

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar belakang masalah**

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, setiap warga negara Indonesia diwajibkan memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkualitas. Hal ini bertujuan agar setiap individu dapat menjalani kehidupan secara layak melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.<sup>1</sup>

Pemerintah Indonesia telah membentuk sebuah lembaga resmi yang bertugas menyelenggarakan jaminan sosial di bidang kesehatan, yaitu BPJS Kesehatan. Program ini dibuat untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh masyarakat. Dalam pelaksanaannya, seluruh warga negara Indonesia, serta warga asing yang telah bekerja di Indonesia selama minimal enam bulan, diwajibkan untuk menjadi peserta program ini. Perusahaan-perusahaan juga memiliki kewajiban untuk mendaftarkan para karyawannya sebagai anggota BPJS Kesehatan. Sementara itu,

---

<sup>1</sup> <https://peraturan.bpk.go.id>. Diakses pada 12 Januari 2023`

individu atau keluarga yang tidak memiliki pekerjaan tetap diwajibkan mendaftarkan diri dan anggota keluarganya secara mandiri

Jika ditinjau dari perspektif Islam, sistem BPJS Kesehatan mengandung prinsip yang sejalan dengan konsep tolong-menolong (*ta'awun*), yakni saling membantu dalam hal kebaikan, khususnya dalam menghadapi risiko kesehatan. Hal ini juga menyerupai prinsip dasar dalam asuransi syariah, yang menekankan pada semangat kebersamaan, saling mendukung, dan membantu meringankan beban sesama peserta. Dengan demikian, walaupun BPJS bukan lembaga berbasis syariah, nilai-nilai sosial yang terkandung di dalamnya tidak bertentangan dengan ajaran Islam.<sup>2</sup>

Menurut Undang-Undang No. 40 tahun 2004 prinsip-prinsip Jaminan Sosial Nasional sebagai berikut:

1. Prinsip kegotong-royongan. Di mana peserta yang memiliki kemampuan ekonomi lebih baik membantu peserta yang kurang mampu. Bentuk penerapannya adalah dengan mewajibkan seluruh masyarakat menjadi peserta, sehingga terjadi solidaritas antarindividu. Dalam pelaksanaannya, peserta yang memiliki risiko kesehatan rendah turut membantu mereka yang berisiko tinggi, dan orang yang sehat

---

<sup>2</sup> Rafki, Ridwan dkk, "Analisis fatwa dewan syariah nasional no.98/DSN-MUI/XII/2015 tentang pedoman penyelenggara jaminan sosial kesehatan syariah dalam perspektif islam". *Jurnal paradigma ekonomika*, Vol. 6. No. 4 (oktober 2021), h. 857-858

turut menanggung biaya peserta yang sedang sakit. Mekanisme ini sejalan dengan konsep berbagi risiko (*risk sharing*) yang menjadi dasar dalam asuransi syariah, karena mengedepankan keadilan dan pemerataan manfaat bagi semua peserta. Melalui prinsip tersebut, diharapkan tercipta keadilan sosial yang merata di tengah masyarakat.

2. Prinsip nirlaba. Pengelolaan dana yang dipercayakan kepada badan penyelenggara jaminan sosial tidak bertujuan untuk memperoleh keuntungan atau bersifat komersial (nirlaba). Fokus utama dari penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memaksimalkan manfaat bagi para pesertanya. Oleh karena itu, dana yang dikelola, termasuk hasil pengembangannya dan setiap kelebihan anggaran (surplus), akan digunakan sepenuhnya untuk kepentingan dan kesejahteraan peserta program tersebut.
3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
4. Prinsip portabilitas. Jaminan sosial bertujuan untuk memastikan perlindungan yang tetap berlaku bagi peserta, walaupun terjadi perpindahan pekerjaan maupun tempat tinggal di dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5. Prinsip kepesertaan wajib. Jaminan sosial diselenggarakan untuk menjamin keberlangsungan perlindungan bagi setiap peserta, meskipun terjadi perubahan pekerjaan maupun perpindahan tempat tinggal di dalam lingkup Negara Kesatuan Republik Indonesia
6. Prinsip dana amanat. Dana hasil iuran peserta menjadi tanggung jawab badan penyelenggara untuk diatur dan dimanfaatkan secara efisien, sehingga dapat memberikan manfaat maksimal bagi kesejahteraan peserta
7. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial nasional adalah berupa deviden dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

