing down the verification process. The study concludes that improving staff competence, optimizing document completeness, and improving the casemix information system are strategic steps to reduce the number of pending claims. Regular training, SOP evaluation, and integration of a responsive information system are recommended to streamline the BPJS claim process. The study concluded that there are difficulties in understanding ICD-10 codes. It is recommended to conduct training on ICD-10 codes, as there are still casemix staff who do not understand ICD-10 codes.

Keywords : pending BPJS claims, casemix, document completeness, staff competence, hospital information system

Literature:34 (2020-2024)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Data Pribadi

Nama : Indy Ramadhani
Tempat/Tanggal Lahir : Pekanbaru, 24 November 2002
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Anak ke : 1
Status : Mahasiswa
Nama Orang Tua
Ayah : Afrianto
Ibu : Sumarni
Alamat : Jl. Pramuka perum residene 73 blok z14

Latar Belakang Pendidikan

2009 s/d 2015 : SDN 001 PEKANBARU
2015 s/d 2018 : SMPN 06 PEKANBARU
2018 s/d 2021 : SMAN 03 PEKANBARU
2021 s/d 2025 : Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit
Universitas Awal Bros

Pekanbaru, 24 Agustus 2025
Yang Menyatakan

(Indy Ramadhani)
NIM. 21001006

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran ALLAH SWT, yang dengan segala anugerah-NYA penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya yang berjudul " **ANALISIS *PENYEBAB PENDING CLAIM* BERKAS PENAGIHAN BPJS RAWAT INAP DI UNIT CASEMIX RUMAH SAKIT PRIMA PEKANBARU** “

Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan S1 Administrasi Rumah Sakit Universitas Awal Bros. Meskipun penulis telah berusaha semaksimal mungkin agar skripsi ini sesuai dengan yang diharapkan, akan tetapi karena keterbatasan kemampuan, pengetahuan dan pengalaman penulis, penulis menyadari sepenuhnya dalam penyusunan skripsi ini banyak kekurangan dan kesalahan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, bantuan dan saran serta dorongan semangat dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ayahanda Afrianto dan Ibunda Sumarni tercinta selaku orang tua, yang telah mengasuh, membesarkan dan membimbing serta senantiasa memberikan doa dan semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Ibu Dr. Yulianti Wulandari,SKM.,MARS selaku Rektor Universitas Awal Bros yang telah memberikan fasilitas, sarana dan prasarana.

3. Ibu Dr.Utari Christya Wardani,S.Kep,Ns,M.Kep selaku Wakil Rektor 1 Universitas Awal Bros yang telah memberikan fasilitas, sarana dan prasarana.
4. Bapak Dr.Agus Salim.S.Kep.,Msi selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Awal Bros yang telah memberikan fasilitas, sarana dan prasarana.
5. Bapak Marian Tonis SKM.,MKM selaku kepala prodi S1 administrasi rumah sakit sekaligus penguji yang telah memberikan masukan atau arahannya
6. Ibu Anastasya Shinta Yuliana,SKM.,MKM selaku Dosen Pembimbing 1 Skripsi yang telah meluangkan waktu dengan sangat sabar memberikan bimbingan, saran, dukungan dan motivasi selama menyusun Skripsi dan memberikan arahan dalam proses belajar di Prodi Administrasi Rumah Sakit
7. Bapak Dr.Agus Salim,S.Kep.,Msi selaku Dosen Pembimbing II Skripsi yang telah meluangkan waktu dengan sangat sabar memberikan bimbingan, saran, dukungan dan motivasi selama menyusun Skripsi..
8. Direktur Rumah Sakit Prima Pekanbaru beserta jajarannya yang telah memberikan izin penelitian kepada penulis.
9. Segenap Dosen dan Staff Prodi S1 Administrasi Rumah Sakit Universitas Awal Bros yang telah memberikan dan membekali penulis dengan ilmu pengetahuan.
10. Rekan-rekan, sahabat, dan teman seperjuangan khususnya Program Studi S1 Administrasi Rumah Sakit Universitas Awal Bros

11. Serta seluruh pihak yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung selama penulisan skripsi ini yang tidak dapat peneliti sampaikan satu persatu terima kasih banyak atas semuanya.

Serta semua pihak yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung selama penulisan skripsi ini yang tidak dapat peneliti sampaikan satu persatu terima kasih banyak atas semuanya.

Akhir kata penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini dan penulis berharap kiranya Skripsi ini bermanfaat bagi kita semua.

Pekanbaru, 25 Agustus 2025

(Indy Ramadhani)
21001006

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR KEASLIAN.....	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR	vix
DAFTAR ISI	ixi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiiiv
DAFTAR SINGKATAN	1
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	6
1.6 Penelitian Terkait.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Casemix.....	9
2.1.1 Pengertian Casemix.....	9
2.1.2 Pending Claim Berkas Di Casemix	13
2.1.3 Rawat Inap.....	22
2.2 Kerangka Teori	30
2.3 Kerangka Berfikir	31
BAB III METODE PENELITIAN.....	32
3.1 Jenis dan Desain Penelitian	32
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	32
3.2.1 Tempat Penelitian.....	32

3.3 Informan Penelitian.....	32
3.4 Jenis dan Cara Pengumpulan Data.....	33
3.4.1 Jenis Pengumpulan Data	33
3.4.2 Cara Mengumpulan Data.....	34
3.5 Definisi Istilah.....	35
3.6 Pengolahan Dan Analisis Data.....	36
3.7 Etika Penelitian	38
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	40
4.1 Hasil Penelitian	40
4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	40
4.1.2 Hasil	44
4.2 Keterbatasan Penelitian.....	61
4.3 Pembahasan.....	61
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	66
5.1 Kesimpulan	66
5.2 Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Penelitian Terkait.....	7
Tabel 3.1 Informan Penelitian.....	33
Tabel 3.2 Definisi Istilah.....	35

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	29
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	30
Gambar 2.3 Sistem Koding.....	11
Gambar 2.4 Alur BPJS.....	25
Gambar 4.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Prima.....	43
Gambar 4.2 Penumpukan Berkas Casemix.....	54
Gambar 4.3 Tidak Adanya Pemajangan SOP di Ruangan.....	64

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Pemohonan izin studi pendahuluan
Lampiran 2	Surat Balasan Rumah Sakit Prima
Lampiran 3	Lembar Permohonan Etik
Lampiran 4	Surat Balasan Etik
Lampiran 5	Surat Izin Penelitian Rumah Sakit Prima Etik
Lampiran 6	Surat Balasan Penelitian Rumah Sakit Prima
Lampiran 7	Surat Selesai Penelitian
Lampiran 8	Surat Permohonan Menjadi Informan
Lampiran 9	Informan Consent
Lampiran 10	Pedoman Wawancara Non Formal
Lampiran 11	Matriks Wawancara Survey Awal
Lampiran 12	Matriks Wawancara Penelitian
Lampiran 13	Lembar Konsultasi Pembimbing I
Lampiran 14	Lembar Konsultasi Pembimbing II
Lampiran 15	Lembar Observasi
Lampiran 16	Dokumentasi Penelitian
Lampiran 17	Banner SOP Alur perjalanan claim rawat inap

DAFTAR SINGKATAN

BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
SEP	Surat Eligibilitas Peserta
FFS	Fee For services
SOP	Standar Operasional Prosedur
IJP	Imbal Jasa Penjamin
SDM	Sumber Daya Manusia
BAP	Berita Acara Pemeriksaan
ICD	International Classification of Diseases
EKO	Ekokardiografi
EKG	Elektrokardiogram
KTP	Kartu Tanda Penduduk

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak manusia dalam memiliki tubuh, pikiran dan kejiwaan yang normal sehingga dapat hidup secara produktif. Kesehatan ini merupakan kebutuhan penting bagi setiap orang tanpa memandang usia, jenis kelamin, suku, atau golongan. Jika keadaan seseorang mengalami gangguan yang begitu parah sehingga menyebabkan ketidakmampuan untuk bekerja, yang dapat mengakibatkan penolakan pekerjaan, yang akhirnya mengakibatkan penurunan produktifitas dan pendapatan seseorang atau perusahaan. Tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit (Astuti, 2020).

Rumah sakit merupakan salah satu jenis fasilitas kesehatan yang memberikan perawatan medis kepada individu secara keseluruhan. Rumah sakit tidak hanya sebagai fasilitas untuk menyembuhkan penyakit, tetapi juga merupakan bagian dari komitmen negara untuk memenuhi hak dasar kesehatan masyarakat. Tanggung jawab publik untuk memastikan setiap orang dapat menikmati derajat kesehatan terbaik yang dapat mereka miliki adalah melalui penyediaan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sebagai institusi pelayanan kesehatan, rumah sakit diharapkan dapat memberikan layanan kesehatan yang berkualitas sehingga pasien puas (Rika, 2021)

Pasien percaya bahwa rumah sakit merupakan tempat yang mampu memberikan layanan medis guna menyembuhkan dan memulihkan kondisi kesehatannya. Oleh karena itu, pasien menginginkan pelayanan yang tersedia setiap saat, responsif, cepat, serta memberikan kenyamanan dalam menangani

keluhan penyakit yang dialaminya. Salah satu pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di rumah sakit yakni pelayanan rawat inap (Sondakh, 2022).

Rawat inap merupakan salah satu layanan perawatan pasien yang penting dan memiliki tempat tidur untuk tujuan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medis, serta layanan medis lainnya. Pelayanan ini mengharuskan pasien untuk menginap selama jangka waktu tertentu di fasilitas rumah sakit. Durasi tinggal pasien bervariasi mulai dari satu malam hingga beberapa hari, bergantung pada kompleksitas kondisi kesehatan yang dialami. Melalui pelayanan rawat inap, rumah sakit menyediakan pengawasan medis 24 jam serta akses cepat terhadap berbagai tindakan medis yang mungkin dibutuhkan secara mendadak. Layanan rawat inap meliputi penanganan pasien yang dirawat di rumah sakit dan menempati tempat tidur guna keperluan observasi, penegakan diagnosis, pemberian terapi, rehabilitasi medis, serta berbagai bentuk pelayanan medis lainnya. Kebanyakan dari pasien yang memanfaatkan pelayanan ini merupakan peserta BPJS (Hidayat, 2024)

BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Untuk mengajukan pembayaran layanan kesehatan, rumah sakit harus mengajukan klaim kepada pihak BPJS dengan memenuhi persyaratan administratif. Dokumen yang diperlukan antara lain KTP atau identitas pasien, Kartu Keluarga, surat rujukan, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, dan rincian biaya. Jika pasien menjalani pemeriksaan penunjang, maka formulir pemeriksaan tersebut juga harus disertakan. Dalam proses klaim, rumah sakit wajib memastikan kelengkapan serta ketepatan pengisian dokumen rekam medis yang berkaitan dengan administrasi klaim. Penelitian ini akan

memengaruhi kecepatan proses pencairan klaim, besaran tarif yang dibayarkan, serta mendukung pelaporan rumah sakit. Unit tempat untuk pelaporan dan claim asuransi kesehatan yang salah satunya bpjs yaitu unit casemix (Widaningtyas, 2024)

Unit *casemix* merupakan sebuah unit yang memiliki metode untuk mengelompokkan diagnosis dan prosedur berdasarkan kesamaan ciri klinis serta biaya perawatan yang serupa, proses ini dilakukan dengan bantuan grouper. Melihat definisi sistem *casemix*, maka diagnosis dan prosedur yang dialami oleh pasien dengan karakteristik serupa akan dikelompokkan dalam kategori yang sama. Selain didasarkan pada diagnosis dan prosedur, pengelompokan ini juga mempertimbangkan biaya perawatan yang sebanding, contohnya, perawatan untuk pasien dengan penyakit Gastritis dan Dispepsia adalah setara, sehingga grouper untuk kedua penyakit tersebut adalah identik. Sistem ini merupakan tonggak utama dalam kegiatan pengklaiman biaya oleh rumah sakit ke BPJS. Dengan sistem ini, rincian biaya terkelola secara transparan, efisien dan terkontrol sehingga memudahkan rumah sakit untuk mengajukan klaim ke BPJS. Namun, Banyak rumah sakit masih menghadapi kendala serius dalam proses pengajuan klaim BPJS, khususnya pada layanan rawat inap, yang dapat berdampak langsung pada keberlangsungan finansial rumah sakit. Klaim dapat diterima BPJS jika memenuhi prosedur administrasi dan layanan yang ditentukan. Salah satu unit yang terbanyak mengalami pending *claim* yaitu rawat inap (S. E. Maulida, 2022)

Dampak banyaknya pending claim berkas rawat inap berdampak pada tertundanya pelaporan *klaim*, yang berakibat pada keterlambatan pencairan

dana oleh BPJS kepada rumah sakit. Jika kondisi ini terus berlanjut, dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit dan mengganggu kelancaran pelayanan kepada pasien. Sehubungan dengan permasalahan ini, peneliti akan mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya pending klaim berkas bpjs rawat inap di unit *casemix* (Sondakh, 2022)

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh Rina Oktaviani (2023) tentang Analisis Faktor Pending *Claim* Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit Y Jawa Barat. Didapatkan hasil bahwa masih terdapat ketidaklengkapan dokumen sistem informasi *casemix* karena kurangnya pemahaman terjadinya pending *claim* di Rumah Sakit RSUD Y Jawa Barat.

Penelitian lainnya yang berkaitan dengan faktor-faktor penyebab pending klaim bpjs rawat inap oleh Ahmad Rizki Fadillah (2024), di Rumah Sakit Swasta Jawa Timur, dimana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa masih kurang pahamiannya peran petugas dan sistem penyebab pending *claim*.

Dari hasil survey awal yang peneliti lakukan dengan cara wawancara non formal dengan dokter *casemix*, didapatkan hasil bahwa waktu yang dibutuhkan untuk melengkapi dokumen penagihan BPJS rawat inap yaitu 1 berkas diselesaikan dengan estimasi 4 hari, yang dirasa cukup lama, kemudian terdapat kendala saat melengkapi dokumen yaitu diagnose dokter tidak jelas sehingga perlu di konfirmasi oleh petugas ke dokter yang bersangkutan atau ke ruangan rawat inap, lalu dokumen yang paling sering tidak dilengkapi yaitu resume pasien.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk meneliti mengenai “Analisis penyebab pending *claim* berkas penagihan BPJS Rawat Inap di Unit *Casemix* Rumah Sakit Prima”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah pada penelitian ini yaitu “Bagaimana Penyebab pending *claim* berkas penagihan BPJS Rawat Inap di Unit *Casemix* Rumah Sakit Prima?”

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang di atas, pada penelitian ini yaitu untuk mengetahui dan menganalisis penyebab pending *claim* berkas penagihan BPJS Rawat Inap Di Unit *Casemix* Rumah Sakit Prima

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Rumah Sakit Prima

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai masukan dan referensi yang positif bagi rumah sakit prima untuk mengurangi terjadinya *pending klaim* berkas penagihan BPJS Rawat Inap di Unit *Casemix* Rumah Sakit Prima.

1.4.2 Universitas Awal Bros

Diharapkan Penelitian ini mampu menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya terutama mengenai bagaimana analisis penyebab pending *claim* berkas penagihan BPJS Rawat Inap di Unit *Casemix* Rumah Sakit Prima.

1.4.3 Peneliti

Diharapkan penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan peneliti terutama mengenai penyebab pending *claim* berkas penagihan BPJS Rawat Inap di Unit *Casemix* Rumah Sakit Prima

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Unit *Casemix* Rumah Sakit Prima pada 31 Juli – 14 Agustus 2025. Adapun yang menjadi variabel masukan (*input*) pada penelitian ini yaitu kompetensi petugas, kelengkapan dokumen, dan sistem informasi *casemix*, dengan proses (*process*) yaitu menganalisis penyebab pending *claim* berkas penagihan berkas bpjs rawat inap di unit *casemix* rumah sakit prima, sehingga menghasilkan keluaran (*output*) mengurangi *pending claim* berkas penagihan berkas BPJS Rawat Inap di Unit *Casemix* Rumah Sakit Prima. Jenis pada penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik dengan menggunakan metode *Content Analysis* (Analisis Isi). Desain penelitian dengan wawancara mendalam, observasi langsung dan telaah dokumen untuk mengetahui secara detail dan lebih mendalam mengenai penyebab terjadinya pending *claim* berkas penagihan BPJS rawat inap di Unit *Casemix* Rumah Sakit prima. Informan kunci dalam penelitian ini yaitu Kepala unit *casemix* (1 orang) dengan kode K1. Informan utama dalam penelitian ini yaitu kader *casemix* 1 (orang) dengan kode U1, dan yang menjadi informan pendukung dalam penelitian ini yaitu perawat pelaksana (1 orang) dengan kode P1. Pelayanan kesehatan yang optimal memerlukan administrasi klaim yang tepat waktu dan akurat. Pending *claim* BPJS rawat inap di Rumah Sakit Prima menjadi hambatan pencairan dana yang berpengaruh terhadap keuangan dan mutu pelayanan. Penelitian ini bertujuan menganalisis penyebab pending *claim* berkas penagihan BPJS rawat inap di Unit *Casemix* Rumah Sakit Prima Pekanbaru, dengan menggunakan variabel kompetensi petugas, kelengkapan dokumen, dan sistem informasi *casemix*. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik dan teknik *content analysis*. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen pada tiga informan: kepala unit *casemix*, kader *casemix*, dan perawat pelaksana. Data sekunder berasal dari dokumen serta laporan internal. Analisis data dilakukan melalui transkrip, pengkodean, pembentukan matriks, dan triangulasi teknik. Hasil penelitian menunjukkan tiga faktor utama penyebab pending *claim*: (1) kompetensi petugas yang belum merata dalam penguasaan teknik koding ICD-10 dan pemahaman prosedur klaim; (2) kelengkapan dokumen yang kurang, terutama resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang; serta (3) kendala sistem informasi *casemix*, termasuk gangguan teknis dan keterlambatan input data. SOP koordinasi antarunit belum optimal sehingga memperlambat proses verifikasi. Kesimpulan penelitian menegaskan bahwa peningkatan kompetensi petugas, optimalisasi kelengkapan dokumen, dan pembenahan sistem informasi *casemix* merupakan langkah strategis untuk menurunkan angka pending *claim*. Disarankan pelatihan rutin, evaluasi SOP,

dan integrasi sistem informasi yang responsif guna memperlancar proses klaim BPJS. Kesimpulan penelitian adalah bahwa mengalami kesulitan dalam memahami kode ICD 10. Disarankan agar untuk mengadakan pelatihan mengenai kode ICD 10, karena masih adanya petugas casemix yang masih tidak memahami kode ICD 10.

1.6 Penelitian Terkait

Tabel 1.1 Penelitian Terkait

Keterangan	Indy Ramadhani (2025)	Ahmad Rizki Fadillah 2024)	Rina Oktaviani (2023)
Judul Penelitian	Analisis Pending Claim Berkas Penagihan Bpjs Rawat Inap Di Unit Casemix Rumah Sakit prima	Faktor-faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap di RS Swasta Wilayah Timur	Analisis Faktor Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Y
Metode Penelitian	Kualitatif Deskriptif	Kualitatif Studi Kasus	Kualitatif Deskriptif
Variabel	Kompetensi Petugas, Kelengkapan Dokumen, Sistem Informasi Casemix	Kompetensi Petugas, Kelengkapan Dokumen, Sistem Informasi Casemix	Kompetensi Petugas, Kelengkapan Dokumen, Sistem Informasi Casemix
Tujuan	Mengetahui penyebab pending klaim BPJS rawat inap di rumah sakit prima	Menjelaskan peran petugas dan sistem dalam penyebab pending claim	Mengidentifikasi faktor penyebab pending claim pada berkas BPJS
Informan	Seluruh petugas casemix, penanggung jawab casemix, kepala unit casemix dan sub. bagian penagihan	7 Informan dari Tim Casemix dan Penagihan	5 Petugas Casemix dan Klaim BPJS
Tempat	Unit Casemix Di Rumah Sakit prima	Rumah Sakit Swasta Jawa Timur	RSUD Y, Provinsi Jawa Barat

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Casemix

2.1.1 Pengertian Casemix

Casemix adalah Pelayanan kesehatan diberikan menggunakan pola pembayaran yang disebut *casemix*. Software INA-CBG digunakan untuk melakukan diagnosis dan prosedur dengan ciri klinis dan sumber biaya perawatan yang sebanding. Sistem pembayaran INA-CBG kemudian menggunakan *klaim* yang akan dibayarkan ke BPJS. Biaya perawatan pasien BPJS dibayarkan setiap bulan melalui pengajuan kolektif biaya perawatan dari Rumah Sakit. Petugas *casemix* mengetahui bahwa verifikator BPJS mengembalikan berkas *klaim* karena ada perbedaan, antara kode yang ditulis coder Rumah Sakit berdasarkan diagnosa yang ditegakkan dokter pada lembar resume medis dengan kode pada saat analisis koding yang tidak sesuai dengan peraturan dan berita acara BPJS ketika verifikator BPJS memverifikasi *klaim* menggunakan aplikasi *venika*. Hasil pemeriksaan penunjang yang tidak mendukung penegakan diagnosa menyebabkan berkas *klaim* obstetri ditunda dan dikembalikan ke Rumah Sakit untuk diperiksa (Heltiani, 2025).