Dalam penyelenggaraannya, BPJS menggunakan metode pembayaran prospektif yang dikenal dengan *casemix (case based payment)*. Metode ini pertama kali diberlakukan pada tahun 2008 melalui program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS). Sistem *casemix* berfungsi untuk mengelompokkan diagnosis dan tindakan medis berdasarkan kesamaan karakteristik klinis serta biaya pelayanan, dengan proses pengelompokan yang dilakukan menggunakan aplikasi *grouper*.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Valentina. "Analisis penyebab unclaimed Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan", *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda* Vo.3 No. 2, (September 2018), h. 480

Klaim BPJS merupakan proses pengajuan biaya pelayanan kesehatan peserta oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Pengajuan ini dilakukan secara kolektif dan ditagihkan setiap bulan. Sebelum diajukan, rumah sakit berkewajiban melengkapi seluruh dokumen klaim agar biaya perawatan dapat diganti sesuai dengan tarif *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBGs). Dokumen yang wajib dilampirkan meliputi rekapitulasi pelayanan, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, surat keterangan diagnosis dari dokter yang merawat, serta bukti pelayanan lainnya. Selanjutnya, BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi terhadap klaim tersebut. Apabila berkas dinyatakan layak, maka pembayaran akan dilakukan. Namun, apabila berkas tidak layak klaim atau berstatus pending (*unclaimed*), maka berkas tersebut dikembalikan ke rumah sakit untuk diperbaiki. Kondisi ini umumnya terjadi akibat adanya perbedaan diagnosis antara pihak rumah sakit dengan verifikator BPJS.

Rumah sakit sebagai fasilitas penyedia pelayanan kesehatan tingkat lanjut bertujuan untuk menyediakan pelayanan kesehatan baik secara promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif.<sup>4</sup>

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Drajat Prawiranegara merupakan rumah sakit yang berlokasi di Kota Serang dan berada di bawah

---

<sup>4</sup> Herman, Lutfiatun Nadibah dkk. "Tinjauan keterlambatan klaim berkas BPJS rawat inap di RSUD DR. Hasan Sadikin". *Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan* Vol. 1 No.4, (September 2020), h 575

kewenangan Pemerintah Kabupaten Serang. Rumah sakit ini berstatus sebagai rumah sakit kelas B non pendidikan yang telah berdiri sejak tahun 1938. Selain berfungsi sebagai pusat rujukan bagi wilayah Kabupaten Serang, RSUD dr. Drajat Prawiranegara juga ditetapkan sebagai rumah sakit rujukan regional wilayah I Provinsi Banten yang mencakup daerah Lebak, Pandeglang, Kota Cilegon, dan Kota Serang..<sup>5</sup>

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Drajat Prawiranegara Serang menyediakan berbagai pelayanan medis spesialistik, umum, penunjang medis dan rehabilitasi medik serta bekerja sama menyelenggarakan pendidikan dengan perguruan tinggi swasta baik dari Jakarta maupun yang berasal dari Serang dan Cilegon. Dengan terbitnya UU No.1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (PBN), UU No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 7 menyebutkan rumah sakit pemerintah sebagai pengelola badan umum layanan daerah dan PP No. 74 tahun 2012 revisi PP No. 23 tahun 2005 tentang pengelolaan Badan Layanan Umum (PPK-BLU), RSUD dr. Drajat Prawiranegara mengusulkan untuk dapat menjadi rumah sakit pemerintah pengguna PPK-BLU. Dan pada tahun 2011 ditetapkannya status sebagai rumah sakit pemerintah pengguna PPK-BLU

---

<sup>5</sup> <https://rsud.serangkab.go.id/profil>. Diakses pada 5 November 2023

penuh. Layanan yang ada di RSUD dr. Drajat Prawiranegara Serang antara lain: Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan.<sup>6</sup>

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk meneliti topik tersebut dengan judul “ **ANALISIS PENYEBAB UNCLAIMED BERKAS BPJS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM DR. DRAJAT PRAWIRANEGARA SERANG** ”.

## **B. Fokus Penelitian**

Dalam penelitian ini diperlukan penetapan fokus dan batasan penelitian agar ruang lingkupnya lebih terarah. Penelitian ini difokuskan pada prosedur penyelesaian klaim berkas BPJS rawat inap serta faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di rumah sakit. Pembatasan ini dilakukan untuk memastikan analisis lebih mendalam dan spesifik terhadap proses klaim serta kendala yang dialami oleh rumah sakit dalam pengelolaan klaim BPJS rawat inap.