Casemix juga merupakan pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *grouper*. Dengan sistem *casemix* output pelayanan kesehatan rumah sakit

yang sangat beragam bisa lebih disederhanakan. Karena manfaatnya yang besar, system *casemix* digunakan untuk metode pembayaran pelayanan kesehatan diberbagai negara. Berikut jenis jenis permasalahan koding:

1. Diagnosis/tindakan tidak spesifik: Ketika pasien pulang dari perawatan, dokter harus mengetahui diagnose terakhir pasien yang tercantum pada resume medis. Seorang koder akan lebih mudah menentukan diagnosis utama dan sekunder yang akan dikoding jika resume medis pasien dilengkapi dengan detail tentang diagnosis utama dan sekunder, serta tindakan yang dilakukan pasien.
2. Koding penyakit dan tindakan yang tepat dan akurat dipengaruhi oleh kelengkapan pencatatan rekam medis. Namun, koding yang baik tidak dapat dilakukan oleh koder yang tidak melengkapi catatan dalam rekam medis.
3. Diagnosis atau tindakan tidak lengkap. Pencatatan rekam medis yang buruk membantu koder membuat koding yang tepat. Tindakan akan menghasilkan koding yang salah atau tidak akurat.
4. Tulisan dokter kadang-kadang tidak dapat dibaca oleh koder. Dokter tertentu menulis dalam rekam. Dokter dengan tulisan yang tidak dapat dibaca. Koder berusaha untuk memastikan bahwa rekam medis dibaca oleh orang kedua dan ketiga sesuai dengan standar penyelenggaraan dan kualitas rekam medis. Apabila tulisan tidak dapat dibaca, rekam medis harus dikembalikan kepada dokter untuk memastikan bahwa tulisan itu dibuat. Di beberapa rumah sakit, keterbacaan tulisan dokter

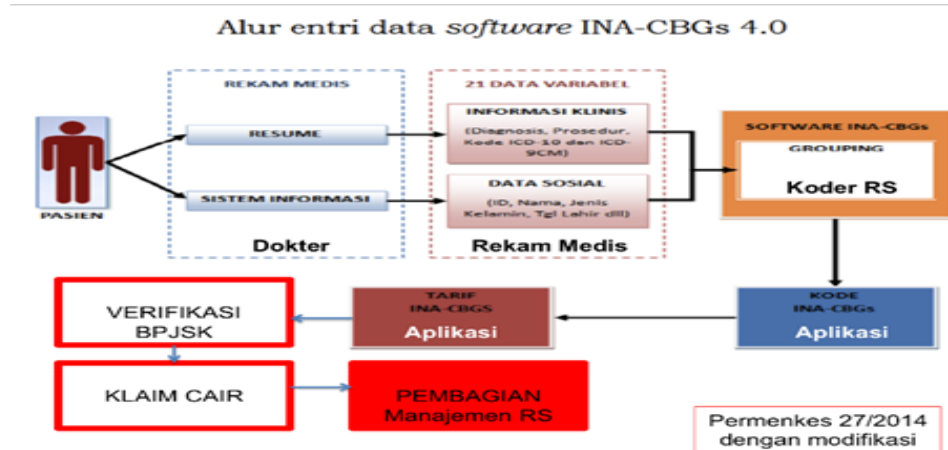
masih menjadi masalah. Rekaman medis elektronik adalah salah satu upaya yang dilakukan.

5. Singkatan tidak standar. Standar akreditasi rumah sakit mengatakan bahwa rumah sakit harus memiliki daftar singkatan yang berlaku. Diagnosa dan prosedur yang digunakan di rumah sakit termasuk dalam daftar singkatan. Daftar singkatan ini harus digunakan oleh semua orang, terutama tenaga kesehatan, sebagai pedoman untuk melakukan pencatatan dalam rekam medis pasien mereka. Dalam beberapa kasus, dokter dapat menulis diagnose pasien di luar daftar singkatan, membuat koder tidak tahu apa yang ditulis dokter. Dalam hal ini, koder harus berbicara dengan dokter yang bersangkutan tentang singkatan yang ditulis. Selain itu, setelah Anda mengetahui singkatan yang dimaksud, pastikan untuk memasukkan singkatan tersebut ke dalam daftar singkatan rumah sakit.
6. Meskipun prosedur tidak dilakukan, prosedur dikoding adalah prosedur yang dilakukan kepada pasien. Misalnya, jika pasien tidak melakukan operasi, koder tidak boleh melakukan koding. Oleh karena itu, seorang koder harus sangat hati-hati terhadap hal ini untuk menghindari tuduhan kecurangan atau penipuan. Untuk menghindari kesalahan penginputan, cek kembali berkas yang telah Anda masukkan. Selain itu, perhatikan etika koder dan hindari ajakan kerja sama untuk melakukan hal-hal yang melanggar aturan.
7. Prosedur dilakukan tetapi tidak dikoding. Setiap prosedur yang dilakukan oleh tenaga ahli diberikan kode tindakan sesuai ICD9

CM.Kode-kode ini akan dikaitkan dengan jumlah biaya.yang ditunjukkan oleh penggunaan INA-CBG. Untuk mengetahui apa yang dilakukan kepada pasien, seorang koder harus membaca rekam medis pasien dengan teliti. Tindakan yang tidak dikoding dapat terjadi karena tidak teliti dan hati-hati, dan ini dapat merugikan fasilitas kesehatan.

8. Kesalahan memberi kode adalah masalah koding berikutnya.Tentu saja,keakuratan dan ketepatan member kode dipengaruhi untuk menghindari kesalahan pemberian kode yang berdampak pada pembiayaan, pengetahuan dan keterampilan koder harus terus ditingkatkan. Teliti dan baca kembali surat diagnosis yang ditulis oleh dokter, dan ikuti prosedur koding yang berlaku.

Surat kesepakatan masalah koding telah dibuat untuk menetapkan pedoman untuk koding yang terkait dengan pelayanan BPJS di fasilitas kesehatan karena perbedaan pendapat antara fasilitas kesehatan dan BPJS kesehatan. Surat kesepakatan ini menetapkan pedoman untuk koding yang terkait dengan pelayanan BPJS di fasilitas kesehatan. Surat kesepakatan ini dapat dilihat lebih lanjut di Berita Acara Kesepakatan Bersama Penyelesaian Kasus Klaim No.401/BA/0717 dan No. Koder dapat menggunakan kebijakan ini untuk mengkodekan sesuai dengan kebijakan BPJS (Saputro, 2022).



Berikut contoh gambar sistem coding:

Sumber:permenkes 2014

Gambar 2.1

2.1.2 Pending Claim Berkas Di Casemix

Pending claim adalah berkas medis yang tidak lengkap dan ketidaktepatan dalam penulisan kode diagnosis dan tindakan adalah penyebab klaim yang tertunda atau ditunda. Ketidaktepatan dalam penulisan kode diagnosis dan tindakan disebabkan oleh ketidaksesuaian persepsi antara koder rumah sakit dan petugas verifikator BPJS. Data berupa berkas yang telah diterima untuk pengajuan *klaim* rawat inap selama periode kemudian dikirim ke BPJS, lalu petugas verifikator BPJS mengembalikan jumlah berkas *pending klaim*. Rumah sakit bermitra dengan BPJS untuk sistem pembiayaan, tetapi masih ada beberapa masalah dalam pelaksanaannya, salah satunya adalah *klaim* yang masih ditunda. Seorang verifikator BPJS harus menyerahkan kembali *klaim* yang

ditunda karena beberapa alasan. Ini termasuk persyaratan medis yang tidak lengkap atau resume medis yang tidak lengkap, serta kesalahan koding atau kesalahan koding untuk menentukan diagnosis utama. harus menyerahkan dokumen klaim terlebih dahulu kepada bagian verifikasi yang ada di rumah sakit atau dokter penanggung jawab pasien untuk meminta dokumen yang diperlukan. Hal ini menyebabkan penagihan *klaim* dari BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit tertunda, yang berdampak pada keuangan Rumah Sakit serta mempersulit pembagian layanan medis dokter dan layanan tenaga kesehatan lainnya, yang dikhawatirkan akan berdampak pada kegiatan pelayanan dan pembiayaan Rumah Sakit (Pratama, 2023)

Klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan adalah *klaim* atas layanan yang diberikan oleh pegawai rumah sakit seperti dokter, perawat, apoteker, dan tenaga medis lainnya kepada peserta. *Klaim* ini adalah tagihan atau tuntutan penggantian yang didasarkan pada hasil jasa yang diberikan rumah sakit kepada pasien yang dirawat di rumah sakit, BPJS Kesehatan. Saat mengajukan *klaim* BPJS kesehatan, gunakan resume medis dengan diagnosis sesuai ICD – 10 dan ICD – 9 CM. (ali sitepu, 2024)

Beberapa ketentuan umum dalam panduan praktis administrasi *klaim* fasilitas kesehatan terhadap BPJS kesehatan, yaitu:

1. Fasilitas kesehatan harus mengajukan *klaim* setiap bulan secara rutin paling lambat tanggal sepuluh bulan berikutnya, dan BPJS Kesehatan harus membayar fasilitas kesehatan paling lambat lima belas (lima belas) persen atas pelayanan yang diberikan kepada peserta pada

sebelas hari kerja setelah BPJS kesehatan menerima dokumen *klaim* lengkap.

2. Setiap bulan, administrasi *klaim* umum yang diajukan kepada BPJS kesehatan secara kolektif terdiri dari:
 - a. Rekapitulasi pelayanan
 - b. Berkas pendukung masing-masing pasien, yang mencakup Grouper INA-CBG, surat kelayakan peserta (SEP), surat rencana pengendalian (SRK), resume medis, hasil pendukung, dan penagihan tahihan (sitepu,2024).

Klaim adalah hak tertanggung kepada penanggung untuk membayar kerugian berdasarkan perjanjian atau perjanjian. Pengajuan oleh peserta untuk menerima uang pertanggungan setelah tertanggung menyelesaikan seluruh tanggung jawabnya kepada penanggung, yaitu membayar premi sesuai dengan perjanjian sebelumnya. *Klaim* adalah proses di mana tertanggung memiliki hak yang didasarkan pada perjanjian. Oleh karena itu, semua upaya yang dilakukan untuk menjamin hak tertanggung harus dihormati oleh kedua belah pihak (Tawabina, 2024).

Klaim adalah perjanjian yang dibuat antara dua pihak untuk memenuhi hak mereka. Menurut perjanjian, pihak yang melakukan perjanjian akan mengajukan *klaimnya* kepada pihak lainnya disepakati oleh kedua belah pihak. (Yolanda, 2022)

Pada manajemen *klaim* terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan, antara lain:

1. Perjanjian yang dibuat oleh dua belah pihak menunjukkan hak dan

kewajiban masing-masing pihak.

2. Terhadap perjanjian yang mereka sepakati bersama, ada perjanjian yang resmi antara kedua pihak. Mereka mengikat satu sama lain secara hukum, etis, dan percaya satu sama lain.
3. Kedua pihak memahami elemen yang telah mengikat mereka, yang berarti ada persetujuan yang diinformasikan.
4. dicatat. Untuk mencegah salah satu pihak mengingkari, secara disengaja atau tidak disengaja, pernyataan ikatan antara kedua pihak dicatat. biasanya format. Perjanjian ini berfungsi sebagai bukti polis yang menjelaskan kewajiban dan tanggung jawab kedua belah pihak secara tertulis (Yolanda, 2022).

Kendala dalam *berkas klaim* bpjs:

1. Jika dokter penanggungjawab tidak melengkapi rekam medis dalam 24 jam, tidak akan diberikan penghargaan atau hukuman.
 2. IJP belum memberikan umpan balik rutin tentang kepatuhan pengembalian berkas verifikasi dua kali sehari.
 3. Tidak ada prosedur operasi standar (SOP) yang mengatur bagaimana mengembalikan berkas verifikasi ke IJP.
 4. Ada kebijakan penghargaan dan hukuman untuk unit yang belum menginput data sepenuhnya pada SIM-RS.
 5. belum meminta tim SIM-RS untuk membuat program untuk mengumpulkan data pasien KRS setiap hari yang terhubung ke IJP.
- (y kusuma, 2022)

Klaim Ditolak

Klaim yang ditolak biasanya menunjukkan bahwa tidak akan ada pembayaran untuk klaim tersebut karena kesalahan pembayaran atau pengkodean atau masalah lainnya. Sementara itu, penolakan *klaim* harus dibagi menjadi dua, yaitu penolakan *klaim* secara keseluruhan dan penolakan *klaim* sebagian. Penolakan *klaim* sepenuhnya ditandai dengan pembayaran semua *klaim* yang diajukan. Ini dapat terjadi karena layanan yang buruk atau klien yang tidak dapat dipertanggungjawabkan karena kartu asuransi, nomor asuransi kesehatan nasional atau nomor asuransi yang tidak dikenali oleh penyedia. Pemotongan atau pengurangan biaya *klaim* adalah istilah lain untuk penolakan klaim parsial. Obat yang digunakan tidak sesuai dengan yang ada di daftar obat, biaya obat yang berlebihan, atau diagnosa yang salah. (y kusuma, 2022)

Penyebab penolakan *klaim* dapat disebabkan oleh beberapa hal, yaitu sebagai berikut:

1. Format: Tidak ditemukan nomor ID provider atau provider yang tidak valid, yang berarti provider tidak tersedia dalam sistem; beberapa informasi harus dipenuhi sesuai dengan persyaratan formulir klaim.
2. Penulisan informasi yang salah, seperti nomor ID peserta dan provider yang salah, informasi asuransi yang salah, tagihan berdasarkan kelas finansial yang salah, tanggal lahir dan jenis kelamin pasien yang tidak sesuai.

3. Permasalahan tambahan meliputi ketidakhadiran bukti kunjungan, ketidakhadiran persetujuan (di beberapa layanan diperlukan persetujuan), dan klaim yang tidak diajukan sesuai deadline (Kusuma Y,2022).

A. Faktor Terjadinya Pending Claim

Faktor-faktor yang menyebabkan berkas tidak lengkap, atau kelengkapan berkas tidak sesuai dengan diagnosis dan prosedur yang tidak disertakan saat klaim dibuat. Tidak ada dokumen yang dilengkapi atau dilampirkan pada hasil akhir untuk memenuhi persyaratan pengajuan klaim BPJS kesehatan. Berkas medis pasien rawat inap ini menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan memberikan jaminan yang tepat. Oleh karena itu, sangat penting bagi petugas untuk memeriksa kelengkapan rekam medis untuk memastikan bahwa persyaratan klaim BPJS Kesehatan dipenuhi. Ini akan memastikan bahwa pembiayaan diberikan dengan tepat dan sesuai dengan jenis perawatan yang dibutuhkan. (Achamad Djunawan 2022).

Untuk beberapa alasan, berkas klaim rawat inap dapat dikembalikan karena tidak lengkap, seperti lembar formulir yang tidak lengkap. Ketidaklengkapan berkas administrasi yang diperlukan untuk pengajuan klaim juga dapat menjadi alasan. Menghasilkan klaim yang ditunda atau ditolak. Bisa mengganggu aliran dana ke rumah sakit dan menghambat sumber daya seperti obat-obatan dan peralatan medis. Masalah ini dapat diselesaikan dengan meningkatkan sistem pencatatan dan pengarsipan dokumen serta memastikan bahwa semua staf administrasi telah dilatih

untuk memastikan bahwa berkas klaim lengkap sebelum diajukan (Haq, 2025).

Penyebab pending klaim BPJS Kesehatan termasuk kode diagnosis yang tidak sesuai, ketidaktelitian petugas dalam memeriksa kelengkapan berkas, ketidaklengkapan berkas, seperti pemeriksaan penunjang yang tidak dilampirkan atau administrasi yang tidak lengkap, dan SOP prosedur klaim yang tidak dilaksanakan dengan baik. Dan SIMRS yang terkadang error (Pujanggi, 2024).

Untuk verifikasi jalur klinis, dua bagian keuangan untuk kelengkapan administrasi dan pengajuan *klaim*, satu coder, dan satu bagian IT. Selama proses pengajuan *klaim*, tim *casemix* mengkonfirmasi lebih lanjut jika terdapat kurangnya coding. Sebelum verifikasi internal, berkas pendukung dicari untuk memastikan kelengkapan dan penegakan kode tindakan dan diagnosa. (iramawati, 2024)

Selain kebijakan untuk sumber daya manusia (SDM), khususnya bagian coding, diberikan kebijakan untuk membentuk tim *casemix* untuk mengurangi jumlah pending dan menghilangkan *klaim* litigasi. *Klaim* yang ditunda karena tidak cukup berkas dapat dicegah dengan melakukan pemeriksaan kembali berkas sebelum diajukan dan melakukan filter untuk proses kelengkapan berkas *klaim*. Selain itu, rumah sakit dapat melakukan upaya untuk menyelesaikan *klaim* yang ditunda karena dokumen tidak lengkap. melakukan sosialisasi kepada semua bagian yang berhubungan langsung dengan pelayanan pasien untuk memastikan bahwa semua hasil penunjang telah dimasukkan ke dalam rekam medis pasien. Kontrol harus

dilakukan agar pengajuan *klaim* berhasil. *organizing* (organisasi), *actuating* (pelaksanaan), dan *planning* (perencanaan), serta tidak adanya prosedur operasi standar (SOP) berdampak pada pengajuan *klaim*. Untuk meningkatkan layanan pasien, rumah sakit membutuhkan manajemen yang baik untuk mengelola semua sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Menyusun rencana kerja adalah cara untuk menghindari *klaim* yang ditunda karena ketidaklengkapan berkas. Setelah ditemukan bahwa berkas *klaim* rumah sakit ini belum lengkap, kasus ini harus dicegah *pending claim* sebagai akibat dari ketidaklengkapan berkas *klaim*. Prosedur standar operasi (SOP) melibatkan pengecekan ulang berkas dan pengawasan pencatatan pada rekam medis pasien. Pengawas berasal dari bagian masing-masing unit rawat inap, sehingga jika ditemukan bagian rekam medis yang tidak lengkap, langsung dikomunikasikan kepada petugas yang mengisi rekam medis. (iramawati, 2024)

Rumah sakit ini juga menerima kasus *pending* karena kode diagnosa dan prosedur yang salah. Salah satu bagian dari unit rekam medis adalah coding, yang memiliki tugas untuk memberi kode pada diagnosis utama yang sesuai dengan aturan ICD-10. Pengodean berkas medis harus dilakukan dengan sangat hati-hati, lengkap, dan akurat sesuai dengan kode diagnosa yang ada dalam ICD-10. (iramawati, 2024)

Solusi dari *pending claim* ini adalah:

1. Pastikan *berkas claim* yang diajukan lengkap dan sesuai dengan persyaratan BPJS Kesehatan. Berkas *klaim* yang tidak lengkap dapat ditolak atau ditunda pembayarannya. Berkas *klaim* harus memiliki

item berikut: formulir *klaim*, resume medis, hasil pemeriksaan tambahan, rujukan, keterangan sakit, pernyataan.

2. Berkumpul atau berbicara secara teratur untuk membahas masalah coding dan *klaim*, dan mencari cara untuk bekerja sama dalam kasus *klaim pending* yang berulang. Menyampaikan informasi mengenai aturan terbaru yang tercantum dalam Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan *Klaim* INA-CBG Edisi 2 Tahun 2023, serta surat edaran atau nota dinas, kepada unit-unit yang berhubungan dengan proses penjaminan *klaim*, khususnya *klaim* BPJS Kesehatan. (cindy rossa, 2024)

B. Penyebab Terjadinya Pending Claim Adalah:

Klaim ini sangat penting bagi Rumah Sakit berfungsi sebagai kompensasi atas biaya yang ditanggung oleh pasien asuransi yang telah menerima perawatan medis. Fasilitas yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus dapat mengajukan *klaim* setiap bulan secara rutin paling lambat tanggal sepuluh bulan berikutnya, dengan berkas persyaratan yang harus dilengkapi sesuai dengan prosedur verifikasi BPJS Kesehatan. Verifikasi berkas mencakup dua komponen: berkas *klaim* dan administrasi *klaim*. Oleh karena itu, jika berkas *klaim* ditunda, itu akan berdampak pada dana kas rumah sakit menghambat pembayaran gaji karyawan dan mengurangi biaya pemeliharaan rumah sakit. *Klaim* yang belum dibayar (Kurnia, 2022).

2.1.3 Rawat Inap

Rawat inap adalah Pelayanan kesehatan kedokteran intensif (hospitalisasi) yang diberikan oleh rumah sakit, baik rumah sakit umum maupun rumah sakit bersalin, dikenal sebagai rawat inap. Proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional karena penyakit tertentu, di mana pasien diinapkan di ruang rawat inap rumah sakit. Di sana, pasien mendapatkan perawatan intensif dari dokter dan staf medis lainnya. Rawat inap adalah tempat di mana pasien dirawat, diobservasi, didiagnosa, diobati, dirawat secara medik, atau mendapatkan perawatan kesehatan lainnya di tempat tidur. Prosedur pelayanan rawat inap adalah : (haidar,2023)

- a. Peserta mendapatkan perawatan dan/atau tindakan medis di fasilitas kesehatan.
- b. Dokter membuat resep obat sesuai dengan indikasi medis.
- c. Peserta mengambil obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit atau apotek jejaring rumah sakit dengan membawa identitas dan bukti pelayanan yang diperlukan.
- d. Apoteker memverifikasi resep dan bukti pendukung lainnya.
- e. Apoteker mengkaji resep, menyiapkan, dan memberi peserta obat, bersama dengan informasi obat.
- f. Peserta menandatangani bukti penerimaan obat.

Proses verifikasi dimulai di bangsal rawat inap oleh fasilitas pelayanan kesehatan, yang kemudian mengirimkan berkas ke unit coding rawat inap. Setelah pengkodean selesai, verifikasi internal memverifikasi

file dan mengirimkannya ke bagian kasir untuk verifikasi tambahan. Jika semua sesuai, file akan dibagi menjadi 3 berdasarkan jenis pembiayaan, misalnya file yang memiliki pembiayaan umum akan langsung dimasukkan ke dalam pendapatan rumah sakit (Haidar, 2023).

2.1.4 Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS)

Program jaminan sosial, dapat bersifat jangka pendek, yaitu program jaminan sosial yang memberikan manfaat langsung kepada peserta, seperti program jaminan sosial kesehatan dan kecelakaan kerja, dan program jaminan sosial jangka panjang seperti program pensiun dan jaminan hari tua, yang baru dapat digunakan. Menghabiskan waktu Oleh karena itu, jaminan sosial adalah komponen penting dalam mencapai kesejahteraan negara. Jika dilihat dari sudut pandang hak asasi manusia, hak atas jaminan sosial adalah salah satu hak yang dijamin untuk melindungi harkat dan martabat manusia (Astuti, 2020).

Kualitas pelayanan menentukan kepuasan pasien. sehubungan dengan kualitas atau kualitas suatu bentuk pelayanan di mana pasien menilai kualitas layanan yang mereka terima dan kualitas layanan yang diharapkan. Kepuasan pasien ditentukan oleh tanggapan positif pasien terhadap layanan yang mereka terima dari saat mereka didaftarkan untuk berobat hingga saat mereka meninggalkan rumah Sakit. Sebagai penyedia layanan, tujuan utama setiap rumah adalah kepuasan pelanggan (pasien) terluka. Salah satu kunci keberhasilan setiap Rumah Sakit adalah kepuasan pasien. Oleh karena itu, meningkatkan kepuasan pasien, terutama pasien BPJS, dapat dicapai melalui pelayanan medis yang baik. Sejak undang-undang yang mengatur Badan

Penyelenggaraan. Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, yang bertanggung jawab untuk menyelenggarakan karena jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia mulai berlaku pada 1 Januari 2014, administrasi rumah sakit harus menanyakan kepada penerima layanan tentang jalur pembayaran yang akan digunakan oleh pasien. Ini membuat layanan terkesan lambat (Fajriansyah, 2022).

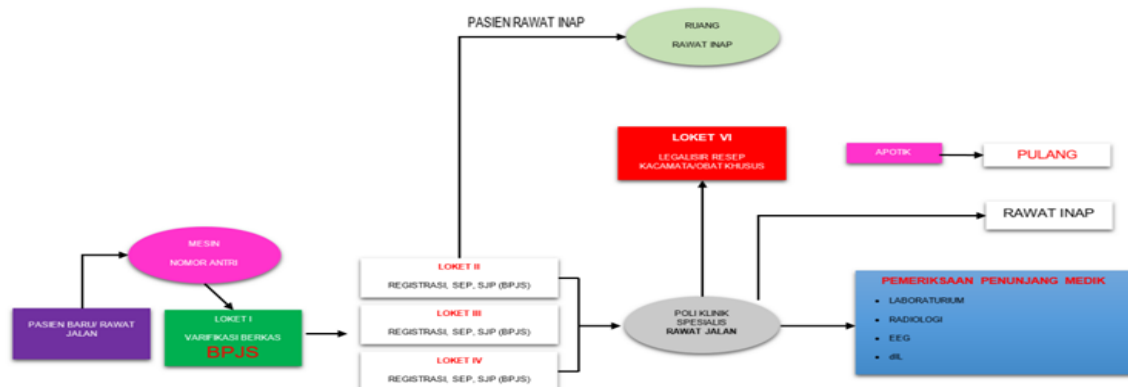
bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat .BPJS diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iuran pemerintah. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap. Pembayaran rumah sakit dilakukan dengan dua metode, metode pembayaran prospektif dan metode pembayaran retrospektif. Metode pembayaran retrospektif digunakan pada layanan kesehatan. Yang diberikan kepada pasien berdasarkan setiap aktifitas layanan yang diberikan lebih banyak, lebih banyak biaya yang harus dibayarkan. Fee For Services (FFS) adalah contoh pola pembayaran retrospektif. FFS adalah metode pembayaran prospektif yang digunakan untuk membayar layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum layanan kesehatan diberikan.(haidar,2023)

Pasien BPJS Kesehatan yang mengunjungi rumah sakit harus membawa surat rujukan dari faskes tingkat pertama. Dari surat rujukan ini, petugas akan mendaftar untuk mendapatkan Surat Eligibilitas Peserta, atau SEP. Rumah sakit dapat membuat SEP melalui aplikasi VKLAIM, yang merupakan aplikasi langsung yang disediakan oleh pihak BPJS, atau jika

rumah sakit memiliki aplikasi SIMRS Rumah Sakit sendiri, maka rumah sakit dapat mendaftarkan SEP melalui aplikasi tersebut. penanganan dan penerimaan pasien BPJS yang akan dirawat harus teratur, tertib, aman, dan mengurangi waktu tunggu pasien. Tujuan ini adalah untuk mencapai tata tertib administrasi yang akan meningkatkan penerimaan pasien rawat inap BPJS dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit (Febrianti, 2022)

Dalam proses *klaim* BPJS, ada beberapa masalah yang membuat verifikasi klaim tertunda. Salah satu dakwaan adalah pengisian resume medis yang tidak lengkap dan kekurangan tenaga kerja di bagian verifikator internal. Dengan demikian, pengajuan klaim BPJS yang seharusnya dilakukan pada tanggal sepuluh bulan berikutnya menjadi ditunda hingga tanggal tiga belas. Hal ini berdampak pada pemasukan rumah sakit. Semua dokumen yang diperlukan untuk mendapatkan klaim BPJS diterima. Setelah pasien selesai mendapatkan pelayanan, data akan diolah oleh petugas *casemix*. Dalam hal berkas yang harus dikirimkan ke BPJS, tidak semua berkas diterima secara langsung oleh BPJS. Namun, jika terdapat kekurangan berkas, berkas akan dikembalikan kepada BPJS. Tujuan pengembalian berkas ini adalah untuk memastikan bahwa BPJS mengetahui apakah ada kekurangan berkas atau tidak. Jika tidak, klaim akan ditunda (Restiana, 2022)

Berikut dari alur BPJS :



Sumber:rs soepareon

Gambar 2.2

Dalam mendukung penyelesaian permasalahan BPJS di unit bagian casemix rumah sakit prima, maka dapat diselesaikan dengan beberapa variabel berikut:

1. Kompetensi Petugas, yaitu merupakan suatu hal yang menjadi dasar keberhasilan dalam sistem casemix yang implementasinya sangat bergantung pada kompetensi dari sdm, terutama pada petugas rekam medis, verifikator casemix, serta dokter casemix yang kompetensinya mencakup penguasaan teknik koding ICD 10, pemahaman terhadap alur claim serta kemampuan dalam menguasai manajemen data casemix.
2. Kelengkapan Dokumen, merupakan suatu penekanan bahwa rekam medis yang tidak lengkap merupakan salah satu hambatan yang paling utama dalam pengelompokan casemix yang akurat, yang data nya terdiri dari diagnosis utama dan sekunder, tindakan medis, hasil pemeriksaan medis, serta resume medis

3. Sistem Informasi Casemix, merupakan sistem informasi yang terintegrasi oleh casemix untuk membantu dalam proses pengkodean dan pengelompokan kasus, yang keberadaanya juga dapat mendukung akses data realtime, audit claim secara efektif dan pembuatan laporan untuk evaluasi kerja pelayanan kesehatan)(jayadie ahmad, 2023)

2.1.5 Rumah Sakit

Rumah Sakit yaitu salah satu fasilitas kesehatan dimana tempat dilaksanakannya pelayanan kesehatan secara individu dengan berbagai macam upaya, serta memiliki pelayanan berupa rawat jalan, rawat inap, hingga gawat darurat (UU Nomor 17 Tahun 2023).

Rumah sakit merupakan suatu bagian dari organisasi sosial dan medis yang memiliki tujuan dan fungsi utama untuk memberikan pelayanan kepada seseorang maupun masyarakat secara menyeluruh yang mana pelayanannya menjangkau keluarga serta lingkungan rumahn rumahnya (Febri Endra Budi Setyawan, 2020)

Rumah sakit juga merupakan mampu meningkatkan pelayanan masyarakat yang lebih baik dan lebih murah.

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan sosial dan perlindungan bagi seluruh penduduk Indonesia. Rumah sakit menyediakan layanan kesehatan perorangan yang mencakup rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Khasanah, 2023).

A. Tugas Dan Fungsi Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Presiden Republik Indonesia No 47, 2021).

2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, sehingga untuk menjalankan tugas tersebut, rumah sakit mempunyai fungsi antara lain:

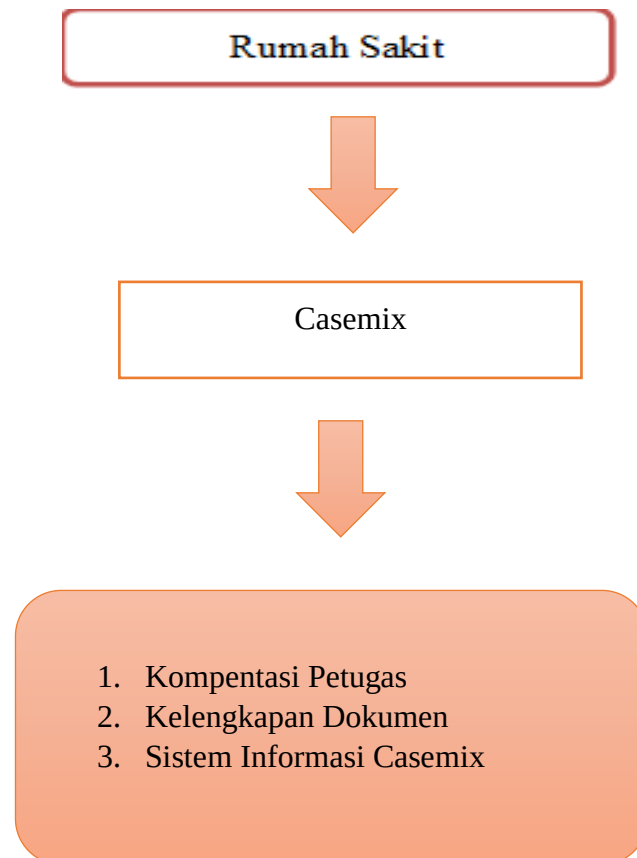
- a) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
- b) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
- c) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam upaya peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan
- d) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisa teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 47, 2021).

B. Pelayanan Rumah Sakit

Kualitas pelayanan dan kepuasan pasien adalah dua faktor penting yang dapat memengaruhi loyalitas pasien. Keahlian tenaga medis, efisiensi prosedur, kemudahan akses, kebersihan, dan ketersediaan fasilitas medis yang memadai adalah beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan suatu organisasi dalam hal layanan kesehatan ini adalah salah satu dari banyak faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan. Jika pasien percaya bahwa layanan kesehatan yang diberikan dapat memenuhi kebutuhan mereka dan memberikan hasil yang diharapkan, pasien akan lebih cenderung tetap setia dan menggunakan layanan kesehatan tersebut. Kualitas layanan yang baik akan menciptakan persepsi nilai yang pasien akan merasa bahwa biaya dan upaya yang mereka habiskan sebanding dengan layanan yang mereka terima, yang akan meningkatkan loyalitas pasien terhadap kebutuhan mereka (SITEPU, 2024).

2.2 Kerangka Teori

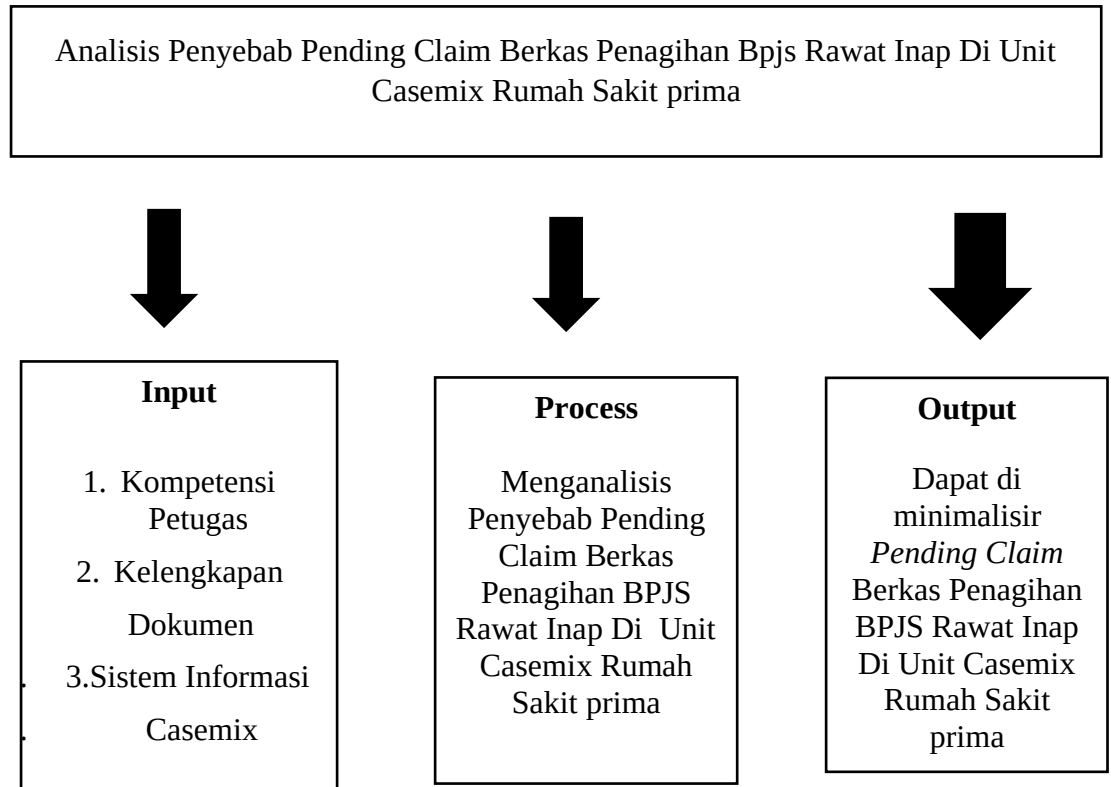
Dari tinjauan pustaka diatas, maka kerangka teori pada Peneletian ini yaitu sebagai berikut:



Sumber : (Priatmoko et al., 2021)

Gambar 2.3
Kerangka Teori

2.3 Kerangka Berfikir



Gambar 2.4

Kerangka Berfikir

Dari kerangka berfikir diatas, yang variabel masukan (input) pada penelitian ini yaitu kompetensi petugas, kelengkapan dokumen, dan sistem informasi casemix, dengan proses (process) yaitu menganalisis penyebab pending claim berkas penagihan berkas bpjs rawat inap di unit casemix rumah sakit prima, sehingga menghasilkan keluaran (output) mengurangi *pending claim* berkas penagihan berkas bpjs rawat inap di unit casemix rumah sakit.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis pada penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan Deskriptif Analitik dengan menggunakan metode Content Analysis (Analisis Isi). Desain penelitian dengan wawancara *mendalam* dan observasi langsung untuk mengetahui secara detail dan lebih mendalam mengenai analisis penyebab pending claim berkas penagihan BPJS rawat inap di unit casemix rumah sakit prima.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Unit Casemix Rawat Inap Rumah Sakit Prima yang berlokasi di Jalan Bima No .1 Delima Kecamatan Tampan, Kota Pekanbaru, Provinsi Riau

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada 31 Juli – 14 Agustus tahun 2025

3.3 Informan Penelitian

Informan ialah seseorang atau sekumpulan orang yang diperkirakan mengetahui banyak mengenai segala sesuatu yang bersangkutan dengan objek yang akan diteliti. Informan merupakan orang yang dapat memberikan penjelasan serta keterangan mengenai orang lain atau hal-hal lain (Sugiyono, 2023).

Informan pada penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.1

Tabel 3.1

No.	Informan	Jumlah	Kode Informan
Informan kunci			
	1.Kepala Unit Casemix	1 orang	K1
1.	Informan Utama		
	2.Kader Casemix	1 orang	U1
Informan Pendukung			
2	1. Perawat pelaksana	1 orang	P1
Jumlah		3 Orang	

Berdasarkan tabel 3.1 di atas, maka dapat dilihat bahwa Informan utama pada penelitian ini . Informan kunci dalam penelitian ini yaitu Kepala unit casemix (1orang) dengan kode K1.Informan utama dalam penelitian ini yaitu Kader Casemix(1 orang) dengan kode U1 dan yang menjadi informan pendukung dalam penelitian ini yaitu perawat pelaksana (1 orang) dengan kode P1.

3.4 Jenis dan Cara Pengumpulan Data

3.4.1 Jenis Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer merupakan data yang dihasilkan langsung dari pernyataan orang pertama atau berasal dari narasumber kegiatan wawancara.Dengan menggunakan pedoman wawancara yang telah disusun sebelumnya dan direkam dengan menggunakan handphone

Data primer yang dilakukan oleh peneliti yaitu berupa wawancara

mendalam kepada informan utama dan informan pendukung (Fauzi Dwiny T, 2024).

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang dihasilkan bukan dari suatu pernyataan langsung melainkan hasil analisa dokumen. Data sekunder yang dikumpulkan peneliti merupakan penunjang dan pelengkap data primer pada penelitian ini.

Data sekunder diperoleh dari kegiatan penelusuran dokumen, seperti menelusuri profil rumah sakit, laporan internal unit dan dari observasi (Fauzi Dwiny T, 2024).

3.4.2 Cara Mengumpulan Data

Adapun cara pengumpulan data yang digunakan peneliti adalah sebagai berikut :

1. Observasi atau pengamatan

Pengamatan adalah teknik yang digunakan peneliti dalam melihat situasi, interaksi, dan kondisi yang diteliti. Pada penelitian ini dilakukan pengamatan secara langsung bagaimana situasi, kondisi tempat yang diteliti.

2. Wawancara

Teknik ini digunakan dengan menanyakan berbagai pertanyaan yang efektif, dimana peneliti akan mendapatkan data yang akurat.

3. Studi Dokumenter

Studi Dokumenter ialah teknik pengumpulan data dengan mengumpulkan data dan menganalisisnya, baik itu data yang didapat

dari dokumen tertulis,gambar,ataupun elektronik. Pada penelitian ini, data-data yang didapat akan dianalisis atau diuraikan dan dinarasikan untuk menambah keakurasian data-data sebelumnya.(Fauzi Dwiny T, 2024

3.5 Definisi Istilah

Definis istilah pada penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

Tabel 3.2 Definisi Istilah

No	Variabel Penelitian	Definisi Istilah	Instrumen Penelitian	Metode Pengumpulan data
1	Kompetensi petugas	Merupakan suatu hal yang menjadi dasar keberhasilan dalam sistem casemix yang implementasinya sangat bergantung pada kompetensi dari sdm,terutama pada petugas rekam medis verifikator casemix,serta dokter casemix.	Wawancara, perekam suara (handphone), lembar observasi, telaah dokumen	Wawancara mendalam, observasi, telaah dokumen
2	Kelengkapan dokumen	Merupakan suatu penekanan bahwa rekam medis yang tidak lengkap merupakan salah satu hambatan yang paling utama dalam pengelompokan casemix yang akurat.	Wawancara, perekam suara (handphone), lembar observasi, telaah dokumen	Wawancara mendalam, observasi, telaah dokumen
3	Sistem informasi casemix	Merupakan sistem informasi yang terintegrasi oleh casemix untuk membantu dalam proses pengkodean dan pengelompokan kasus,yang keberadaanya juga dapat mendukung akses data realtime,audit claim serta efektif.	Wawancara, perekam suara (handphone), telaah dokumen	Wawancara mendalam, telaah dokumen

Definisi istilah pada *process*

4.	Analisis penyebab pending claim berkas penagihan bpjs rawat inap di unit casemix rumah sakit prima	Merupakan kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui penyebab pending claim berkas penagihan BPJS rawat inap di rumah sakit, yang kegiatan ini bertujuan untuk dapat di minimalisir pending claim berkas penagihan BPJS rawat inap di rumah sakit prima.	Wawancara, perekam suara (handphone), lembar observasi, dan telaah dokumen	Wawancara mendalam, observasi, telaah dokumen
----	--	--	--	---

3.6 Pengolahan Dan Analisis Data

Dalam penelitian kualitatif, data penelitiannya berbentuk teks narasi, narasi dengan mendeskripsikan sesuatu dari hasil pengamatan, dan wawancara. Pengolahan data yang telah didapat dari wawancara, telaah dokumen, dan observasi dilakukan dengan mengelompokkan data dalam kategori, memilah-milah yang penting, dan menguraikannya untuk kemudian dapat ditarik kesimpulan. Sebelum dilakukannya pengolahan data dan analisis data, ada beberapa langkah persiapan yang harus dilakukan, yaitu:

1. Transkrip Data

Transkrip data ialah memindahkan data yang awalnya masih dalam bentuk rekaman, dipindahkan ke dalam bentuk tertulis secara lengkap tanpa menambah atau mengurangi suatu informasi yang ada di dalamnya

2. Metode Pengkodean

Setelah peneliti melakukan wawancara, dan men-transkripkannya ke dalam bentuk tertulis, peneliti melakukan

pengkodean berupa cara untuk mengidentifikasi kata-kata yang bisa digunakan untuk pengambilan informasi selanjutnya.