## **C. Rumusan Masalah**

Adapun rumusan masalah dari penelitian ini adalah:

1. Bagaimana prosedur penyelesaian klaim pasien BPJS rawat inap di RSUD dr. Drajat Prawiranegara Serang?
2. Apa penyebab terjadinya *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di RSUD dr. Drajat prawiranegara?

---

<sup>6</sup> <https://tiribunnewswiki.com>. Diakses pada 5 November 2023

#### **D. Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Untuk menjelaskan prosedur penyelesaian klaim pasien BPJS rawat inap di RSUD dr. Drajat Prawiranegara Serang.
2. Untuk menjelaskan penyebab *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di RSUD dr. Drajat Prawiranegara Serang.

#### **E. Manfaat/Signifikansi Penelitian**

Adapun manfaat penelitian ini adalah:

1. Bagi penulis.

Penelitian ini bertujuan untuk menambah informasi dan memperluas pengetahuan mengenai topik yang dibahas, yaitu analisis penyebab terjadinya *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di RSUD dr. Drajat Prawiranegara. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang faktor-faktor yang memengaruhi proses klaim dan kendala yang dialami rumah sakit dalam pengelolaan klaim BPJS rawat inap.

2. Bagi mahasiswa dan akademik.

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan, sekaligus berfungsi sebagai bahan referensi bagi peneliti selanjutnya. Dengan demikian, temuan dari penelitian ini tidak hanya memberikan kontribusi terhadap pemahaman tentang penyebab

unclaimed berkas BPJS rawat inap di RSUD dr. Drajat Prawiranegara, tetapi juga dapat dijadikan acuan dalam penelitian yang lebih lanjut di bidang serupa.

3. Bagi rumah sakit.

Penelitian ini juga bertujuan untuk menjadi bahan masukan dan saran bagi pihak rumah sakit dalam melakukan evaluasi terkait penyebab terjadinya *unclaimed* berkas BPJS rawat inap. Dengan demikian, hasil penelitian dapat dijadikan dasar perbaikan proses pengelolaan klaim dan peningkatan kualitas pelayanan di rumah sakit

#### **F. Penelitian terdahulu yang relevan**

1. Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda. Penulis Valentina, Dosen APIKES Imelda pada tahun 2018 dengan judul “Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan”. Dalam penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui wawancara dan observasi. Selanjutnya, data dianalisis secara deskriptif melalui tahapan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa penyebab unclaimed berkas BPJS rawat inap di Rumah Sakit Umum Imelda Medan dipengaruhi oleh faktor jumlah

SDM, sarana, teknologi, serta perencanaan yang mencakup ketersediaan SOP dan pelaksanaan evaluasi. Dari 83 berkas BPJS yang mengalami pending, sekitar 45% disebabkan oleh kesalahan pengkodingan, 22% oleh indikasi medis, dan 33% oleh administrasi..<sup>7</sup>

Perbedaan penelitian ini dengan penulis yaitu tempat penelitian. Penelitian ini akan dilakukan di RSUD dr. Drajat Prawiranegara Serang sedangkan peneliti sebelumnya di RSUD IPI Medan.

2. Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda. Penulis Ary Syahputra Wiguna, Program Studi D3 Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Universitas Imelda Medan pada tahun 2020 dengan judul “Tinjauan Penyebab Unclaimed Berkas Pasien BPJS Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia”. Dalam penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyebab unclaimed berkas BPJS pasien rawat jalan dapat dikategorikan berdasarkan dua aspek. Berdasarkan input, faktor yang memengaruhi meliputi keterbatasan SDM dan sarana, serta sering terjadinya gangguan pada jaringan dan perangkat lunak (software). Sedangkan berdasarkan

---

<sup>7</sup> Valentina. “Analisis penyebab unclaimed Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Medan”, *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda* Vo.3 No. 2, (September 2018), h. 480

proses, penyebab utama adalah perencanaan yang belum sepenuhnya menerapkan Standar Operasional Prosedur (SOP).<sup>8</sup>

Perbedaan penelitian ini adalah objek yang akan diteliti, yaitu berkas BPJS rawat inap yang terpending (*unclaimed*) sedangkan objek peneliti sebelumnya adalah berkas BPJS rawat jalan yang *unclaimed*.