3. Proses Analisis

Proses analisis ini merupakan proses dimana peneliti membaca data naratif secara berulang-ulang dengan bertujuan untuk mencari arti dan memahaminya secara mendalam. Proses ini dilakukan dengan pencocokan data bersama-sama, membuat yang samar menjadi nyata dan jelas, hingga menghubungkan akibat dengan sebab.

4. Pembentukan Matriks

Pembentukan matriks bertujuan untuk melihat hubungan antar kategori. Dengan mengembangkan matriks dapat membantu menemukan hubungan, memetakan hasil, dan melihat keterkaitan antara satu variabel dengan variabel lain.

5. Analisis Data

Saat pengumpulan data dimulai, maka analisis data dalam penelitian juga dimulai. Analisis data dilakukan bertujuan agar mengetahui apakah ada data yang kurang dan masih harus membutuhkan data kembali, pertanyaan apa yang masih belum menemukan jawaban pastinya, dan metode apa yang harus diperbaiki.

6. Analisis Isi

Model analisis yang digunakan dalam penelitian ini ialah pengujian secara intens dengan menggunakan berbagai sumber bukti

terhadap suatu hal yang dibatasi oleh ruang dan waktu.(Fauzi Dwiny T, 2024).

Untuk menjaga keabsahan data dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik triangulasi dan yang dimaksud dengan triangulasi adalah teknik pengumpulan dan pemeriksaan data yang dengan menggabungkan data dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang sudah ada. Triangulasi seperti yang terdapat didalam buku yaitu Triangulasi Teknik.

Triangulasi teknik yaitu dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Peneliti menggunakan wawancara mendalam dengan informan yang berbeda, observasi non partispatif, dan dokumentasi. Pada penelitian ini wawancara dilakukan pada Informan utama pada penelitian ini yaitu kepala ruangan(1orang),Kader Casemix (1 orang),Perawat Pelaksana (1 Orang),

Setelah pengolahan data, selanjutnya dilakukan interpretasi data atau penafsiran data. Penafsiran data merupakan upaya untuk memperoleh makna secara mendalam dan luas terhadap hasil penelitian yang sedang dilakukan (Aditya, 2023).

3.7 Etika Penelitian

Penelitian ini menjunjung tinggi etika penelitian yang merupakan standar etika dalam melakukan penelitian. Adapun prinsip-prinsip etika

penelitian adalah:

Prinsip menghormati harkat martabat manusia (respect for person).

1. Peneliti akan menghormati hak-hak informan yang terlibat dalam penelitian termasuk diantaranya, yaitu hak untuk membuat keputusan untuk terlibat atau tidak terlibat dalam penelitian dan hak untuk dijaga kerahasiaannya berkaitan dengan data yang diperoleh selama penelitian

2. Prinsip berbuat baik (beneficienci)

Manfaat didapatkan melalui keikutsertaan dalam penelitian secara spesifik. Bagian-bagian dari prinsip beneficence antara lain: Bebas dari bahaya (non maleficence). Penelitian yang dilakukan tidak membahayakan jiwa dan tidak membahayakan informan. Apabila terdapat perlakuan yang dilakukan maka perlakuan tersebut sudah melewati sebuah uji etik sehingga telah dinilai untuk aman dilakukan. Selanjutnya adalah bebas dari eksploitasi, yaitu dapat memperoleh manfaat dari penelitian dan mempertimbangkan risiko dan manfaat penelitian.

3. Prinsip keadilan

Memperlakukan seluruh informan yang terlibat dalam penelitian secara adil dan tidak membedakan berdasarkan ras, agama, atau status sosial ekonomi. Peneliti memperlakukan informan sesuai dengan desain penelitian dan tujuan penelitian yaitu hak untuk mendapatkan perlakuan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

A. Profil Rumah Sakit Prima

Rumah Sakit prima merupakan rumah sakit swasta tipe C, yang dikelola oleh PT Riau Anggun Mandiri yang mempunyai tugas dan fungsi untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara prima dan profesional, didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas serta sistem manajemen berbasis teknologi informasi. Rumah Sakit Prima beralamat di Jalan Bima No.1, Kelurahan Delima, Kecamatan Binawidya, Kota Pekanbaru, Provinsi Riau. Dengan luas tanah 9.626 m² dengan luas bangunan 11.871 m². Pada tahun 2016 rumah sakit prima Pekanbaru berdiri dekat jalan lalu lintas utama Pekanbaru di atas areal 30.00m² dengan kapasitas 100+ tempat tidur. Lalu pada tahun 2017 rumah sakit prima Pekanbaru semakin ramah pasien, kemudian mulai bekerja sama dengan BPJS kesehatan agar dapat melayani pasien dengan kartu Indonesia Sehat. Pada tahun 2018 Rumah Sakit Prima Pekanbaru memperoleh akreditasi dan dinyatakan lulus tingkat PARIPURNA dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Dan pada tahun 2019 rumah sakit Prima Pekanbaru berhasil memenangkan Penghargaan Pusat Layanan Kecelakaan Kerja (PLKK Award) dari BPJS Ketenagakerjaan untuk Wilayah Sumatera. Pada tahun 2020 pula rumah sakit prima

pekanbaru terus tumbuh dengan mengembangkan Klinik Gagal Jantung rumah sakit Tipe C pertama di Riau dan membuka Klinik Sport Injury Center. Pada tahun 2021 rumah sakit prima terus berinovasi dengan menyediakan prosedur medis terbaru seperti metode persalinan ERACS, tindakan wasir PILA, serta Laparoskopi Urologi untuk pemecahan batu kandung kemih. Pada tahun 2022 pula senantiasa berinovasi, rumah sakit prima menyediakan layanan Endoskopi untuk menunjang tindakan medis. Dengan dokter berpengalaman dan alat terbaik untuk hasil yang terbaik. Dan di tahun 2022 juga rumah sakit prima pekanbaru memperoleh akreditasi dan dinyatakan lulus tingkat PARIPURNA dari Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARSI). Dan pada tahun 2023 merilis MRI, panoramic, dan penambahan X-Ray sebagai layanan radiologi terintegrasi demi peningkatan kualitas layanan yang semakin baik. (Profil Rumah Sakit Prima, 2022).

B. Visi, Misi, dan Janji Layanan

Rumah Sakit Prima memiliki visi “Menjadi Rumah Sakit yang Unggul & Prima”. Misi Rumah Sakit Prima adalah “Memberikan pelayanan secara profesional dan prima, Menyediakan Sumber Daya Manusia Yang Profesional dan Prima, Menyelenggarakan Sistem Manajemen Yang Prima Berbasis Teknologi Informasi”. (Profil Rumah Sakit Prima, 2022)

D. Karakteristik Informan

Jumlah informan pada penelitian ini adalah sejumlah 3 orang diantaranya yaitu 1 orang informan kunci, 1 orang informan utama dengan kode, 1 orang informan dengan kode pendukung. Adapun karakteristik informan berdasarkan jenis kelamin, jabatan, dan masa kerja dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.1

Karakteristik Informan

Kode	Usia	Jenis Kelamin	Profesi/Jabatan	Masa Kerja
Informan Kunci				
K1	37 tahun	P	Ketua Casemix	5 tahun
Informan Utama				
U1	32 tahun	P	Kader Casemix	2 tahun
Informan Pendukung				
P1	29 tahun	P	Perawat rawat inap	2,5 tahun

Berdasarkan pada tabel 4.1 terkait karakteristik informan di atas, dapat diketahui adanya 3 informen dimana 1 orang sebagai informan kunci, 1 orang informan utama, lalu 1 orang sebagai informan pendukung. Kemudian Pada informan kunci dengan kode K1 berusia 37 tahun dengan jenis kelamin perempuan, berprofesi sebagai ketua casemix dengan masa selama kerja 5 tahun. Pada informan utama dengan kode U1 berusia 32 tahun dengan jenis kelamin

perempuan,berprofesi sebagai kader casemix dengan masa kerja 2 tahun.

Kemudian pada informan pendukung dengan kode P1 berusia 29 tahun dengan jenis kelamin perempuan, berprofesi sebagai perawat rawat inap dengan masa selama kerja 2,5 tahun.

4.1.2 Hasil

A. Kompetensi Petugas

Kompetensi Petugas, yaitu merupakan suatu hal yang menjadi dasar keberhasilan dalam sistem casemix yang implementasinya sangat bergantung pada kompetensi dari sdm, terutama pada petugas rekam medis, verifikator casemix, serta dokter casemix yang kompetensinya mencakup penguasaan teknik koding ICD 10, pemahaman terhadap alur claim serta kemampuan dalam menguasai manajemen data casemix (jayadie ahmad, 2023)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti kepada seluruh informan mengenai alur pengklaiman BPJS di rumah sakit prima terutama pada pasien rawat inap,seluruh informan yaitu K1,U1,P1 mengatakan bahwa pasien rawat inap dan rawat jalan dilayani lalu setelah selesai diberikan pelayanan berkasnya akan dilanjutkan ke rekam medis lalu diberikan ke tim casemix yang dokumen nya dalam bentuk SEP,dan surat rujukan serta berkas tindakan.Adapun kutipan wawancara nya sebagai berikut:

...“oke..pasienn selesaai di layani di ruangan rawat inapp,kan di closing berkasnya akan sampai di rekam medis lalu tim casemix akan

mengambil berkas dii rekam medis dan akan di exambling di exembling itu disusun apa aja sihh berkas berkas yang mau di klaim untuk bpjs ya kann abis itu eee..setelah di disusun seperti ini kodernya koder rawat inap akan menginputkan ke sistemnya.eee..abis tu selesailah”...(K1).

...“oke..eee untuk alurnya sih pertama kan pasien dilayani dulu nih,sudah dilayani di pelayanan rawat inap maupun rawat jalan ya ee...pasien sudah dipulangkan ya status nya dikumpulkan ke rekam medis,nanti dari rekam medis tim casemix kita ada exambling namanya exambling ini ke rekam medis statusnya nanti disini...”...(U1)

...”mmm... biasanya tu dri pasien masuk rawat inap, kita input data di sistem, terus dokumen kayak SEP saa surat rujukan disiapkan. Pasien dirawat, tindakan-tindakan sama diagnosa ditulis sama dokter. Nanti pas pasien udah pulang, semua berkas dikumpulin, terus dikasih ke casemix buat jadi klaim BPJS”....(P1)

Kemudian mengenai wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti kepada seluruh informan mengenai alur claim BPJS rawat inap ada dalam SOP dan disimpan di ruang casemix, mengatakan bahwa seluruh informan mengatakan SOP tersebut ada dan disimpan di dalam lemari atau di ruangan casemix.informan yaitu K1,U1,P1 adapun kutipan wawancara sebagai berikut:

...“adaa..”(K1)

...“adaaa,sopnya nanti adaa ininyaa... semacam isinya itu nantik ada yang nyimpen...”(U1)

...“iya ada ya SOP nya. disimpennya di ruang casemix, Jadi kalau butuh tinggal minta ke sana aja....” (P1)

Yang dapat dilihat pada gambar 4.3 berikut:



Gambar 4.3 Tidak ada pajangan SOP di Ruang Casemix

Kemudia hasil wawancara mendalam kepada informan mengenai sistem pembayaran yang dilakukan BPJS di rumah sakit, seluruh informan yaitu K1U1,P1,mengatakan bahwa pembayaran bisa ditagihkan setelah pengiriman data ke BPJS, adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

...“pembayarannya lancar ya sesuai dengan regulasinya bpjs dimana setelah kita pengiriman data. mereka akan eee... menerima berkas kita dan dalam hitungan berapa hari mereka akan verifikasi eeee...feedback nya ke kita eee...jawabanya apakah disetujui apa tidak....”(K1)

...“eeeeeee.....sistem pembayaran biasanya sih ontime yaa dibayarkan yang bisa kita tagihkan kan ini nantik keluar ecpknya dan langsung cair gitu...”(U1)

“emmm... BPJS itu sistemnya, sesuai diagnosa sama prosedur nanti keluar tarifnya. terus bpjs bayar langsung ke rumah sakit, bukan ke pasien. tapi nggak langsung cair juga, bisa nunggu beberapa minggu bahkan bulan, tergantung verifikasi nya si dek...”(P1)

Kemudian hasil wawancara mendalam yang dilakukan peneliti kepada informan mengenai berkas yang dibutuhkan untuk melakukan pengklaiman bpjs pada pasien rawat inap di rumah sakit, seluruh informan yaitu K1, U1, dan P1 mengatakan bahwa adanya keberagaman berkas yang dibutuhkan seperti SEP, resume medis, tindakan harian, surat rujukan, surat kontrol kalau ada KTP, kartu bpjs, yang seluruh filenya juga ada berupa soft file yang diinputkan ke sistem. Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

...“nahh...kemarin pernah difoto gak yaa...ada 1 lembar ee..itu aaa... secara garis besarnya berkas berkas eee...peen..dukungnya mau kita kirimkan ke bpjs..”(K1)

...“hmm,sistemnya kalau dokumennya ada eee..kita kan sudah ada erha jadii kebanyakan sudah di soft copy semua sudah ada di sistem,jadi nantik tinggal download dari sistem aja..nantik itu yang kita kirimkan dalam bentuk pdf satu file ke bpjs nya gitu....”(U1)

...“biasanya sih... sep, resume medis, tindakan harian, surat rujukan, surat kontrol kalau ada, KTP, kartu BPJS,seperti hm ya seperti itu sih...”(P1)

Kemudian hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti kepada seluruh informan mengenai apakah terdapat kesulitan dalam memahami kode ICD 10, sebagian besar informan yaitu K1, dan U1 mengatakan bahwa sejauh ini dapat memahami kode ICD 10. Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

...“eeeeee...kalau awalnya iyaa....tetapi kann kita koordinasii samaa DPJP karena kan semuanya kita menafsirkan dari hasil resume mediss sehingga kita menuangkan ke angka angka yaa kan,eee rata rata siih,bisa sii sekarang...”(K1)

...“eeee.....sejauh ini sih masih bisa dipahami haa’aa...”(U1)

Lalu hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti kepada seluruh informan mengenai apakah terdapat kesulitan dalam memahami kode ICD 10, sebagian kecil informan yaitu P1 mengatakan bahwa mengalami kesulitan dalam memahami kode ICD 10. Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

...“Sebenarnya...kalau aku sebagai perawat, nggak terlalu dalem sih di kode ICD-10. tapi ya kadang ada bingung juga kalau kode nya rumit. Tapi kalau kode yang sering ya kita udah paham la ya...”(P1)

Dari hasil wawancara mendalam yang peneliti lakukan kepada seluruh informan terkait kompetensi petugas maka dapat disimpulkan bahwa pasien rawat inap dan rawat jalan dilayani lalu setelah selesai diberikan pelayanan berkasnya akan dilanjutkan ke rekam medis lalu diberikan ke tim casemix yang dokumen nya dalam bentuk SEP, dan surat rujukan

serta berkas tindakan, lalu mengatakan bahwa seluruh informan mengatakan SOP tersebut ada dan disimpan di dalam lemari atau di ruangan casemix. Lalu bahwa pembayaran bisa ditagihkan setelah pengiriman data ke BPJS. Lalu bahwa adanya keberagaman berkas yang dibutuhkan seperti SEP, resume medis, tindakan harian, surat rujukan, surat kontrol kalau ada KTP, kartu bpjs, yang seluruh filenya juga ada berupa soft file yang diinputkan ke sistem. Lalu bahwa mengalami kesulitan dalam memahami kode ICD 10.

B. Kelengkapan Dokumen

Kelengkapan Dokumen, merupakan suatu penekanan bahwa rekam medis yang tidak lengkap merupakan salah satu hambatan yang paling utama dalam pengelompokan casemix yang akurat, yang data nya terdiri dari diagnosis utama dan sekunder, tindakan medis, hasil pemeriksaan medis, serta resume medis. (Jayadie Ahmad, 2023)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti kepada informan terkait kelengkapan dokumen mengenai bagaimana proses verifikasi kelengkapan berkas claim rawat inap. Seluruh informan yaitu K1, U1, P1 mengatakan bahwa adanya jawaban yang beragam seperti adanya verifikasi sesuai dengan kaidah BPJS, lalu berkas pasien perlu diteliti lagi dalam memverifikasinya, serta berkas dicek dulu sama rekam medis dan casemix setelah pasien pulang. Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

... “ kalau verifikasinya pasti sesuai eee..dengan kaidahnya bpjs mereka kan punya kaidah coding nahh koder koder kita juga

sudahh semua di sosialisasi udah adaa eee..pelatihan eee...bagaimana cara mengkoding misalnya kan diagnosa inii kodenyaa apa terus harapnya kan ada dari bpjs misalnyai hasil pemeriksaan penunjangnya harusnyaa apa tentu kita semua sudah terpapar jadii kita mengkoding memang sudahh sesuai ketentuann...”(K1)

“... eee...bagaimana ini maksudnya tergantung sih kalau misalnya dia pasien rawat inap biasa yaa okelah yaa...tapi kalau pasien yang rawat nya intensif kan biasanya rawat yang lama jadi itu yang perlu kita teliti lagi dalam memverif nya...” (U1).

“...eee....biasanya Setelah pasien pulang, berkasnya dicek dulu sama rekam medis dan casemix.kalau ada yang kurang, biasanya kita dikabarin buat lengkapi.dicek lengkap gak, tanda tangan, stempel, resume ditulis semua atau belum.gitu sihh ya...”(P1)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai dokumen yang diperlukan sehingga berkas pasien lengkap untuk di klaim, sebagian besar informan yaitu U1,dan P1,mengatakan bahwa adanya jawaban beragam seperti melengkapi dokumen penunjang (labor, rontgen, EKG, Eko, spriometri, resume medis, SEP, surat rujukan, hasil penunjang, form claim dan laporan tindakan selama dirawat). Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

...“dokumen apaa...ee yang pertama cara masuknya dulu dari poli atau ugd kan intensif rawatnya sudah sesuai atau belum terus

abis ituu apakah ada penunjang penunjang lainnya kek labor,rontgen sama kek ekg,eko ee spiriometri gitu gitu keg..”(U1)

.... “hmm kalau itu biasanya ada...resume medis, sep, surat rujukan, hasil penunjang, form klaim, dan tindakan selama dirawat itu semua penting ya hampir sama la ya kurang lebih seperti yg tadi...”(P1)

Lalu hasil wawancara mendalam kepada seluruh informan mengenai dokumen yang diperlukan sehingga berkas pasien lengkap untuk di claim, sebagian kecil informan yaitu K1, mengatakan bahwa yang itu. Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

... “eee yang ituu..yang kemarin ituu..”(K1)

Kemudian hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti kepada seluruh informan mengenai penyebab dokumen pasien tidak lengkap, sehingga berpengaruh dalam proses pengklaiman berkas. Seluruh informan yaitu K1,U1,P1, mengatakan bahwa dokumen dilengkapi sehingga minim angka pending claim. Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

... “biasanyaa tu hasil hasil penunjang yang belumm disertakan dalam scan tadii dalam ini belumm ada tapi biasa kita udah enggak ada lagi karena kita kan banyak yang verif ya dari tim exambling sudah memverif nanti di kodernya jugak ee mengchek lagi apakah misalnya hasil pemeriksaan nya sudah masuk disanaa,abis itu kan nanti di tim scan kan eee..di scan lagi di scan kan nanti juga akan dilihat ee ini

rontgen nya udah masuk belum..ini udah masuk belumm..nah jadi itu dahh minim banget itu angka terjadi pending karena itu....”(K1)

...“hmmmmmmmm....dokumen tidak lengkap biasanya sih lengkap untuk persetujuan lengkap itu kita ada eee....waktu biasanya pasien pulang nanti kan diambil,ee besoknya kan statusnya udah nyampai sini nih,..biasanya kelengkapannya itu udah langsung selesai sih sama ruang ruang rawatan yang udah mau pulang sudah diselesaikan deluan semua sama keperawatan jadi nyampai sini tu udah ngak ada yang terlewati,kita cuman verif aja...” (U1)

...“hmm....biasanya si dek kadang karena kelupaan tanda tangan, atau dpjp belum tulis resume bisa juga karena pasien pulang mendadak jadi dokumennya nggak kelar semua kadang juga hasil lab belum masuk kan...”(P1)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang peneliti lakukan mengenai apakah ada batas waktu untuk melengkapi kelengkapan dokumen pasien yang tidak lengkap, seluruh informan yaitu K1,U1, dan P1, mengatakan bahwa adanya jawaban yang beragam seperti dilengkapi sebelum di closing, waktunya 2x24 jam, dan maksimal 14 hari kerja setelah pasien pulang.Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

...“ emmm biasanya siihh pokoknyaa seebelum kita mau closing tu dah haruss kelaar semuanya...”(K1)

...“untuk itu eee...biasanya apa yaaa..paling 2x24 jam udah oke sihh..ngak lama...paling lama ituh...”(U1)

...“ada biasanya maksimal 14 hari kerja pas pasien itu pulang. Kalau lewat dari itu, klaim bisa pending atau ditolak gitu sih yaa...”(P1)

Adanya jawaban yang beragam mengenai batas waktu untuk melengkapi kelengkapan dokumen pasien yang tidak lengkap menyebabkan adanya penumpukan berkas dimeja petugas casemix karena bedanya pemahaman antar petugas casemix terkait lama waktu penyelesaian berkas, yang dapat dilihat pada gambar 4.2 berikut:



Gambar 4.2 Penumpukan Berkas Casemix

Lalu hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti kepada seluruh mengenai apa solusi yang diterapkan jika terdapat ketidaklengkapan dokumen pasien. Seluruh informan yaitu K1,U1,P1, mengatakan bahwa akan dikomfirmasi langsung ke unit masing masing. adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

... “ kita konfirmasi ke unit masing masing misalnya pasien dirawat dimana kita konfirmasi ke ruangan sana ke kepala ruangan ataupun ke dpjp nya apa data ee..yang kita butuhkan untuk verifikasi...”(K1)

“...eee...apa kita biasanya tuh adaa...adaa google doc yang apa namanya yangg..buat ngasih tau disitu pr pr nya apa,cuman biasanya gak terlalu banyak sih yang diisi disitu atau kadang kita konfirmasi ke dpjp ajaa,dok ini sudah sesuai apa belum ee,ininya apanamanya eee...diagnosisnya sama pasiennya sudah oke itu aja sihh..cuman konfirmasi langsung aja...”(U1)

... “.biasanya kita langsung koordinasi ke yang kurang misalnya dokter belum tanda tangan, kita hubungi, atau bagian lab kalau hasilnya belum masuk pokoknya saling bantu biar berkas lengkap gitu yaa...”(P1)

Kemudian hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti ada kah batas waktu untuk melengkapi dokumen pasien yang tidak lengkap ini seluruh informan K1,U1,P1 mengatakan bahwa sebelum closing itu semua berkas harus dipastikan dan dicek sehingga tidak terjadinya kesalahan.Dan biasanya di koordinasi ke dokter agar tidak terjadinya kesalahan.saat menginput.serta menunjukan bahwa berbagai bagian sangat mendukung proses pengajuan klaim tiap unit agar lebih kompak.

Dari hasil wawancara mendalam yang peneliti lakukan kepada seluruh informan terkait kelengkapan dokumen maka dapat

disimpulkan bahwa adanya jawaban yang beragam seperti adanya verifikasi sesuai dengan kaidah BPJS, lalu berkas pasien perlu diteliti lagi dalam memverifikasinya, serta berkas dicek dulu sama rekam medis dan casemix setelah pasien pulang. Lalu mengatakan bahwa adanya jawaban beragam seperti melengkapi dokumen penunjang (labor, rontgen, EKG, Eko, spirometri, resume medis, SEP, surat rujukan, hasil penunjang, form claim dan laporan tindakan selama dirawat). Lalu bahwa dokumen dilengkapi sehingga minim angka pending claim. Lalu bahwa adanya jawaban yang beragam seperti dilengkapi sebelum di closing, waktunya 2x24 jam, dan maksimal 14 hari kerja setelah pasien pulang. Lalu bahwa akan dikomfirmasi langsung ke unit masing masing. Lalu bahwa sebelum closing itu semua berkas harus dipastikan dan dicek sehingga tidak terjadinya kesalahan. Dan biasanya di koordinasi ke dokter agar tidak terjadinya kesalahan. Saat menginput, serta menunjukkan bahwa berbagai bagian sangat mendukung proses pengajuan klaim tiap unit agar lebih kompak.

C. Sistem Informasi Casemix

Sistem Informasi Casemix, merupakan sistem informasi yang terintegrasi oleh casemix untuk membantu dalam proses pengkodean dan pengelompokan kasus, yang keberadaanya juga dapat mendukung akses data realtime, audit claim secara efektif dan pembuatan laporan untuk evaluasi kerja pelayanan kesehatan)(jayadie ahmad, 2023)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti kepada seluruh informan tentang sistem informasi casemix mengenai apa saja yang termasuk dalam sistem informasi casemix, seluruh informan yaitu K1,U1,P1 mengatakan bahwa hanya jawaban yang beragam seperti sistem BPJS ecalim,INACBG, kode ICD 10. Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

...“ooo iya itu yang simrs kemarin yaa.eee jadi kita tu simrs nya udah brijing ke bpjs tapi brijingnya tu dalam bentuk eclaim ya jadi kita menginput semua koding tu kan dalam eee....sistem bpjs eklaim,nah baru itu yang eeee...brijing nah gitu jadi disitu hanya berupa eee..kode kode yang mau kita input aja sihh....”(K1)

...“sistem informasi casemixx...yaa masalahh keknya seperti yang ini yaa inacbg yaa...”(U1)

...“isi nya itu ya data diagnosa, kode icd10, mungkin ya seperti inacbg nya dan semua yang dibutuhin buat ngurus klaim bpjs biasanya sih dek...”(P1)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai sistem informasi casemix berlaku untuk BPJS saja atau berlaku untuk pembayaran lainnya, sebagian besar informan yaitu K1, dan P1 mengatakan bahwa hanya untuk BPJS saja.Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

...“masih untuk bpjs”...(K1)

...“nggak cuma bpjs aja sih.... kadang juga dipakai buat asuransi lain, tapi emang paling sering dipakai buat yang bpjs....” (P1)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai sistem informasi casemix berlaku untuk BPJS saja atau berlaku untuk pembayaran lainnya, sebagian kecil informan yaitu U1 mengatakan bahwa asuransi lainnya seperti BPJSTK sudah mulai pakai itu. Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

... ”emmmmm....untuk metode pembayaran sih udah mulai pakek kek asuransi asuransi sama kek bpjstk mereka sudah mulai pakai itu sih penginputannya...”(U1)

Kemudian hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan peneliti kepada seluruh informan terkait klasifikasi pasien pada sistem informasi casemix di klasifikasikan berdasarkan apa, Seluruh informan yaitu K1,U1,P1, mengatakan bahwa adanya jawaban yang beragam yaitu masih sesuai kelas, sub bab penyakit, dan dari diagnosa prosedur. adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

... “ enggak ada di bagi bagi siih biasanya kan sesuai dengan kelas pasien aja ya kalau sekarang kan bpjs masih sesuai kelas...”(K1)

... “berdasarkann sub bab penyakit ya...”(U1)

... “.hmmmm....mungkin dari diagnosa ya prosedur, umur pasien,biasanya yg kayak gitu sih dekk....”(P1)

Kemudian hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti kepada seluruh informan mengenai bahwa berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menulis tindakan diagnosa pasien oleh dpjp ketika terdapat banyak pasien, sebagian besar informan yaitu K1,dan U1, mengatakan bahwa biasanya tidak lama karena langsung diisi. Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

... “ kalau untuk rawat inap biasanya ngak lama yaa kan dari awal kan dia udah tau nih saat meriksa pasien abis itu dia ngisi ktp ngasi assesment nyaa apa,teerus sama diagnosanya itu dah biasanya lanjut sih dan kek udah kebiasaan gitu juga sopnya dah ada gitu ndak lama lamah....”(K1)

... “eeee..disini kan udah pakai dh jadi dpjp ya jadi dpjp itu ya tinggal ngetik misalnya hemodian ya dia langsung keluar jadi langsung klik aja,kayak sistemnya apa yaa tinggal ketik langsung keluar gitu loh..jadi mereka tinggal cus gimana gitu ini gak lama sih harusnya sebentar gitu...”(U1)

Lalu hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti kepada seluruh informan mengenai bahwa berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menulis tindakan diagnosa pasien oleh dpjp ketika terdapat banyak pasien, sebagian kecil informan yaitu P1, mengatakan bahwa biasanya 2-3 hari baru selesai nulis semuanya. Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

... “kalau pasiennya banyak ya... kita tu, bisa sampai 2-3 hari baru kelar semua nulisnya. kadang dokternya juga sibuk visit ke ruangan lain, jadi nulis resume suka ketunda....” (P1)

Kemudian hasil wawancara mendalam yang dilakukan peneliti kepada seluruh informan terkait sistem informasi casemix tentang siapa yang bertanggung jawab jika terjadi perbedaan diagnosa, seluruh informan yaitu K1, U1, dan P1 mengatakan bahwa yang bertanggung jawab yaitu DPJP. Adapun kutipan wawancaranya sebagai berikut:

... “oo itu eee..tentu kita mengambil diagnosa sesuai dengan dpjp jadi kalau ada yang memang ee...kurang sesuai kita koordinasi ke dpjp nya, dok izin ini diagnosa sebenarnya apa? karena hasilnya ada ini ini..mana tau ada miss ya ee dokternya salah tulis...atau masuk apa ada diagnosa yang belum masuk biasanya...sebenarnya dokternya ada ee mengecek ini..mengasih obat ini belum di buatnya diagnosanya di resume kadang kan yang kek gitu-gitu...” (K1)

... “ emmmm...kita disini sih ada mpp yang untuk mengurus itu ya ...jadi kalau misal ada perbedaaan atau ada yang mau dikomfirmasi mpp kita turun misalnya untuk komfir ke dpjp misalnya ni pasien dengan muti penyakit ke dpjp misalnya kan kadang nanti mpp yang komfirmasi ke pihak dpjp sebut keluhan pasien ini bagaimana tanggaapan nya seperti itu.....” (U1)

“...hmm ya dpjp -nya yang bertanggung jawab.tapi kalau petugas casemix nemu yg beda, biasanya dikonfirmasi dulu sih. kalau gak cocok, itu bisa ganggu proses klaim nya dek....”(P1)

Kemudian hasil wawancara mendalam. yang dilakukan peneliti kepada informan terkait sistem informasi casemix. Hal ini menunjukkan bahwa komunikasi lintas unit sangat penting untuk menjaga validitas data klaim dan kelancarannya.

Dari hasil wawancara mendalam yang peneliti lakukan kepada seluruh informan terkait sistem informasi casemix maka dapat disimpulkan bahwa hanya jawaban yang beragam seperti sistem BPJS ecalim, INACBG, kode ICD 10. Lalu hanya untuk BPJS saja.Lalu asuransi lainnya seperti BPJSTK sudah mulai pakai itu. Lalu bahwa adanya jawaban yang beragam yaitu masih sesuai kelas, sub bab penyakit, dan dari diagnosa prosedur. Lalu bahwa berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menulis tindakan diagnosa pasien oleh dpjp ketika terdapat banyak pasien, sebagian besar informan yaitu K1,dan U1, mengatakan bahwa biasanya tidak lama karena langsung diisi. Lalu berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menulis tindakan diagnosa pasien oleh dpjp ketika terdapat banyak pasien, sebagian kecil informan yaitu P1, mengatakan bahwa biasanya 2-3 hari baru selesai nulis semuanya. Lalu yang bertanggung jawab yaitu DPJP. Lalu bahwa komunikasi lintas unit sangat penting untuk menjaga validitas data klaim dan kelancarannya.

4.2 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut:

1. Peneliti hanya fokus pada unit casemix rawat inap, belum rawat jalan
2. Keterbatasan peneliti dalam mendapatkan informan yang bersedia untuk diwawancarai.
3. Keterbatasan waktu informan untuk di wawancarai mengingat padatnya jadwal kerja informan.

4.3 Pembahasan

1. Kompetensi Petugas

Untuk mencegah terjadinya pending claim, penting bagi petugas untuk mengetahui alur pengklaiman BPJS pada pasien rawat inap. Hal ini menjadi aspek yang mempengaruhi kompetensi petugas dalam prosedur pengklaiman tersebut ((Bidang Ilmu Kesehatan et al., 2025)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti kepada seluruh informan mengenai alur pengklaiman BPJS di rumah sakit prima terutama pada pasien rawat inap, seluruh informan yaitu K1,U1,P1 mengatakan bahwa pasien rawat inap dan rawat jalan dilayani lalu setelah selesai diberikan pelayanan berkasnya akan dilanjutkan ke rekam medis lalu diberikan ke tim casemix yang dokumen nya dalam bentuk SEP, dan surat rujukan serta berkas tindakan.

Sebagaimana penelitian yang dilakukan Petugas pelaksana (RAHAYU, 2025) pengklaiman BPJS pada pasien rawat inap harus menunjukkan pemahaman baik mengenai prosedur pengajuan klaim. Apabila tidak memiliki pemahaman yang baik maka dapat menyebabkan

pending claim dan meningkatkan beban kerja petugas lainnya. Salah satu saran untuk mencegah hal tersebut yakni membuat dan menerapkan Standar Operasional Prosedur (SOP) untuk membantu mengatur pelaksanaan klaim.

Peneliti berassumsi, Petugas pengklaiman berkas BPJS di rumah sakit Prima sudah kompeten dalam melaksanakan tugasnya yang mana telah memahami prosedur pengklaiman secara umum dan terstruktur. Adapun jika petugas mengalami kendala dalam mengajukan klaim, SOP dapat di akses di ruangan petugas serta dapat mengkonfirmasi ke petugas di bidangnya.

Kemudian mengenai wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti kepada seluruh informan mengenai alur claim BPJS rawat inap ada dalam SOP dan disimpan di ruang casemix, mengatakan bahwa seluruh informan mengatakan SOP tersebut ada dan disimpan di dalam lemari atau di ruangan casemix.

Menurut (E. S. Maulida & Djunawan, 2022) ketidaktepatan koding merupakan salah satu penyebab terjadinya pending klaim yang mana disebabkan oleh petugas tidak memasukkan kode diagnosis yang tidak sesuai. Hal ini diakibatkan oleh kurangnya pemahaman petugas terkait pengkodean ICD -10.

Kemudian hasil wawancara mendalam kepada informan mengenai sistem pembayaran yang dilakukan BPJS di rumah sakit, seluruh informan yaitu K1U1,P1, mengatakan bahwa pembayaran bisa ditagihkan setelah pengiriman data ke BPJS.

Penelitian ini sejalan dengan (Hasbullah et al., 2021) Di Rumah Sakit Ibnu Sina Makasar. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa sebagian casemix RS Ibnu Sina, pihak rumah sakit kurang melaksanakan sosialisasi tentang pelaksanaan PKS tersebut sehingga DPJP, kepala-kepala ruangan dan perawat pelaksana kurang bahkan beberapa tidak mengetahui dampak yang akan terjadi bila tidak melaksanakan kelengkapan dokumen klaim di samping juga RS Ibnu Sina belum mempunyai SOP tentang pelaksanaan prosedur klaim.

Peneliti beranggapan bahwa pasien baik rawat inap maupun rawat jalan terlebih dahulu mendapatkan pelayanan sesuai prosedur, kemudian setelah selesai berkas pelayanan dilanjutkan ke bagian rekam medis. Selanjutnya, dokumen tersebut diteruskan kepada tim casemix dalam bentuk berkas yang meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), surat rujukan, serta dokumen tindakan medis. Seluruh informan menyatakan bahwa alur pelayanan dan klaim ini sudah memiliki SOP yang jelas, disimpan di lemari maupun di ruangan casemix. Setelah dokumen lengkap dan diverifikasi, rumah sakit dapat melakukan penagihan pembayaran ke BPJS melalui pengiriman data klaim.

2. Kelengkapan Dokumen

Untuk melaksanakan proses pengklaiman, pihak rumah sakit harus menyerahkan dokumen pendukung sebagai bukti untuk syarat pengajuan klaim. Kelengkapan dokumen klaim dapat dipengaruhi oleh kelengkapan persyaratan yang berasal dari peserta atau dari asuhan. Kelengkapan

dokumen pengajuan klaim merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan.(Pratama et al., 2023).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan oleh peneliti kepada informan terkait kelengkapan dokumen mengenai bagaimana proses verifikasi kelengkapan berkas claim rawat inap. Seluruh informan yaitu K1,U1,P1 mengatakan bahwa adanya jawaban yang beragam seperti adanya verifikasi sesuai dengan kaidah BPJS,lalu berkas pasien perlu diteliti lagi dalam memverifikasinya, serta berkas dicek dulu sama rekam medis dan casemix setelah pasien pulang.

Hasil ini sejalan dengan (Pratama et al., 2023) yang menyatakan persyaratan berkas pada proses pengajuan klaim seperti berkas klaim, resume medis, SEP, laporan keperawatan, dan lembar billing yang sudah lengkap. Apabila terdapat ketidaklengkapan berkas maka akan mengakibatkan penundaan dalam proses klaim dan berpotensi merugikan rumah sakit dalam hal penggantian biaya.

Peneliti beramsumsi, sebagai kecil informan yaitu K1 yang sudah didapatkan, sebelum pengajuan klaim berkas akan diverifikasi terlebih dahulu berdasarkan pedoman BPJS. Proses verifikasi bisa bervariasi tergantung jenis kasus, khususnya pada pasien rawat inap intensif yang memerlukan peninjauan lebih mendalam. Apabila terdapat kekurangan akan segera dikonfirmasi untuk dilengkapi.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Bidang Ilmu Kesehatan et al., 2025) Saat akan melakukan pengajuan klaim, petugas verifikasi internal bertugas untuk memeriksa dokumen yang akan

diajukan. Proses pemeriksaan ini bertujuan untuk mengurangi persentase klaim yang tertunda atau ditolak.

Peneliti berassumsi, tindakan verifikasi penting untuk dilaksanakan guna memastikan bahwa semua dokumen yang diperlukan telah lengkap sebelum pengajuan dilakukan. Sehingga menjadi solusi untuk mencegah terjadinya pending claim. Selain itu, peneliti menyarankan untuk menggunakan lembaran checklist sebagai panduan agar dokumen relevan dan proses klaim menjadi efektif.

Berdasarkan penelitian yang peneliti lakukan, diketahui bahwa pengajuan dokumen klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Prima memiliki batas waktu maksimal hingga 14 hari kerja sejak pasien keluar dari rumah sakit, dan jika melebihi batas tersebut, klaim dapat mengalami pending atau bahkan penolakan. Oleh karena itu, untuk mencegah terjadinya pending claim petugas ditekankan untuk menyelesaikan proses pemberkasan dalam waktu 2x24 jam setelah pasien dipulangkan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Winarti, 2022) batas waktu pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu di RSUD X Kabupaten Bandung diajukan secara kolektif, periodik, dan lengkap setiap awal bulan maksimal tanggal 10 setiap bulannya, Kendala yang ditemukan dalam proses pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan tahap satu adalah keterlambatan dalam pengumpulan resume medis dan berkas penunjang. Hal ini disebabkan karena menunggu jadwal DPJP visite dan disebabkan karena terbatasnya petugas administrasi ruang

rawat inap hanya satu orang pada setiap ruangan, tidak sebanding dengan jumlah pasien rawat inap yang cukup banyak.

Kemudian adanya jawaban beragam seperti melengkapi dokumen penunjang (labor, rontgen, EKG, Eko, spriometri, resume medis, SEP, surat rujukan, hasil penunjang, form claim dan laporan tindakan selama dirawat).

Menurut peneliti Metode pengerjaan dan pengumpulan berkas yang dilakukan oleh petugas di rumah sakit prima sudah cukup baik yang mana pengumpulan berkas jauh sebelum tanggal pengajuan claim yang ditentukan dengan tujuan untuk mencegah terjadinya pending claim akibat keterlambatan pengumpulan berkas dokumen klaim.

Peneliti beramsumsi bahwa pengerjaan dan pengumpulan berkas yang dilakukan sudah cukup baik. Namun adanya jawaban yang beragam seperti adanya verifikasi sesuai dengan kaidah BPJS, lalu berkas pasien perlu diteliti lagi dalam memverifikasinya, serta berkas dicek dulu sama rekam medis dan casemix setelah pasien pulang. Lalu mengatakan bahwa adanya jawaban beragam seperti melengkapi dokumen penunjang (labor, rontgen, EKG, Eko, spriometri, resume medis, SEP, surat rujukan, hasil penunjang, form claim dan laporan tindakan selama dirawat). Lalu bahwa dokumen dilengkapi sehingga minim angka pending claim. Lalu bahwa adanya jawaban yang beragam seperti dilengkapi sebelum di closing, waktunya 2x24 jam, dan maksimal 14 hari kerja setelah pasien pulang. Lalu bahwa akan dikomfirmasi langsung ke unit masing masing. Lalu bahwa sebelum closing itu semua berkas harus dipastikan dan

dicek sehingga tidak terjadinya kesalahan. Dan biasanya di koordinasi ke dokter agar tidak terjadinya kesalahan. saat menginput. serta menunjukan bahwa berbagai bagian sangat mendukung proses pengajuan klaim tiap unit agar lebih kompak.

3. Sistem Informasi Casemix

Sistem Informasi Casemix, merupakan sistem informasi yang terintegrasi oleh casemix untuk membantu dalam proses pengkodean dan pengelompokan kasus, yang keberadaanya juga dapat mendukung akses data realtime, audit claim secara efektif dan pembuatan laporan untuk evaluasi kerja pelayanan kesehatan (jayadie ahmad, 2023).

Berdasarkan penelitian yang telah peneliti laksanakan, Sistem informasi casemix di rumah sakit prima sudah mengalami digitalisasi yang mana proses claim BPJS sudah dapat diakses melalui fitur e claim. Hal ini juga mendukung kecepatan dan keakuratan dari proses claim. Hal ini sejalan dengan penelitian (Bidang Ilmu Kesehatan et al., 2025) yang menyatakan bahwa sistem kelancaran proses klaim BPJS. Sebaliknya, jika sarana prasarana yang kurang baik dalam hal teknologi maupun infrastruktur fisik dapat menghambat proses klaim dan meningkatkan risiko terjadinya pending klaim. Menurut peneliti, sistem informasi casemix di rumah sakit prima sudah cukup baik. Selain dari sistem informasi casemix yang sudah digitalisasi, penting bagi petugas untuk terpapar mengenai pengoperasian nya guna mencegah terjadinya pending claim. Hal ini menunjukkan bahwa komunikasi lintas unit sangat penting untuk menjaga validitas data klaim dan kelancarannya.

Berdasarkan penelitian mendalam yang dilakukan oleh peneliti dengan seluruh informan yaitu K1,U1,P1 terkait tentang sistem informasi casemix mengenai apa saja yang termasuk dalam sistem informasi casemix, dapat disimpulkan hanya jawaban yang beragam seperti sistem BPJS ecalim,INACBG, kode ICD 10.

Peneliti beramsumsi bahwa komunikasi lintas unit sangat penting untuk menjaga validitas data klaim dan kelancarann . Namun Dari hasil wawancara yang peneliti lakukan kepada seluruh informan terkait sistem informasi casemix maka dapat disimpulkan bahwa hanya jawaban yang beragam seperti sistem BPJS ecalim,INACBG, kode ICD 10. Lalu hanya untuk BPJS saja.Lalu asuransi lainnya seperti BPJSTK sudah mulai pakai itu. Lalu bahwa adanya jawaban yang beragam yaitu masih sesuai kelas, sub bab penyakit, dan dari diagnosa prosedur. Lalu bahwa berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menulis tindakan diagnosa pasien oleh dpjp ketika terdapat banyak pasien, sebagian besar informan yaitu K1,dan U1, mengatakan bahwa biasanya tidak lama karena langsung diisi. Lalu berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menulis tindakan diagnosa pasien oleh dpjp ketika terdapat banyak pasien, sebagian kecil informan yaitu P1, mengatakan bahwa biasanya 2-3 hari baru selesai nulis semuanya. Lalu yang bertanggung jawab yaitu DPJP. Lalu bahwa komunikasi lintas unit sangat penting untuk menjaga validitas data klaim dan kelancarannya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Kompetensi Petugas

Pasien rawat inap dan rawat jalan dilayani lalu setelah selesai diberikan pelayanan berkasnya akan dilanjutkan ke rekam medis lalu diberikan ke tim casemix yang dokumen nya dalam bentuk SEP, dan surat rujukan serta berkas tindakan, lalu mengatakan bahwa seluruh informan mengatakan SOP tersebut ada dan disimpan di dalam lemari atau di ruangan casemix. Lalu bahwa pembayaran bisa ditagihkan setelah pengiriman data ke BPJS. Lalu bahwa adanya keberagaman berkas yang dibutuhkan seperti SEP, resume medis, tindakan harian, surat rujukan, surat kontrol kalau ada KTP, kartu bpjs, yang seluruh filenya juga ada berupa soft file yang diinputkan ke sistem. Lalu bahwa mengalami kesulitan dalam memahami kode ICD 10.

2. Kelengkapan Dokumen

Adanya jawaban yang beragam seperti adanya verifikasi sesuai dengan kaidah BPJS, lalu berkas pasien perlu diteliti lagi dalam memverifikasinya, serta berkas dicek dulu sama rekam medis dan casemix setelah pasien pulang. Lalu mengatakan bahwa adanya jawaban beragam seperti melengkapi dokumen penunjang (labor, rontgen, EKG, Eko, spirometri, resume medis, SEP, surat rujukan, hasil penunjang, form claim dan laporan tindakan selama dirawat). Lalu bahwa dokumen dilengkapi sehingga minim angka pending claim. Lalu

bahwa adanya jawaban yang beragam seperti dilengkapi sebelum di closing, waktunya 2x24 jam, dan maksimal 14 hari kerja setelah pasien pulang. Lalu bahwa akan dikomfirmasi langsung ke unit masing masing. Lalu bahwa sebelum closing itu semua berkas harus dipastikan dan dicek sehingga tidak terjadinya kesalahan. Dan biasanya di koordinasi ke dokter agar tidak terjadinya kesalahan. Saat menginput, serta menunjukan bahwa berbagai bagian sangat mendukung proses pengajuan klaim tiap unit agar lebih kompak.

3. Sistem Informasi Casemix

Adanya jawaban yang beragam seperti sistem BPJS ecalim, INACBG, kode ICD 10. Lalu hanya untuk BPJS saja. Lalu asuransi lainnya seperti BPJSTK sudah mulai pakai itu. Lalu bahwa adanya jawaban yang beragam yaitu masih sesuai kelas, sub bab penyakit, dan dari diagnosa prosedur. Lalu bahwa berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menulis tindakan diagnosa pasien oleh dpjp ketika terdapat banyak pasien, sebagian besar informan yaitu K1, dan U1, mengatakan bahwa biasanya tidak lama karena langsung diisi. Lalu berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menulis tindakan diagnosa pasien oleh dpjp ketika terdapat banyak pasien, sebagian kecil informan yaitu P1, mengatakan bahwa biasanya 2-3 hari baru selesai nulis semuanya. Lalu yang bertanggung jawab yaitu DPJP. Lalu bahwa komunikasi lintas unit sangat penting untuk menjaga validitas data klaim dan kelancarannya.

5.2 Saran

Bagi Rumah Sakit Prima Pekanbaru

1. Perlu adanya pemajangan SOP casemix khususnya rawat inap agar petugas memahami dan mengetahui berkas apa saja yang harus dilengkapi karena saat diwawancara petugas casemix menjawab dengan jawaban yang beragam, lalu waktu melengkapi berkas yang dijawab secara beragam dan berbeda beda, serta kasifikasi pasien pada sistem informasi casemix juga di jawab beragam dan berbeda - beda, dan peneliti memberikan banner SOP casemix rawat inap sebagai luaran penelitian.
2. Diharapkan kepada rumah sakit prima pekanbaru untuk mengadakan pelatihan mengenai kode ICD 10, karena masih adanya petugas casemix yang masih tidak memahami kode ICD 10.

Bagi Peneliti Selanjutnya

1. Peneliti selanjutnya disarankan untuk memperluas variabel penelitian dengan menambahkan aspek manajemen waktu proses klaim, koordinasi antar unit terkait, serta evaluasi berkala terhadap alur kerja klaim BPJS, sehingga dapat memberikan gambaran yang lebih menyeluruh mengenai faktor penyebab pending claim
2. Diharapkan kepada peneliti selanjutnya dapat meneliti efektivitas pelatihan pengkodean spesialis serta penggunaan

lembar checklist verifikasi dokumen terhadap penurunan jumlah pending claim.

3. Diharapkan kepada peneliti selanjutnya dapat untuk mengukur dampak koordinasi lintas unit (farmasi, rekam medis, keuangan, dan casemix) terhadap kecepatan penyelesaian klaim BPJS, guna mengidentifikasi titik hambat yang paling signifikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, K. E. (2020). PERAN BPJS KESEHATAN DALAM MEWUJUDKAN HAK ATAS PELAYANAN KESEHATAN BAGI WARGA NEGARA INDONESIA. *Jurnal Penelitian Hukum Indonesia*, 1(1).
- Bidang Ilmu Kesehatan, J., Aulia Kusuma Rahayu, A., Rusdian Ikawati, F., & Afifah Institut Teknologi Sains dan Kesehatan dr Soepraoen Malang, L. R. (2025). *Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Malang Tahun 2024* (rahayu kusuma aulia adinda, Trans.). 15,no 1 2025, 1–10. <http://ejournal.urindo.ac.id/index.php/kesehatan>
- Fajriansyah, M. (2022). IMPLEMENTASI PELAYANAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN (Studi Kasus Tentang Pelayanan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Islam Unisma Malang). *Jurnal Respon Publik*, 16(9).
- Febrianti. (2022). Kelengkapan Administrasi Rawat Inap Pasien BPJS Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kepulauan Meranti Tahun 2021. *Jurnal Rekam Medis (Medical Record Journal)*, 2(1).
- Haq, A. M. (2025). ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM BERKAS BPJS KESEHATAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT NIRMALA SURI. *PREPOTIF : Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(1).
- Hasbullah, A. O., Maidin, H. A., & Machmud, N. U. (2021). Implementasi Pending Klaim BPJS Kesehatan Berdasarkan Permenkes No 26 Tahun 2021 di RS Ibnu Sina. *Journal of Aafiyah Health Research (JAHR)* 2024, 5(2), 199–209. <https://doi.org/10.52103/jahr.v5i2.1699>
- Heltiani, N. (2025). EDUKASI PETUGAS TERKAIT KETEPATAN KODE DIAGNOSA OBTETRI DALAM MENDUKUNG KELANCARAN KLAIM BPJS DI RS.X. *Indonesian Journal of Health Information Management Service (IJHIMS)* , 5(1).
- Hidayat, D. (2024). ANALISIS MANAJEMEN KENDALI BIAYA PELAYANAN RAWAT INAP PASIEN BPJS KESEHATAN. *Syntax Idea*, 6(4).
- jayadie ahmad, parmi, wardhana aditya. (2023). *pembiayaan kesehatan*. www.medsan.co.id
- Khasanah, N. M. (2023). TINJAUAN PROSES KLAIM BPJS KESEHATAN DI UNIT RAWAT INAP RUMAH SAKIT ISLAM SUKAPURA JAKARTA UTARA TAHUN 2021. *Journal of Innovation Research and Knowledge*, 3(3).
- Kurnia, K. E. (2022). FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT X PERIODE

TRIWULAN I TAHUN 2022. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNas)*.

- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *MEDIA KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA*, 21(6), 374–379. <https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379>
- Maulida, S. E. (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *MEDIA KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA*, 21(6).
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 47. (2021). *Peraturan Pemerintahan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumah Sakitan*.
- Pratama, A. (2023). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 8(1).
- Pratama, A., Fauzi, H., Indira, Z., Purnama Adi, P., Studi Manajemen Informasi Kesehatan, P., Informasi Kesehatan, M., Ilmu Kesehatan, F., Muhammadiyah Purwokerto, U., & Soepardjo Roestam Jl Letjen Soepardjo Roestam, K. (2023). *Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen Corresponding Author*. 8(1), 2502–7786. <http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI> [Journalhomepage:http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI](http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI)
- Priatmoko, H., Yunengsih, Y., & Setiatin, S. (2021). Analisa Kebutuhan Tenaga Rekam Medis Berdasarkan Beban Kerja dengan Metode ABK-Kes di Bagian Case Mix Rumah Sakit X Palembang Tahun 2021. *Jurnal Health Sains*, 2(8), 1008–1013. <https://doi.org/10.46799/jhs.v2i8.249>
- Restiana, Y. E. (2022). Analisis Penyebab Keterlambatan Verifikasi Klaim BPJS Pada Pembiayaan Pasien di Rumah Sakit Umum Mitra Paramedika. *JURNAL PERMATA INDONESIA*, 13(1).
- Rika, A. (2021). Peran Penting Kelengkapan Rekam Medik di RumahSakit. *Baiturrahmah Medical Journal*, 1(1).
- Saputro, N. T. (2022). *AUDIT KODING*.
- Sitepu, M. (2024). Analisis Loyalitas Pasien dan Kepuasan Pasien: Pendekatan Kajian Literatur dengan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit sebagai Variabel Intervening. *Jurnal Penelitian Inovatif (JUPIN)*, 4(4).
- Sondakh, V. (2022). KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH NOONGAN. *Jurnal Administrasi Publik*, 4(8).

Tawabina, Y. (2024). Analisis Penerapan Sistem Informasi Akuntansi Klaim Jaminan Kematian Studi Kasus AJB Bumiputera 1912 Kantor Wilayah Medan. *JURNAL MANAJEMEN AKUNTANSI (JUMSI)* , 4(1).

Widaningtyas, E. (2024). ANALISIS PENDING KLAIM BPJS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT QIM BATANG TAHUN 2022 . *Avicenna : Journal of Health Research*, 7(1).

Winarti, W. (2022). Gambaran sistem pengajuan klaim pasien rawat inap bpjs kesehatan di RSUD X kabupaten bandung. *Jurnal Teras Kesehatan*, 4(2), 63–72. <https://doi.org/10.38215/jtkes.v4i2.78>

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Izin Studi Pendahuluan



UNIVERSITAS AWAL BROS

A Spirit of Caring

A Vision of Excellence

Pekanbaru, Jl. Karya Bakti, No 8 Simp. BPG 28141

Telp. (0761) 8409768/ 082276268786

Batam, Jl. Abulyatama, 29464

Telp. (0778) 4805007/ 085760085061

Website: univawalbros.ac.id | Email : univawalbros@gmail.com

No : 568/UAB1.01.3.6/PP/KPS/05.25
Lampiran : Terlampir
Perihal : Permohonan Izin Studi Pendahuluan

Kepada Yth :

Bapak/Ibu Direktur Rumah Sakit Prima
di-

Tempat

Semoga Bapak/Ibu selalu dalam lindungan Tuhan Yang Maha Esa dan sukses dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

Teriring puji syukur kehadiran Tuhan yang Maha Esa, berdasarkan kalender Akademik Prodi S1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Awal Bros Tahun Ajaran 2024/2025, bahwa Mahasiswa/I kami akan melaksanakan penyusunan Proposal Penelitian (Skripsi).

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk dapat memberikan izin Studi Pendahuluan untuk Mahasiswa/I kami dibawah ini :

Nama : Indy Ramadhani

NIM : 21001006

Dengan Judul : Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pending Claim Berkas Penagihan BPJS Rawat Inap di Unit Casemix Rumah Sakit Prima

Demikian surat permohonan izin ini kami sampaikan, atas kesediaan dan kerjasama Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Pekanbaru, 15 Mei 2025
Ka. Podi S1 Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Awal Bros



(Marian Tonis, SKM., MKM)

NIDN. 1002119401

Lampiran 2 Surat Balasan Izin Studi Pendahuluan dari Rumah Sakit



Jalan Bima No 1 Tuanku Tambusai / Nangka Ujung Pekanbaru
Telp: 0761-8419007 (t-hunting)
Fax: 0761-8419006
www.rsprimapekanbaru.com



PARIPURNA
LEMBAGA AKREDITASI
RUMAH SAKIT INDONESIA

Pekanbaru, 18 Juni 2025

No. : 0572- B/RSPP/DIR/VI/2025
Lamp. : -
Hal : Balasan Permohonan Izin Studi Pendahuluan

Kepada Yth,
Ka. Prodi S1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Awal Bros
Di-
Tempat

Dengan Hormat,

Terlebih dahulu kami mendo'akan semoga kita senantiasa dalam keadaan sehat wal'afiat dan sukses dalam menjalankan rutinitas kerja, amin.

Berdasarkan surat tanggal 15 Mei 2025 perihal : Permohonan Izin Studi Pendahuluan, maka dengan ini kami sampaikan bahwa kami menerima mahasiswa/i tersebut untuk melakukan studi pendahuluan di Rumah Sakit Prima Pekanbaru dengan keterangan sebagai berikut:

Nama : Indy Ramadhani
NIM : 21001006
Jurusan : S1 Administrasi Rumah Sakit
Judul Penelitian : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pending Claim Berkas penagihan BPJS Rawat Inap di Unit Casemix Rumah Sakit Prima

Demikianlah pemberitahuan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Hormat kami,
Direktur RS. Prima

dr. Aldona Christian Anggara Surbakti

LAMPIRAN 3: Surat permohonan Etik



UNIVERSITAS AWAL BROS

A Spirit of Caring

A Vision of Excellence

Pekanbaru, Jl. Karya Bakti, No 8 Simp. BPG 28141
Telp. (0761) 8409768 / 082276268786
Batam, Jl. Abulyatama, 29464
Telp. (0778) 4805007 / 085760085061
Website: univawalbros.ac.id | Email: univawalbros@gmail.com

Nomor : 1018/UAB1.20/DL/KPS/07.25
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Permohonan Persetujuan Etik

Yth. Ketua Komisi Etik Penelitian
Universitas Awal Bros

Sehubungan dengan rencana penelitian yang akan dilaksanakan oleh :

Nama Peneliti : Indy Ramadhani
Program Studi : S1 Administrasi Rumah Sakit
Judul : Analisis Penyebab *Pending Claim* Berkas Penagihan BPJS Rawat Inap di Unit Casemix Rumah Sakit Prima
Pembimbing I : Anastasya Shinta Yuliana, SKM., MKM
Pembimbing II : Dr. Agus Salim, S. Kep., M. Si

Maka bersama ini kami mengajukan permohonan persetujuan etik sebagai salah satu syarat penelitian tersebut bisa dilakukan.

Demikian kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Pekanbaru, 22 Juli 2025
Ka. Podi S1 Administrasi Rumah Sakit
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Awal Bros

(Marian Tonis, SKM., MKM)
NIDN. 1002119401

Lampiran 4: Surat Balasan etik



UNIVERSITAS AWAL BROS
A Spirit Of Caring
A Vision of Excellence

Pekanbaru, Jl Karya Bakti, No 8 Simp. BPG 28141
Telp. (0761) 8409768 / 082276268786
Batam, Jl Abulyatama, 29464
Telp. (0778) 4805007 / 085760085061

Website: univawalbros.ac.id | Email: univawalbros@gmail.com

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK

Nomor : 0157/UAB1.20/SR/KEPK/07.25

**Dengan Ini Menyatakan Bahwa Protokol Dan Dokumen Yang Berhubungan Dengan
Protokol Berikut Telah Mendapatkan Persetujuan Etik :**

No Protokol	UAB250010		
Peneliti Utama	Indy Ramadhani		
Judul Penelitian	ANALISIS PENYEBAB PENDING CLAIM BERKAS PENAGIHAN BPJS RAWAT INAP DI UNIT CASEMIX RUMAH SAKIT PRIMA		
Tempat Penelitian	Rumah Sakit Prima		
Masa Berlaku	25 Juli 2025 - 25 Juli 2026		
Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Awal Bros	Nama : Eka Fitri Amir S.ST.,M.Keb	Tanda Tangan: 	Tanggal: 25 Juli 2025

Kewajiban Peneliti Utama :

1. Menyerahkan Laporan Akhir Setelah Penelitian Berakhir
2. Melaporkan Penyimpangan Dari Protokol Yang Disetujui
3. Mematuhi Semua Peraturan Yang Telah Ditetapkan

Lampiran 5: Surat Izin Penelitian Rumah Sakit Prima



Jalan Bina No 1 Tuanku Tambusa / Nangka Ujung Pekanbaru
Telp: 0761-8419007 (Pusat)
Fax: 0761-8419006
www.rspnprapembanbaru.com



PARIPURNA
PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT

Pekanbaru, 04 Agustus 2025

No. : 0590 B/RSP/DIR/VI/2025

Lamp. : -

Hal : Balasan Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.

Ka. prodi S 1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Awal Bros

Di-

Tempat

Dengan Hormat,

*Terlebih dahulu kami mendoakan semoga kita senantiasa dalam keadaan sehat wal afiat
dan sukses dalam menjalankan rutinitas kerja, amin*

Berdasarkan surat tanggal 23 Juli 2025 perihal : Permohonan Izin Penelitian, maka
dengan ini kami sampaikan bahwa kami menerima mahasiswa/i tersebut untuk
melakukan penelitian di Rumah Sakit prima pekanbaru dengan keterangan sebagai
berikut:

Nama : Indy Ramadhani

NIM : 21001006

Jurusan : S1 Administrasi Rumah Sakit

Judul Penelitian : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi pending Claim Berkas
penagihan BPJS Rawat Inap di Unit Casemix Rumah Sakit Prima

Demikianlah pemberitahuan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami
ucapkan terimakasih.

Hormat kami,

Direktur RS. Prima

dr. Aldona Christian Anggara Surbakti

Lampiran 6: surat balasan izin rumah sakit prima pekanbaru



Jalan Bina No 1 Tuanku Tambuza / Nangka Ujung Pekanbaru
Telp: 0761-8419007 (Pusat)
Fax: 0761-8419006
www.rsprimapekanbaru.com



Pekanbaru, 04 Agustus 2025

No. : 0590 B/RSPP/DIR/VI/2025

Lamp. : -

Hal : Balasan Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.
Ka. prodi S 1 Administrasi Rumah Sakit Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Awal Bros

Di-

Tempat

Dengan Hormat,

Terlebih dahulu kami mendoakan semoga kita senantiasa dalam keadaan sehat wal afiat dan sukses dalam menjalankan rutinitas kerja, amin

Berdasarkan surat tanggal 23 Juli 2025 perihal : Permohonan Izin Penelitian, maka dengan ini kami sampaikan bahwa kami menerima mahasiswa/i tersebut untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit prima pekanbaru dengan keterangan sebagai berikut:

Nama : Indy Ramadhani
NIM : 21001006
Jurusan : S1 Administrasi Rumah Sakit
Judul Penelitian : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi pending Claim Berkas penagihan BPJS Rawat Inap di Unit Casemix Rumah Sakit Prima

Demikianlah pemberitahuan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Hormat kami,
Direktur RS. Prima

dr. Aldona Christian Anggara Surbakti

Lampiran 7: Surat Selesai penelitian penelitian rumah sakit prima

Lampiran 8:lembar Permohonan Menjadi Informan

LEMBAR PERMOHONAN UNTUK MENJADI INFORMAN

Kepada Yth.