3. Jurnal Kesehatan Vokasional, penulis Lenthy Wahyu Niviatri dan Sugeng, Program studi D3 Perekam Medis Sekolah Vokasi UGM pada tahun 2020 dengan judul “Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho.” Dalam penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif dan jenis penelitian studi kasus. Subjek penelitian ini adalah petugas yang terlibat secara langsung dalam proses klaim. Objek penelitian ini adalah pengajuan berkas klaim pasien rawat jalan dan rawat inap dengan cara pembayaran BPJS. Teknik pengumpulan data yaitu wawancara, observasi dan dokumentasi. Hasil penelitian yaitu proses pelaksanaan klaim BPJS di RS Panti Nugroho sudah lancar tetapi masih terdapat berkas klaim yang tertunda. Faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor *man* adalah petugas verifikasi kelengkapan awal, dokter dan petugas pengodean. Faktor *machien* adalah karena SIMRS

---

<sup>8</sup> Wiguna, Ary Syahputra. “Tinjauan Penyebab Unclaimed Berkas BPJS pada Rawat Jalan di RSUD Imelda Pekerja Indonesia”. *Jurnal Imiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda* Vol.5 No.1, (Februari 2020), h.72

belum terintegrasi dengan INA-CBG. *Method* adalah karena implementasi SPO yang belum lancar. Faktor materials karena persyaratan yang tidak sesuai.<sup>9</sup>

Perbedaan penelitian ini adalah objek yang akan diteliti. Pada peneliti hanya berfokus pada berkas klaim pasien rawat inap, sedangkan penenliti sebelumnya pada berkas klaim pasien rawat inap dan rawat jalan.

4. Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, penulis Ariqurna Bayu Triatmaja, Rossalina Adi Wijayanti dan Novita Nuraini pada tahun 2022 dengan judul “Tinjauan Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan di RSUD Haji Surabaya”. Dalam penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif. Subjek penelitian adalah petugas casemix RSUD Haji Surabaya. Metode pengumpulan data yaitu wawancara. Hasil penelitian adalah dari faktor *man*, *material*, *methods*, *machine* dan *money*. Dari unsur *man* adalah kemampuan petugas yang kesulitan dalam membaca diagnosa dan tindakan pasien karena penulisan dokter yang sulit terbaca. Pada unsur *material* tidak lengkapnya berkas klaim. Pada unsur *method* tidak terdapat SOP yang mengatur tentang pengisian diagnosis khusus klaim. Pada unsur *mechine* proses klaim

---

<sup>9</sup> Noviatri, Lenty Wahyuni dan Sugeng. “Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho”. *Jurnal Kesehatan Vokasional* Vol.1 No.1, (Oktober 2020) h.22

sering mengalami loading dan mengalami gangguan jaringan. Pada unsur *money* tidak mengalami pending karena petugas casemix tidak dapat mengetahui jumlah kerugian yang diakibatkan oleh klaim pending.<sup>10</sup>

Perbedaan pada penelitian ini adalah teknik pengumpulan data. Peneliti menggunakan teknik pengumpulan data diantaranya: observasi, wawancara dan dokumentasi. Sedangkan pada penelitian sebelumnya hanya menggunakan teknik pengumpulan data wawancara.

5. Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Penulis Nina Dwi Astuti dan Andrika Nurul Hidayah pada tahun 2022 dengan judul “Tinjauan Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap”. Dalam penelitian ini menggunakan metode kualitatif pendekatan studi kasus di rumah sakit tipe C di Jawa Tengah. Teknik pengumpulan data yaitu wawancara dan observasi. Hasil penelitian yaitu pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap pada rumah sakit disebabkan oleh sistem informasi rumah sakit yang belum terbriding dengan aplikasi *e-claim* dan *v-claim*, kurangnya petugas dibagian casemix, kurangnya update informasi terkait pedoman Indonesia *case base groups* (INA-CBGs) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan,

---

<sup>10</sup> Triatmaja, Ariqurna Bayu, dkk. “tinjauan penyebab klaim pending BPJS kesehatan di RSUD Haji Surabaya”. *Jurnal rekam medik dan informasi kesehatan* Vol3 no.2, (Maret 2022 ) h.131

kuarngnya fasilitas penunjang seperti *echocardiography* dan *endoscopy* serta kurangnya pengalaman kerja dan pelatihan petugas koder.<sup>11</sup>

Perbedaan pada penelitian ini adalah tempat penelitian. Peneliti melakukan penelitian di RSUD dr. Drajat Prawiranegara Serang sedangkan peneliti sebelumnya di rumah sakit tipe C milik pemerintah provinsi Jawa Tengah.