Bapak/Ibu Calon Informan

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Indy Ramadhani

NIM : 21001006

Alamat : jl.Pramuka perumahan residence 73,Blok Z.14

Adalah mahasiswa Program Studi Administrasi Rumah Sakit Universitas Awal Bros, akan melakukan kegiatan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi untuk mendapatkan gelar Sarjana pada Program Studi Administrasi Rumah Sakit Universitas Awal Bros. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggali informasi mengenai "***ANALISIS PENYABAB PENDING CLAIM BERKAS PENAGIHAN BPJS RAWAT INAP DI UNIT CASEMIX RUMAH SAKIT PRIMA***". Untuk itu saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi informan penelitian ini dengan memberikan jawaban secara tulus dan jujur atas pertanyaan yang peneliti ajukan. Jawaban dan identitas informan akan dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan bagi kepentingan penelitan. Demikian permohonan dari saya, atas bantuan anda saya ucapkan terima kasih.

Pekanbaru, 08 Juli 2025

Peneliti

Indy Ramadhani

Lampiran 9: Informed Consent

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Inisial Responden :

Usia :

Pekerjaan :

Lama Bekerja :

Menyatakan persetujuan saya untuk ikut serta sebagai informan dalam penelitian tentang **“ANALISIS PENYEBAB PENDING CLAIM BERKAS PENAGIHAN BPJS RAWAT INAP DI UNIT CASEMIX RUMAH SAKIT PRIMA** Saya menyatakan bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini saya lakukan secara sukarela atau tanpa paksaan dari pihak manapun.

Saya juga memperkenankan kepada peneliti untuk menggunakan data-data yang saya berikan untuk dipergunakan sesuai dengan kepentingan dan tujuan penelitian. Sebagai informan dalam penelitian ini, saya menyetujui untuk mengikuti semua prosedur dalam penelitian termasuk aturan-aturan selama penelitian ini berlangsung. Saya juga memperkenankan peneliti untuk menggunakan alat bantu berupa teknologi untuk merekam data penelitian dan dokumentasi untuk memudahkan penelitian dan menghindari kesalahan atau adanya informasi yang tidak lengkap mengenai diri saya yang akan digunakan untuk menganalisis penelitian tersebut.

Peneliti

Informan

(INDY RAMADHANI)

(_____)

**ANALISIS PENYEBAB PENDING CLAIM BERKAS
PENAGIHAN BPJS RAWAT INAP DI UNIT CASEMIX
RUMAH SAKIT PRIMA**

Inisial Responden :
Pendidikan :
Jabatan :
Masa Kerja :

KOMPETENSI PETUGAS

Kompetensi Petugas:

1. Menurut Bapak/Ibu Berapa Waktu Yang Dibutuhkan Untuk Melengkapi Dokumen Penagihan Bpjs Ranap?
Jawab=Kalau Hanya 1 Berkas Sekitar 4 Hari Lah Rata-Rata
2. Menurut Bapak/Ibu,Apakah Petugas Casemix Sudah Teliti Dalam Memeriksa Kelengkapan Berkas Dokumen Penagihan Bpjs Ranap?
Jawab= Kalau Yang Dari Saya Lihat Dari Setiap Kita Closing Tiap Bulannya Sih Mereka Sudah Mengetahui Ya Syarat Nya Apa Aja Dan Miss Nya Juga Dah Berkurang,Jadi Biasanya Setiap Mau Closing Saya Tetap Cros Check Juga Lagi Apakah Sudah Sesuai Atau Tidak Ee Dan Saya Dah Minim Pertemuan Tidak Ada Kesalahan Anggota Sama Itu Terbukti Juga Di Pendingan Kita Berkurang.
3. Menurut Bapak/Ibu Apakah Petugas Casemix Sudah Melaukan Pekerjaannya Sesuai Dengan Sop?
Jawab=Iya Sudah Ee..Anggota Saya Ini Kira-Kira Enggak Ada Yang Baru Ya Jadi Sudah 1 Tahunan Lebih Bekerja Disini,Jadi Sudah Paham Bagaimana Alurnya Apalagi Kalau Bpjs Sendiri Kan Regulasinya Sering Berubah Ubah,Terus Kalau Ada Info Terbaru Biasanya Saya Infoin Dikasih Pelatihan Lagi.Kemudiaan Ee Setiap Ada Itu Regulasi Baru Diperbaiki Nanti Kita Rapat Kecil Terus Nanti Kita Tentuin Mau Nya Seperti Apa Nanti Semakin Baik Di Peng Claimnya
4. Menurut Bapak/Ibu Apakah Petugas Casemix Sudah Melakukan Pekerjaannya Secara Cepat Dan Tepat?
Jawab= Iya Tadi Kek Tadi Ya,Kita Evaluasi Setiap Bulan Berapa Pencapaian Mereka Karena Mereka Ada Target Yang Aku Kasih Misal 1 Bulan Nya Ada Berapa Pasien Kita Nah Itu Kita Bagi Tugas Siapa Yang Dapat Berapa Jumlah Nya Rata-Rata Sama Sih Jadi Di Pantaulah Evaluasi Itu Terus Mereka Sesuai Target Nya Atau Tidak.Terus Tadi Evaluasi

Dengan Kesalahan Kesalahan Yang Tadi Apakah Ada Pending Claim Yang Meningkatkan Pas Aku Crosh Check Up Dengan Pertemuan-Pertemuan Mereka Ada Salah Coding Atau Syarat Belum Masuk Dan Lain Lain.Yaitu Dah Berkurang Gada Lagi

5. Menurut Bapak/Ibu Apakah Petugas Casemix Melakukan Pekerjaan Sesuai Dengan Jobdesknya Dan Tidak Melakukan Pekerjaan Rangkap Ke Bagian Lain?

Jawab= tidak merangkap ke pekerjaan yang lain.

Kelengkapan Dokumen:

1. Menurut Bapak/Ibu Dokumen Penagihan Bpjs Ranap Dianggap Lengkap Itu Pada Saat Mencukupi Dokumen Apa Saja ?

Jawab= Tiap Pasien Beda Beda Ya Jadi Sesuai Semuua,Tergantung Ini Nya Sih Kasus Nya,Tapi Rata Rata Semuanya Hampir Seluruh Rekam Medis Pasien ,Ada Kek Ee Surat Tanda Rawat Inap Bpjs Punya Sop Resume Medis Dan Lain Lain.

2. Apa Saja Yang Menjadi Kendala Saat Melengkapi Dokumen Penagihan Bpjs Ranap?

Jawab= Ya Yang Kendala Sihh Mungkinn Diagnosa Tidak Jelas Resume Tidak Lengkap Yang Belum Tertuangkan Di Rekam Medis Itu Aja Sihh,Paling Perlu Konfirmasi Ke Dokter Atau Ke Ruangannya.

3. Bagaimana Cara Rumah Sakit Mengatasinya?

Jawab= Kami Udah Langsung Kordinasi Sih Setiap Siapapun Yang Megang Berkas Ini Ada Yang Dia Kurang Paham Nanti Langsung Koordinasi Ke Ruangan Atau Pun Ke Dokter Nya Biar Nanti Sesuai Kode Yang Mau Di Input Sesuai Kan...

4. Menurut Bapak/Ibu Apakah Peratutan Bpjs Kerap Berubah Ubah Dalam Mencukupi Dan Menjadi Syarat Kelengkapan Dokumen Penagihan Bpjs Ranap?

Jawab= Kalauuu Saya Udah Hampir 5 Tahun Di Casemix Memang Ada Perubahan Biasanya Perubahannya Itu Selalu Di Infokan Dulu Sehingga Nanti Kita Bisa Tindak Lanjuti Disini Jadi Pas Penagihan Udah Lengkap Gitu...

5. Apa Dokumen Yang Paling Sering Tidak Di Lengkapi Dan Bagaimana Mengatsinya?

Jawab= Paling Sering Gada Yaaa,Paling Yaitu Ee Sese kali Kaya Tadi Resume pasien Kelengkapan Lainnya ,Ya Tindak Lanjunya Ya Itu Tadii Di Koornasi Ke Ruangan Atau Ke Pjp.

Sistem Informasi Casemix:

1. Menurut Bapak/Ibu Apa Saja Yang Termasuk Dalam Sistem Informasi Casemix?=semua data yang dibutuhkan untuk penagihan.
2. Menurut Bapak/Ibu Sistem Informasi Casemix Berlaku Untuk Bpjs Saja Atau Untuk Metode Pembayaran Lainnya.

3. Menurut Bapak/Ibu Klasifikasi Pasien Pada Sistem Informasi Casemix Di Klasifikasikan Berdasarkan Apa?
4. Menurut Bapak/Ibu Jika Ada Berkas Yang Tidak Lengkap Untuk Penagihan Bpjs Rawat Inap Apakah Tertera Di Sistem Informasi Casemix Atau Di Catat Manual Kejadiannya?
5. Menurut Bapak/Ibu Sistem Informasi Casemix Apakah Dapat Digunakan Dalam Pengambilan Keputusan?

Lampiran 11: matriks wawancara survey awal:

MATRIKS WAWANCARA SURVEY AWAL

Variabel	Kode	Pertanyaan	Jawaban
Kompetenai petugas	U1	1. Menurut bapak/ibu berapa waktu yang dibutuhkan untuk melengkapi dokumen penagihan bpjs rawat inap? 2. Menurut bapak/ibu, apakah petugas casemix sudah teliti dalam memeriksa kelengkapan berkas dokumen penagihan bpjs rawat inap? 3. Menurut bapak/ibu apakah petugas casemix sudah melakukan pekerjaan sesuai dengan SOP? 4. Menurut bapak/ibu apakah petugas casemix sudah melakukan pekerjaannya secara cepat dan tepat? 5. Menurut bapak/ibu apakah petugas casemix melakukan pekerjaan sesuai dengan jobdesknya dan tidak melakukan pekerjaan rangkap ke bagian lain?	1. Kalau hanya 1 berkas sekitar 4 hari lah rata-rata. 2. Kalau yang dari saya lihat dari setiap kita closing tiap bulannya sih mereka sudah mengetahui ya syarat nya apa aja dan miss nya juga dah berkurang, jadi biasanya setiap mau closing saya tetap cros check juga lagi apakah sudah sesuai atau tidak eee dan saya dah minim pertemuan tidak ada kesalahan anggota sama itu terbukti juga di pendingan kita berkurang. 3. Iya sudah eee....anggota saya ini kira-kira enggak ada yang baru ya. Jadi sudah 1 tahunan lebih bekerja disini, jadi sudah paham bagaimana alurnya apalagi kalau bpjs sendiri kan regulasinya sering berubah-ubah, terus kalau ada info terbaru biasanya saya infoin dikasih pelatihan lagi. Kemudian eee setiap ada itu regulasi baru diperbaiki nanti kita rapat kecil terus nanti kita tentuin mau

			nya seperti apa nanti semakin baik di peng claimnya. 4. Iya tadi kek tadi yaa...,kita petugas evaluasi setiap bulan berapa pencapain mereka karena mereka ada target yang aku kasih misal 1 bulan nya ada berapa pasien kita nah itu kita bagi tugas siapa yang dapat berapa jumlah nya rata-rata sama sih.Jadi di pantaulah evaluasi itu terus mereka sesuai target nya atau tidak.Terus tadi evaluasi dengan kesalahan kesalahan yang tadi apakah ada pending claim yang meningkat pas aku cross check up dengan pertemuan-pertemuan mereka ada salah coding atau syarat belum masuk dan lain-lain.Yaitu dah berkurang gada lagi. 5. Tidak merangkap ke pekerjaan yang lain.
Kelengkapan dokumen	U1	1. menurut bapak/ibu dokumen penagihan bpjs rawat inap dianggap lengkap itu pada saat mencakupi dokumen apa saja? 2. Apa saja yang menjadi kendala saat	1. Tiap pasien beda beda ya jadi sesuai semua,tergantung ini nya sih kasus nya,tapi rata semuanya hampir seluruh rekam medis pasien,ada kek ee surat tanda rawat inap bpjs punya sop resume

		melengkapi dokumen penagihan bpjs rawat inap? 3. Bagaimana cara rumah sakit mengatasinya? 4. Menurut bapak/ibu apakah peraturan bpjs kerap berubah ubah dalam mencakupi dan menjadi syarat kelengkapan dokumen penagihan bpjs rawat inap? 5. Apa dokumen yang paling sering tidak di lengkapi dan bagaimana mengatasinya?	medis dan lain lain. 2. Ya yang kendala sihh mungkin diagnosa tidak jelas resume tidak lengkap yang belum tertuangkan di rekam medis itu aja sihh,paling perlu konfirmasi ke dokter atau ke ruangnya. 3. Kami udah langsung kordinasi sih setiap siapapun yang megang berkas ini ada yang dia kurang paham nanti langsung koordinasi ke ruangan atau pun ke dokter nya biar nanti sesuai kode yang mau di input sesuai kan... 4. Kalauu saya udah hampir 5 tahun di casemix memang ada perubahan biasanya perubahannya itu selalu di infokan dulu sehingga nanti kita bisa tidak lanjuti disini jadi pas penagihan udah lengkap gitu...
--	--	---	---

			5. Paling sering gada yaa,paling yaitu ee sesekali kaya tadi resume pasien kelengkapan lainnya.Ya tindak lanjutnya ya itu tadii di koornasi ke ruangan atau ke Pjp.
Sistem informasi casemix	U1	1. Menurut bapak/ibu apa saja yang termasuk dalam sistem informasi casemix? 2. Menurut bapak/ibu sistem informasi casemix berlaku untuk bpjs saja atau untuk metode pembayaran lainnya? 3. Menurut bapak/ibu klasifikasi pasien pada sistem informasi casemix di klasifikasikan berdasarkan apa? 4. Menurut bapak/ibu jika ada berkas yang tidak lengkap untuk penagihan bpjs rawat	1. 2. 3. 4. 5.

		inap apakah tertera di sistem informasi casemix atau di catat manual kejadiannya? 5. Menurut bapak/ibu sistem informasi casemix apakah dapat digunakan dalam pengambilan keputusan?	
--	--	---	--

PEDOMAN WAWANCARA

ANALISIS PENYEBAB PENDING CLAIM BERKAS PENAGIHAN CLAIM BERKAS PENAGIHAN BPJS RAWAT INAP DI UNIT CASEMIX RUMAH SAKIT PRIMA

Inisial Responden :

Pendidikan :

Jabatan :

Masa Kerja :

PERTANYAAN

1. Kompetensi Petugas

*Sumber : Laporan PKL Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya
Klaim Pending Rawat Inap Di Rumah Sakit Awal Bros Pekanbaru Dwiny
Tetiana Fauzi et.al,2024*

No	Variabel	Pertanyaan
1.	Kompetensi Petugas	1.Bagaimana alur pengklaiman BPJS di Rumah Sakit Prima terutama pada pasien rawat inap? 2.Apakah alur claim BPJS rawat inap ada dalam SOP dan disimpan di ruang casemix? 3..Bagaimana sistem pembayaran yang dilakukan BPJS di Rumah Sakit? 4.Apa saja berkas yang dibutuhkan untuk melakukan pengklaiman BPJS pada pasien rawat inap di Rumah Sakit? 5. Menurut bapak/ibuApakah terdapat kesulitan dalam memahami kode ICD-10?

*Sumber : Laporan PKL Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya
Klaim Pending Rawat Inap Di Rumah Sakit Awal Bros Pekanbaru Dwiny
Tetiana Fauzi et.al,2024*

No	Variabel	Pertanyaan
1.	Kelengkapan Dokumen	1. Bagaimana proses verifikasi kelengkapan berkas claim rawat inap? 2. Dokumen apa saja yang diperlukan sehingga berkas pasien lengkap untuk di claim? 3. Apa penyebab dokumen pasien tidak lengkap, sehingga berpengaruh dalam proses peng claiman berkas? 4. Apakah ada batas waktu untuk melengkapi kelengkapan dokumen pasien yang tidak lengkap? 5. Apa solusi yang diterapkan jika terdapat ketidaklengkapan dokumen pasien?

Sumber :laporan PKL Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Klaim Pending Rawat Inap Di Rumah Sakit Awal Bros Pekanbaru Dwinny Tetiana Fauzi,et al,2024

No	Variabel	Pertanyaan
1.	Sistem Informasi Casemix	1. Menurut bapak/ibu apa saja yang termasuk dalam sistem informasi casemix. 2. Menurut bapak/ibu sistem informasi casemix berlaku untuk bpjs saja atau untuk metode pembayaran lainnya? 3. Menurut bapak/ibu klasifikasi pasien pada sistem informasi casemix di klasifikasikan berdasarkan apa? 4. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menulis tindakan diagnosa pasien oleh DPJP ketika terdapat banyak pasien? 5. Siapa yang bertanggung jawab jika terjadi perbedaan diagnosa?

Lampiran 12: Matriks wawancara penelitian

Kompetensi petugas	K1	1. Bagaimana alur pengklaiman bpjs di rumah sakit prima terutama pada pasien rawat inap?	“oke..pasienn selesaa di layani di ruangan rawat inap,kan di closing berkasnya akan sampai di rekam medis lalu tim casemix akan mengambil berkas di rekam medis dan akan di exambling di exembling itu disusun apa aja sihh berkas berkas yang mau di klaim untuk bpjs ya kann abis itu eee..setelah di disusun seperti ini kodernya koder rawat inap akan menginputkan ke sistemnya.eee..abis tu selesailah proses pengkodingan,lalu di scan oleh tim scanner selesai..jadii satu berkas penagihan itu dalam waktu 1 scan pdf...
		2. Apakah alur claim bpjs rawat inap ada dalam sop dan disimpan di ruang casemix?	“adaa”
		3. Bagaimana sistem pembayaran yang dilakukan bpjs di rumah sakit?	“pembayarannya lancar ya sesuai dengan regulasinya bpjs dimana setelah kita pengiriman data .mereka akan eee... menerima berkas kita dan dalam hitungan berapa hari mereka akan verifikasi eeee...feedback nya ke kita

			<i>eee...jawabanya apakah disetujui apa tidak..”</i>
		4. Apa saja berkas yang dibutuhkan untuk melakukan pengklaiman bpjs pada pasien rawat inap di rumah sakit?	<i>“nahh...kemarin pernah difoto gak yaa...ada 1 lembar ee..itu aaa... secara garis besarnya berkas berkas eee...peen..dukungnya mau kita kirimkan ke bpjs..”</i>
		5. Menurut ibu apakah terdapat kesulitan dalam memahami kode ICD-10	<i>“eeeeee...kalau awalnya iyaa....tetapi kann kita koordinasii samaa DPJP karena kan semuanya kitaa menafsirkan dari hasil resume mediss sehingga kita menuangkan ke angka angka yaa kan,eee rata rata siih,bisa sii sekarang</i>
	U 1	1. Bagaimana alur pengklaiman bpjs di rumah sakit prima terutama pada pasien rawat inap?	<i>“ oke...eee untuk alurnya sih pertama kan pasien dilayani dulu nih,sudah dilayani di pelayanan rawat inap maupun rawat jalan ya ee...pasien sudah dipulangkan ya status nya dikumpulkan ke rekam medis,nanti dari rekam medis tim casemix kita ada exambling namanya exambling ini ke rekam medis statusnya nanti disini...di exambling sama eee...rekam medis eee apa kita resume kita..apa yang kita perlu mana yang kita tagihkan tagihkan..kayak ekg nya atau penunjang lain atau apa ekg eko dan lain lainnya yang dilakukan,nanti setelah di exambling baru di klarifikasi ke koder rawat inap kita kebetulan</i>

			dokter semua...nah tu dari situ di verif sama dokter eee..kita sesuaikan sama ketentuan bpjs dan sama sesuaikan sama koding sama dengan BAP kesepakatan,kita input nanti di inacbg eee...klaau kita kan pakai sistem namanya ghook,ghook ini kebetulan si brijing ke inacbg nah itu nanti otomatis nyambung ke inacbg,,udah abis itu nanti tinggal verif klaim udahh...abis verif klaim nanti di akhirr...eee di akhir tagihan eee...kita kan narek tagihan tiap tanggal...eee..paling cepet tanggal eee,,,sebenarnya tanggal 10 kejadiannya,cuman tanggal 7 kita udah kirim ke tix it ke bpjs nanti dari situ baru...sebelumm di awal bulan tanggal.tanggal berapa yaa..tanggal 2 atau tanggal 3 kita mulai sortir mana yang eee..sudah sesuai atau sebenarnya ini tagihan rajal yang kek kek gitu...yang mana yang bisa di rawat inap,mana yang bisa di bikinkan tagihan tagihan ...karena kan eeee....apa namanya..kitaaa liat lagi gitu sama ke trind bpjs gitu...
		2. Apakah alur claim bpjs rawat inap ada dalam sop dan	“adaaa,sopnya nanti adaa ininyaa... semacam isinya itu

		disimpan di ruang casemix?	<i>nantik ada yang nyimpen...</i> .
		3. Bagaimana sistem pembayaran yang dilakukan bpjs di rumah sakit?	<i>“eeeeeee.....sistem pembayaran biasanya sih ontime yaa dibayarkan yang bisa kita tagihkan kan ini nantik keluar ecpknya dan langsung cair gituu...”</i>
		4. Apa saja berkas yang dibutuhkan untuk melakukan pengklaiman bpjs pada pasien rawat inap di rumah?	<i>“hmm,sistemnya kalau dokumennya ada eee..kita kan sudah ada erha jadii kebanyakan sudah di soft copy semua sudah ada di sistem,jadi nantik tinggal download dari sistem aja..nantik itu yang kita kirimkan dalam bentuk pdf satu file ke bpjs nya gitu....</i>
		5. Menurut ibu apakah terdapat kesulitan dalam memahami kode ICD-10?	<i>“eeee.....sejauh ini sih masih bisa dipahami haa’aa..</i>
	P 1	1. Bagaimana alur pengklaiman bpjs di rumah sakit prima terutama pada pasien rawat inap?	<i>“mmm... biasanya tu dri pasien masuk rawat inap, kita input data di sistem, terus dokumen kayak SEP sama surat rujukan disiapkan. Pasien dirawat, tindakan-tindakan sama diagnosa ditulis sama dokter. Nanti pas pasien udah pulang, semua berkas dikumpulin, terus dikasih ke casemix buat jadi klaim BPJS....</i> .
		2. Apakah alur claim bpjs rawat inap ada	<i>“Iya ada ya SOP nya. Disimpennya di ruang</i>

		dalam sop dan disimpan di ruang casemix ?	<i>casemix, Jadi kalau butuh tinggal minta ke sana aja....</i>
		3. Bagaimana sistem pembayaran yang dilakukan bpjs di rumah sakit?	<i>“Emmm... BPJS itu sistemnya , sesuai diagnosa sama prosedur nanti keluar tarifnya. Terus BPJS bayar langsung ke rumah sakit, bukan ke pasien. Tapi nggak langsung cair juga, bisa nunggu beberapa minggu bahkan bulan, tergantung verifikasi nya si dek...</i>
		4. Menurut ibu apakah terdapat kesulitan dalam memahami kode ICD-10?	<i>“Biasanya sih ... sep, resume medis, tindakan harian, surat rujukan, surat kontrol kalau ada, KTP, kartu BPJS,seperti hm ya seperti itu sih...”</i>
		5. Menurut ibu apakah terdapat kesulitan dalam memahami kode ICD-10?	<i>“Sebenarnya...kalau aku sebagai perawat, nggak terlalu dalem sih di kode ICD-10. Tapi ya kadang ada bingung juga kalau kode nya rumit. Tapi kalau kode yang sering ya kita udah paham la ya..</i>
Kelengkapan dokumen	K1	1. Bagaimana proses verifikasi kelengkapan berkas claim rawat inap?	<i>“ kalau verifikasinyaa pasti sesuaii eee..dengan kaidahnya bpjs mereka kan punya kaidah koding nahh koder koder kita juga sudahh semua di sosialisasi udah adaa eee..pelatihan eee...bagaimana cara mengkoding misalnya kan diagnosa inii kodenya apa terus harapnya kan ada dari</i>

			<i>bpjs misalnya hasil pemeriksaan penunjangnya harusnya apa tentu kita semua sudah terpapar jadii kita mengkoding memang sudahh sesuai ketentuann”.</i>
		2. Dokumen apa saja yang diperlukan sehingga berkas pasien lengkap untuk di claim?	<i>“eee yang ituu..yang kemarin ituu..”</i>
		3. Apa penyebab dokumen pasien tidak lengkap,sehingga berpengaruh dalam proses pengklaiman berkas?	<i>“biasanya tu hasil hasil penunjang yang belumm disertakan dalam scan tadii dalam ini belumm ada tapi biasa kita udah enggak ada lagi karena kita kan banyak yang verif ya dari tim exambling sudah memverif nanti di kodernya jugak ee mengchek lagi apakah misalnya hasil pemeriksaan nya sudah masuk disanaa,abis itu kan nanti di tim scan kan eee..di scan lagi di scan kan nanti juga akan dilihat ee ini rontgen nya udah masuk belum..ini udah masuk belumm..nah jadi itu dahh minim banget itu angka terjadi pending karena itu....”.</i>
		4. Apakah ada batas waktu untuk melengkapi kelengkapan dokumen pasien yang tidak lengkap ?	<i>“ emmm biasanya siihh pokoknyaa seebelum kita mau closing tu dah haruss kelaar semuanya</i>
		5. Apa solusi yang diterapkan jika terdapat ketidaklengkapan dokumen pasien?	<i>“ kita komfirmasi kee unit masing masing misalnya pasien dirawat dimana kita komfirmasi ke ruangan sana ke kepala ruangan ataupun ke dpjp nya apa data ee..yang kita butuhkan untuk verrifikasi...”</i>

	U 1	1. Bagaimana proses verifikasi kelengkapan berkas claim rawat inap?	<i>“ eee...bagaimana ini maksudnya tergantung sih kalau misalnya dia pasien rawat inap biasa yaa okelah yaa...tapi kalau pasien yang rawat nya intensif kan biasanya rawat yang lama jadi itu yang perlu kita teliti lagi dalam memverif nya...</i>
		2. Menurut bapak/ibu, apakah perekrutan SDM IGD menggsiperekrutan melalui media online?	<i>“dokumen apaa...ee yang pertama cara masuknya dulu dari poli atau ugd kan intensif rawatnya sudah sesuai atau belum terus abis ituu apakah ada penunjang penunjang lainnya kek labor,rontgen sama kek ekg,eko eee...spiriometri gitu gitu keg..</i>
		3. Apa penyebab dokumen pasien tidak lengkap,sehingga berpengaruh dalam proses pengklaiman berkas?	<i>“hmmmmmmmm....dokumen tidak lengkap biasanya sih lengkap untuk persetujuan lengkap itu kita ada eee....waktu biassanya pasien pulang nanti kan diambil,ee besoknya kan statusnya udah nyampai sini nih,..biasanya kelengkapannya itu udah langsung selesai sih sama ruang ruang rawatan yang udah mau pulang sudah diselesaikan deluan semua sama keperawatan jadi nyampai sini tu udah ngak ada yang terlewati,kita cuman verif aja...</i>
		?	
		4. Apakah ada batas waktu	<i>“untuk itu eee...biasanya apa yaaa..paling 2x24</i>

		untuk melengkapi kelengkapan dokumen pasien yang tidak lengkap?	<i>jam udah oke sihh..ngak lama...paling lama itu...</i>
		5. Apa solusi yang diterapkan jika terdapat ketidaklengkapan dokumen pasien?	<i>“eee...apa kita biasanya tuh adaa...adaa google doc yang apa namanya yangg..buat ngasih tau disitu pr pr nya apa,cuman biasanya gak terlalu banyak sih yang diisi disitu atau kadang kita konfirmasi ke dpjp ajaa,dok ini sudah sesuai apa belum ee,ininya apanamanya eee...diagnosisnya sama pasiennya sudah oke itu aja sihh..cuman konfirmasi langsung aja...</i>
	P 1	1. Bagaimana proses verifikasi kelengkapan berkas claim rawat inap ?	<i>“eee....biasanya Setelah pasien pulang, berkasnya dicek dulu sama rekam medis dan casemix. kalau ada yang kurang, biasanya kita dikabarin buat lengkapi. Dicek lengkap gak, tanda tangan, stempel, resume ditulis semua atau belum.gitu sihh ya..</i>
		2. Dokumen apa saja yang diperlukan sehingga berkas pasien lengkap untuk di claim?	<i>“Hmm kalau itu biasanya ada...Resume medis, SEP, surat rujukan, hasil penunjang, form klaim, dan tindakan selama dirawat itu semua penting ya</i>

			<i>hampir sama la ya kurang lebih seperti yg tadi...</i>
		3. Apa penyebab dokumen pasien tidak lengkap, sehingga berpengaruh dalam proses pengklaiman berkas?	<i>“Hmm.... biasanya si dek kadang karena kelupaan tanda tangan, atau DPJP belum tulis resume bisa juga karena pasien pulang mendadak jadi dokumennya nggak kelar semua kadang juga hasil lab belum masuk kan...”</i>
		4. Apakah ada batas waktu untuk melengkapi kelengkapan dokumen pasien yang tidak lengkap ?	<i>“Ada. Biasanya maksimal 14 hari kerja pas pasien itu pulang. Kalau lewat dari itu, klaim bisa pending atau ditolak gitu sih yaa...”</i>
		5. Apa solusi yang diterapkan jika terdapat ketidaklengkapan dokumen pasien?	<i>“Biasanya kita langsung koordinasi ke yang kurang misalnya dokter belum tanda tangan, kita hubungi, atau bagian lab kalau hasilnya belum masuk pokoknya saling bantu biar berkas lengkap gitu yaa...”</i>
Sistem informasi casemix	K1	1. Menurut ibu apa saja yang termasuk dalam sistem informasi casemix ?	<i>“ooo iya itu yang simrs kemarin yaa. eee jadi kita tu simrs nya udah brijing ke bpjs tapi brijingnya tu dalam bentuk ecl... aim ya jadi kita menginput semua koding tu kan dalam eee... sistem bpjs ekklaim, nah baru itu yang eeee... brijing nah gitu jadi</i>

			<i>disitu hanya berupa eee..kode kode yang mau kita input aja sihh....”</i>
		2. Menurut ibu sistem informasi casemix berlaku untuk bpjs saja atau untuk metode pembayaran lainnya ?	<i>. “ masih untuk bpjs”</i>
		3 menurut ibu klasifikasi pasien sistem informasi casemix di klasifikasi kan berdasarkan apa?	<i>“ enggak ada di bagi bagi sihh biasanya kan sesuai dengan kelas pasien aja ya kalau sekarang kan bpjs masih sesuai kelas”</i>
		4. berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menulis tindakan diagnosa pasien oleh dpjp ketika terdapat banyak pasien?	<i>“ kalau untuk rawat inap biasanya enggak lama yaa kan dari awal kan dia udah tau nih saat meriksa pasien abis itu dia ngisi ktp ngasi assesment nyaa apa, teerus sama diagnosanya itu dah biasanya lanjut sih dan kek udah kebiasaan gitu juga sopnya dah ada gitu ndak lama lamah....”</i>
		5 siapa yang bertanggung jawab jika terjadi perbedaan diagnosa?	<i>“oo itu eee..tentu kita mengambil diagnosa sesuai dengan dpjp jadi kalau ada yang memang ee...kurang sesuai kita koordinasi ke dpjp nya, dok izin ini diagnosa sebenarnya apa? karena hasilnya ada ini ini..mana tau</i>

			ada miss ya ee dokternya salah tulis...atau masuk apa ada diagnosa yang belum masuk biasanya...sebenarnya dokternya ada ee mengecek ini..mengasih obat ini belum di buatnya diagnosanya di resume kadang kan yang kek gitu-gitu..”
U 1		1. Menurut ibu apa saja yang termasuk dalam sistem informasi casemix?	“sistem informasi casemixx... yaa masalahh keknya seperti yang ini yaa inacbg yaa...
		2. Menurut ibu sistem informasi casemix berlaku untuk bpjs saja atau untuk metode pembayaran lainnya?	emmmmm....untuk metode pembayaran sih udah mulai pakek kek asuransi asuransi sama kek bpjst mereka sudah mulai pakai itu sih penginputannya...
		3. Menurut ibu klasifikasi pasien pada sistem informasi casemix diklasifikasikan berdasarkan apa?	“berdasarkann sub bab penyakit ya ...
		4. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menulis tindakan diagnosa pasien oleh dpjp ketika terdapat banyak pasien?	“eeee..disini kan udah pakai dh jadi dpjp ya jadi dpjp itu ya tinggal ngetik misalnya hemodian ya dia langsung keluar jadi langsung klik aja,kayak sistemnya apa yaa tinggal ketik langsung keluar gitu loh..jadi mereka tinggal cus gimana gitu ini gak lama sih harusnya sebentar gitu...
		5. Siapa yang bertanggung jawab jika terjadi perbedaan diagnosa?	“ emmmm...kita disini sih ada mpp yang untuk mengurus itu ya ...jadi kalau misal ada perbedaaan atau ada yang mau dikomfirmasi mpp kita turun misalnya

			untuk komfir ke dpjp misalnya ni pasien dengan muti penyakit ke dpjp misalnya kan kadang nanti mpp yang komfirmasi ke pihak dpjp sebut keluhan pasien ini bagaimana tanggaapannya seperti itu.....
	P 1	1. Menurut ibu apa saja yang termasuk dalam sistem informasi casemix ?	isi nya itu ya data diagnosa, kode icd10, mungkin ya seperti ina cbg nya dan semua yang dibutuhin buat ngurus klaim bpjs biasanya sih dek...
		2. Menurut ibu sistem informasi casemix berlaku untuk bpjs saja atau untuk metode pembayaran lainnya ?	“Nggak cuma bpjs aja sih.... kadang juga dipakai buat asuransi lain, tapi emang paling sering dipakai buat yang bpjs....
	K 1	3. Menurut ibu klasifikasi pasien pada sistem informasi casemix di klasifikasikan berdasarkan apa?	“<i>.Hmmm....</i> mungkin dari diagnosa ya prosedur, umur pasien, biasanya yg kayak gitu sih dekk.....
		4 berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menulis tindakan diagnosa pasien oleh dpjp ketika terdapat banyak pasien?	“Kalau pasiennya banyak ya... kita tu ,bisa sampai 2-3 hari baru kelar semua nulisnya. kadang dokternya juga sibuk visit ke ruangan lain, jadi nulis resume suka ketunda....
		5 siapa yang bertanggung jawab jika terjadi perbedaan diagnosa?	“<i>Hmm ya dpjp -nya yang bertanggung jawab. tapi kalau petugas casemix nemu yg beda,</i>

			<i>biasanya dikonfirmasi dulu sih. Kalau gak cocok, itu bisa ganggu proses klaim nya dek....</i>
	U 1	1. Apakah pernah dilakukan evaluasi kinerja SDM IGD?	Pernah yaa itu yang saya sampaikan tadi adanya evluasi tiap bulannya yang dilakukan oleh pihak msdm igd
		2. Menurut bapak/ibu, apakah ada hubungan tingkat kompensasi yang didapatkan SDM IGD dengan Kinerja SDM IGD	Ohh oi yaa itu harus brjalan seimbang igd ini saya sudah sampaikan tadi igd ini adalah unit khusus dari unit khusus kita ada penyinggungan masalah duit jika dikaitkan dengan jasa pelayanan, unit khusus tentu akan berbeda hitungannya dengan unit biasa, nah makanya karena dia masuk kategori khusus kapan dinyatakan unit khusus dilihat dari beban kerja resiko pekerjaan ee dari kemampuan sdm dari sertifikasi yang mewajibkan orang orang untuk harus ada di sebuah unit, itu salah satu perhitungan unit khusus itu
		3. Apakah ada penilaian Kinerja Karyawan yang dilakukan oleh MSDM IGD?	Penilaian kinerja ada seluruh karyawan di igd ini eee terprogram untuk penilaian nilainya itu adalah nilai tahunan. Itukan setiap tahun masing masing kepala unit menilai seluruh petugas di sini. Apa aja indikatornya ada knowlage ada kepatuhan banyak hal hal yang dibuat disana dan nilai ini ee akan disampaikan ke direktur nah ininjuga menjadi dasar bagi direktur rs ditujukan contoh untuk tenaga kontrakkan apakah kontraknya ini di perpanjang atau tidak

		4. Apakah Karyawan yang ada di SDM IGD tersebut sudah memiliki pengalaman kerja yang cukup?	Ooo yah kalau untuk pengalam karena masuk ke igd meski harus memenuhi standar, minimal standar pelatihan harus memenuhi beberapa kriteria yang kedua yaa itu regulasi yang harus perawat laa yaa contohnya saya ambil PK2, Pk2 itu ga mungkin fres graduate sudah pasti dia sudah memiliki pengalaman kalau bicara standar
		5. Apa yang menjadi alat ukur yang digunakan untuk mengukur kinerja SDM IGD?	Alat ukurnya salh satunya ini yang saya sampaikan muali dari faktor disiplin haa tentunya faktor dia mampu tidak memenuhi target yang dia buat, kita ada namanya sasaran kinerja sasaran kinerja ini setiap hari dibuat dan dinilai setiap bulan jadi memang membuat sasaran kinerja 100 paling selesainya 80 itu saja menilai persentasinya itulah salah satu tolak ukurnya
	P 1	1. Apakah pernah dilakukan evaluasi kinerja SDM IGD?	Selalu ada evaluai evaluasi dilakukan setiap bulannya oleh kepala ruangan atau kordinator
		2. Menurut bapak/ibu, apakah ada hubungan tingkat kompensasi yang didapatkan SDM IGD dengan Kinerja SDM IGD	Kopensasi dengan kinerjaaa, kita semua sama aa gaa ada karena dia kita dibidang tertentu dia di kasi kopensasi itu tidak ada.disamakan sesuai dengan kebutuhan yang ada di igd
		3. Apakah ada penilaian Kinerja Karyawan yang dilakukan oleh MSDM IGD?	Yaa hampir sama sama evaluasi yang tadi di ini di apa namanya di penilaian setiap bulan kita buat laporannya kita kasih ke kordinator nanti kordinator yang nyampaikan ke tingkat yang lebih atas.

		4. Apakah Karyawan yang ada di SDM IGD tersebut sudah memiliki pengalaman kerja yang cukup?	Sama seperti yang tadi kalo perawat perawat di igdni karen dia memiliki pelatihan sepertinya dia sudah memiliki pengalaman yang cukup untuk bisa ditempatkan di ruang igd
		5. Apa yang menjadi alat ukur yang digunakan untuk mengukur kinerja SDM IGD?	Banyak ee mulai dari disiplin waktu datang yaa terus membuat laporan harian skp banyak lah.
		6.	

Lampiran 13 Lembar Konsultasi Pembimbing I

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING I

Nama : Indy Ramadhani
Judul : Analisis Penyebab Terjadinya Pending Claim
Berkas Penagihan BPJS Rawat Inap Di Rumah
Sakit Prima
Nim : 21001006

Nama Pembimbing I : Anastasya Shinta Yuliana, SKM., MKM

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	TTD Pembimbing
1	4 AGUSTUS 2025	BIMBINGAN BAB 4	
2	8 AGUSTUS 2025	BIMBINGAN BAB 4	
3	10 AGUSTUS 2025	BIMBINGAN REVISI BAB 4	
4	12 AGUSTUS 2025	BIMBINGAN BAB 5	
5	13 AGUSUTUS 2025	BIMBINGAN BAB 5	
6	14 AGUSTUS 2025	BIMBINGAN REVISI BAB 5	
7	14 AGUSTUS 2025	ACC SEMINAR HASIL	
8			
9			
10			

Pekanbaru, 13 Agustus 2025

Pembimbing I

(Anastasya Shinta Yuliana SKM., MKM)
NIDN.1007059401

Lampiran 14 Lembar Konsultasi Pembimbing II

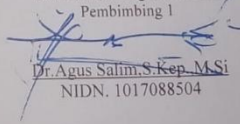
LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING II

Nama : Indy Ramadhani
Judul : Analisis Penyebab Terjadinya Pending Claim Berkas
Penagihan BPJS Rawat Inap Di Unit Casemix Rumah
Sakit Prima
Nim : 21001006

Nama Pembimbing II : Dr. Agus Salim, S.Kep., M.Si

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	TTD Pembimbing
1	4 AGUSTUS 2025	BIMBINGAN BAB 4	
2	8 AGUSTUS 2025	BIMBINGAN REVISI BAB 4	
3	11 AGUSTUS 2025	BIMBINGAN REVISI BAB 4	
4	12 AGUSTUS 2025	BIMBINGAN BAB 5	
5	13 AGUSTUS 2025	BIMBINGAN BAB 5	
6	14 AGUSTUS 2025	BIMBINGAN REVISI BAB 5	
7	14 AGUSTUS 2025	ACC Seminar Hasil	
8			

Pekanbaru, 13 Agustus 2025
Pembimbing I


Dr. Agus Salim, S.Kep., M.Si
NIDN. 1017088504

LEMBAR OBSERVASI

A. Identitas Objek

1. Lokasi : instalasi unit casemix
2. Waktu : 22 mei-30 juli 2025

B. Aspek yang diobservasi

No.	Aspek yang diamati	Ya	Tidak	Keterangan
1.	Adanya SOP claim BPJS rawat inap di ruang casemix.	√		
2.	Di pajangnya alur claim bpjs di ruang casemix.		√	 Tidak adanya pemajangan SOP casemix khususnya rawat inap.
3.	Adanya buku catatan manual kejadian pending claim berkas BPJS rawat inap.	√		
4.	Adanya penumpukan berkas pending claim BPJS rawat inap.	√		

				Terdapat adanya penumpukan berkas pending claim BPJS rawat inap ...“ada biasanya maksimal 14 hari kerja pas pasien itu pulang. Kalau lewat dari itu, klaim bisa pending atau ditolak gitu sih yaa...”
--	--	--	--	--

Lampiran 16: Banner SOP Alur Perjalanan Klaim Rawat Inap



DOKUMENTASI PENELITIAN



Peneliti di depan Rumah Sakit Prima



Peneliti di depan Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Prima



Peneliti di depan Lobby Rumah Sakit Prima



Peneliti Wawancara Non Formal Dengan Dokter Penanggung Jawab
Rumah Sakit Prima



Peneliti Wawancara penelitian dengan Ketua Casemix di Rumah Sakit Prima



Peneliti Wawancara Penelitian dengan Kader Casemix di Rumah Sakit Prima



Peneliti Wawancara Penelitian dengan Perawat pelaksana di Rumah Sakit Prima