6. Jurnal Ilmiah Indonesia. Penulis Mira Puspa Ningsih, Chriswardani Suryawati dan Septo Pawelas Arso pada tahun 2022 dengan judul “Evaluasi Administrasi Klaim BPJS Kesehatan dalam Menurunkan Klaim Pending”. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif pendekatan fenomenologi. Teknik penumpulan data yaitu observasi, wawancara. Hasil penelitian ini pengaruh terbesar terjadinya klaim BPJS pending karena ketetapan kode diagnosis dan ketidaklengkapan resum medis. Beberapa faktor dapat berupa minimnya pengetahuan koder, penulisan diagnosa yang sulit dipahami/kurang lengkap, dan kurangnya kelengkapan rekapitulasi pelayanan yang diberikan rumah sakit karena banyaknya pasien BPJS yang harus ditangani. Upaya untuk untuk mengurangi terjadinya pending klaim BPJS kesehatan sebaiknya antara tenaga medis dan corder harus berjalan dengan baik,

---

<sup>11</sup> Astuti, Nina Dwi dan Andrika Nurul .H, “Tinjauan Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap” . *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan* Vol.5 No. 2 (Oktober 2022) h.81

bagi perawat dan dokter agar lebih teliti dalam penulisan data pasien dan tenaga kesehatan lebih banyak berhati-hati saat mengisi resume medis.<sup>12</sup>

Perbedaan pada penelitian ini adalah studi kasus yang digunakan. Pada peneliti lebih difokuskan pada faktor-faktor penyebab berkas klaim BPJS rawat inap yang terpending, sedangkan pada peneliti sebelumnya adalah upaya untuk meminimalisir berkas klaim BPJS yang terpending.

### **G. Kerangka pemikiran**

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu program strategis pemerintah di bidang kesehatan yang penyelenggaraannya berada di bawah tanggung jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Landasan hukum penyelenggaraan JKN tertuang dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yang menetapkan dua lembaga utama, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Program JKN disusun untuk menjamin akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang menyeluruh, dengan sistem pelayanan berjenjang mulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama hingga pelayanan rujukan tingkat lanjutan.

---

<sup>12</sup> Pusaningsih, Mira, dkk. "Evaluasi Administrasi Klaim BPJS Kesehatan dalam Menurunkan Klaim Pending" *Jurnal Ilmiah Indonesia* Vol.6 No.6 (Juni 2022) h.7055

Dalam implementasinya, pembiayaan kesehatan menjadi komponen yang sangat penting karena tidak hanya berfungsi sebagai instrumen pendukung, tetapi juga sebagai mekanisme untuk menjamin keberlanjutan layanan. Sistem pembiayaan dalam JKN dirancang untuk mendorong peningkatan mutu pelayanan kesehatan, memastikan layanan yang berorientasi pada pasien, serta menciptakan efisiensi dalam penggunaan sumber daya kesehatan. Selain itu, sistem ini juga bertujuan untuk mencegah praktik yang merugikan seperti *over treatment* (tindakan medis berlebihan), *under treatment* (pemberian pelayanan di bawah standar), maupun terjadinya *adverse event* (kejadian yang merugikan pasien akibat tindakan medis).<sup>13</sup>

Klaim asuransi merupakan suatu permintaan resmi yang diajukan oleh penyedia layanan kesehatan kepada perusahaan asuransi dengan tujuan memperoleh pembayaran atas tindakan medis yang telah diberikan kepada peserta asuransi. Proses klaim umumnya dilakukan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya melalui mekanisme administrasi yang terstruktur. Administrasi klaim sendiri dapat dipahami sebagai rangkaian kegiatan yang mencakup pengumpulan bukti dan data terkait kondisi sakit atau cedera yang dialami pasien, melakukan verifikasi dengan perjanjian

---

<sup>13</sup> Nurdiah, Resti Septiani dan Arief Tarmansyah Iman. "Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD dr. Soekarjo Tasikmalaya". *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia* vol. 4 No. 2, (Oktober 2016), h. 24

kerja sama yang telah disepakati, serta menentukan besaran manfaat yang layak diterima oleh peserta.

Tujuan utama dari penyelenggaraan administrasi klaim adalah memastikan bahwa setiap klaim yang diajukan dapat diverifikasi dengan tepat, valid secara dokumen, sesuai dengan ketentuan, serta dibayarkan secara adil dan tepat waktu. Dengan demikian, administrasi klaim tidak hanya berfungsi sebagai sarana pembayaran, tetapi juga sebagai mekanisme kontrol untuk menjaga keberlangsungan sistem asuransi, melindungi hak peserta, sekaligus mencegah terjadinya pembayaran klaim yang tidak sesuai atau tidak sah.<sup>14</sup>

## **H. Metode penelitian**

### **1. Lokasi penelitian**

Penelitian ini akan dilaksanakan di RSUD Dr. Drajat Prawiranegara Jl. Rumah Sakit Umum No.1, Kota Baru, Kec. Serang, Kota Serang, Banten 42112. Alasan peneliti melakukan penelitian di RSUD Dr. Drajat Prawiranegara karena adanya permasalahan terkait topik yang akan dibahas yaitu penyebab unclamed berkas BPJS rawat inap

---

<sup>14</sup> Mutia , Halida. “Gambaran Klaim Peserta Jaminan Sosial Nasional yang Ditolak pada Layanan Rawat Jalan di RS Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya”. (*Skripsi Program Studi Kesehatan Masyarakat, 2016*) h.11

## 2. Metode penelitian.

Metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif deskriptif, di mana peneliti bertugas untuk mendeskripsikan suatu objek, fenomena, atau konteks sosial secara mendetail dan disajikan dalam bentuk naratif. Dalam laporan penelitian kualitatif, penyajian data biasanya disertai dengan kutipan-kutipan fakta yang diperoleh dari lapangan, sebagai bentuk dukungan empiris terhadap analisis dan temuan yang disampaikan dalam laporan penelitian.<sup>15</sup>

## 3. Teknik pengumpulan data

### a. Observasi

Observasi merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mengamati secara langsung di lapangan. Proses observasi diawali dengan identifikasi berkas BPJS rawat inap yang tertunda (unclaimed), kemudian dilanjutkan dengan pemetaan berkas untuk memperoleh gambaran umum mengenai sasaran penelitian.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Anggito, Albi dan Johan Setiawan, *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. (Sukabumi: CV Jejak, 2018)

<sup>16</sup> Semiawan, Prof. Dr. Conny R. *Metode Penelitian Kualitatif*. (Jakarta:

b. Wawancara

Wawancara merupakan bentuk komunikasi antara dua pihak atau lebih yang dapat dilakukan secara tatap muka, di mana salah satu pihak berperan sebagai interviewer dan pihak lainnya sebagai interviewee. Wawancara dilakukan dengan tujuan tertentu, yaitu untuk memperoleh informasi atau data yang relevan sesuai fokus penelitian.<sup>17</sup> Dalam penelitian ini peneliti akan mewawancarai bagian caesmix RSUD Dr. Drajat Prawiranegara Serang dan bagian umum pihak BPJS Kesehatan.

c. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mencari dan memanfaatkan dokumen yang berkaitan dengan variabel atau hal yang diteliti. Dokumen ini dapat berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, notulen rapat, agenda, dan sumber tertulis lainnya yang relevan dengan penelitian.<sup>18</sup>

Pada penelitian ini akan meneliti dokumen berkas BPJS rawat inap yang claim dan berkas BPJS rawat inap yang *unclaimed* (tidak terklaim).

---

<sup>17</sup>Fadhalah. R.A, *Wawancara*. (Jakarta Timur: UNJ press, 2021)

<sup>18</sup> Siyoto, Sandu dan Muhammad Ali Sodik, *Dasar Metodologi Penelitian*. (Yogyakarta: Literasi Media Publishing, 2015)

## **I. Sistematika penelitian**

Dalam penulisan skripsi ini peneliti menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan, pada bab ini akan memaparkan tentang latar belakang masalah, fokus penelitian, rumusan masalah, tujuan masalah, manfaat penelitian, penelitian terdahulu yang relevan, kerangka pemikiran, metode penelitian, dan sistematika penulisan.

Bab II Kajian Pustaka, pada bab ini akan memaparkan tentang pengertian Klaim, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Pasien Rawat Inap dan Rumah sakit.

Bab III Metodologi Penelitian, pada bab ini akan memaparkan tentang: tempat dan waktu penelitian, jenis penelitian dan sumber data, teknik pengumpulan data serta teknik analisis data.

Bab IV Pembahasan dan Hasil Penelitian, pada bab ini akan memaparkan gambaran umum objek penelitian serta menjabarkan hasil penelitian.

Bab V Penutup, pada bab ini berisikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian.