

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit dapat didirikan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, atau swasta. Rumah sakit yang didirikan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah sebagaimana dimaksud berbentuk unit pelaksana teknis dari instansi yang bertugas di bidang kesehatan, atau instansi tertentu dengan pengelolaan badan layanan umum atau badan layanan umum daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2020).

Pelayanan rawat jalan merupakan layanan yang diberikan kepada pasien yang berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan, termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik (Kotler, 2016). Pelayanan rawat jalan merupakan sebuah unit fungsional di rumah sakit yang menerima pasien untuk berobat jalan dan pasien yang akan dirawat. Pelayanan rawat jalan juga menjadi akses pertama pasien di rumah sakit yang menjadi salah satu indikator pelayanan rekam medis (Alina, 2021). Pelayanan rawat jalan mencakup pengobatan medis praktek swasta perorangan, praktek bersama, klinik-klinik, pusat pelayanan medis dan swasta maupun pemerintah termasuk rumah sakit (Bustani dkk, 2015).

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks, apalagi ditambah dengan ditetapkannya Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per Januari 2014. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) di Indonesia, mewajibkan setiap penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan bermutu agar dapat melangsungkan hidup.

Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2022). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang ditetapkan di dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan berjenjang berupa pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan rujukan tingkat lanjut. Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk mendorong peningkatan mutu serta mendorong layanan yang berorientasi kepada pasien.

BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Adanya pelayanan BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Undang-Undang RI No.1 Tahun 2014). BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang telah diberikan kepada peserta melalui pengajuan klaim BPJS.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Proses klaim ini dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya T, 2015). Berdasarkan Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional persyaratan tersebut harus lengkap dan sesuai saat diajukan kepada verifikator BPJS. Besaran pembayaran yang dilakukan BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah fasilitas kesehatan tersebut berada serta mengacu pada standar tarif INA-CBG's.

Sistem INA-CBG's adalah aplikasi yang digunakan sebagai aplikasi pengajuan klaim rumah sakit, puskesmas dan semua Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) bagi masyarakat miskin Indonesia (Wijayanti, 2013). Salah satu cara pembayaran pelayanan kesehatan untuk rumah sakit di era

JKN adalah dengan sistem pembayaran INA-CBG's, yaitu besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur (Aulia, 2017).

Pola pembayaran dengan INA-CBG's yang diselenggarakan BPJS di rumah sakit harus melalui tahap verifikasi berkas, Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang tujuannya untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan agar dapat menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Alur verifikasi dimulai dengan fasilitas kesehatan menyiapkan berkas klaim, kemudian verifikator BPJS Kesehatan melakukan verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan dengan menggunakan *software* verifikasi. Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD-10 dan ICD-9-CM (dengan melihat buku ICD-10 dan ICD 9-CM atau *soft copy*-nya). Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang tidak layak atau *pending*, harus dikembalikan ke rumah sakit untuk melalui tahap konfirmasi apakah berkas tersebut dapat diklaimkan atau tidak.

Pada saat proses verifikasi oleh verifikator BPJS masih ditemukan beberapa klaim yang dikembalikan, yaitu kasus klaim yang tidak sesuai dan klaim yang tidak layak. Klaim yang tidak sesuai dapat disebabkan oleh kesalahan dalam pengisian formulir pendaftaran atau perubahan data yang belum diperbarui secara akurat, sedangkan klaim yang tidak layak adalah klaim yang tidak sesuai dengan ketentuan dan harus dilakukan revisi kembali. Klaim tidak layak menjadi bahan perbaikan untuk diusulkan kembali agar dapat dilakukan penggantian biaya oleh BPJS.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Valentina (2018) di RSUD IPI Medan, diperoleh kesimpulan bahwa penyebab *unclaimed* berkas BPJS pasien rawat inap di RSUD IPI Medan adalah jumlah SDM, sarana, teknologi, perencanaan berupa ketersediaan SOP, dan evaluasi. Berdasarkan 83 berkas BPJS yang mengalami *pending* ada 45% berkas BPJS dikarenakan dari kesalahan pemberian kode, 22% dikarenakan dari indikasi medis dan 33% dikarenakan administrasi.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Siti (2020) di RSKIA Sadewa Yogyakarta menyatakan bahwa faktor penyebab *pending* dan tidak layak klaim disebabkan oleh perbedaan persepsi dari pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan, dokter tidak menuliskan indikasi medis dengan jelas, petugas kurang teliti dalam pemrosesan klaim, berkas persyaratan klaim kurang lengkap, dan SOP belum disosialisasikan dengan baik.

Menurut penelitian Otifa di layanan rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Soerojo Magelang (2016) menjelaskan bahwa klaim tidak layak

berdampak pada mutu rumah sakit dan dengan adanya klaim tidak layak ini maka juga akan menimbulkan kerugian karena tidak adanya ganti rugi atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan rumah sakit sebelumnya kepada pasien. Penelitian Afriani (2022) di RSKIA Sadewa Yogyakarta juga menyatakan bahwa dengan adanya berkas BPJS Kesehatan yang tidak layak klaim tersebut berdampak pada aliran kas rumah sakit dan juga aktivitas operasional rumah sakit.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada hari Kamis 12 Desember 2024 yang dilakukan secara wawancara dengan 1 petugas klaim didapatkan informasi bahwa di RSUD Nyi Ageng Serang setiap bulannya terdapat berkas BPJS Kesehatan yang tidak layak klaim pada pelayanan rawat jalan sedangkan pada pelayanan rawat inap sudah tidak ditemukan berkas BPJS yang tidak layak klaim. Berkas BPJS yang tidak layak klaim pada pelayanan rawat jalan bulan Januari-September 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Berkas Tidak Layak Klaim BPJS Kesehatan di RSUD Nyi Ageng Serang Tahun 2024

No.	Bulan	Jumlah (Berkas)
1.	Januari 2024	47
2.	Februari 2024	29
3.	Maret 2024	52
4.	April 2024	43
5.	Mei 2024	43
6.	Juni 2024	63
7.	Juli 2024	65
8.	Agustus 2024	67
9.	September 2024	76
Total		485
Rata-Rata		54

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas klaim juga didapatkan informasi bahwa berkas tidak layak klaim tersebut disebabkan karena faktor administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan diagnosa (pelayanan kesehatan) pada pelayanan rawat jalan. Pengajuan klaim yang tidak layak tersebut kemudian berdampak pada *cash flow* rumah sakit dimana pemasukan keuangan rumah sakit akan mengalami penurunan.

Peneliti menyadari pentingnya kelengkapan klaim dan berkas layak klaim di era JKN saat ini yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan pelayanan kesehatan.

B. Rumusan Masalah

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit semakin kompleks dengan ditetapkannya Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Pelayanan BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan agar dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan dengan melalui pengajuan klaim BPJS. Namun, pada pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan masih banyak terdapat berkas BPJS Kesehatan yang tidak layak klaim. Hal tersebut dapat menyebabkan arus pemasukan kas pada fasilitas kesehatan mengalami penurunan. Berdasarkan

uraian tersebut, maka diperoleh rumusan masalah yaitu “Apa saja faktor-faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan di RSUD Nyi Ageng Serang tahun 2024?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya faktor-faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan di RSUD Nyi Ageng Serang tahun 2024.

2. Tujuan Khusus:

- a. Diketuinya alur klaim BPJS Kesehatan rawat jalan di RSUD Nyi Ageng Serang.
- b. Diketuinya persentase faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh verifikasi administrasi kepesertaan.
- c. Diketuinya persentase faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh verifikasi administrasi pelayanan.
- d. Diketuinya persentase faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh verifikasi pelayanan kesehatan.
- e. Diketuinya tindak lanjut yang dilakukan RSUD Nyi Ageng Serang terhadap berkas BPJS Kesehatan yang tidak layak klaim.

D. Ruang Lingkup

1. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Rekam Medis RSUD Nyi Ageng Serang yang bertempat di Jl. Sentolo Nanggulan, Bantar Kulon, Kelurahan Banguncipto, Kecamatan Sentolo, Kabupaten Kulon Progo, Daerah Istimewa Yogyakarta 55664.

2. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari - April 2025.

3. Ruang Lingkup Materi

Materi pada penelitian ini mengenai faktor-faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan dasar pengembangan ilmu pengetahuan, menambah wawasan baru dan referensi untuk penelitian yang berkaitan dengan faktor-faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan di rumah sakit.

2. Manfaat Praktis:

a. Bagi RSUD Nyi Ageng Serang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi mengenai faktor-faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan sehingga pihak rumah sakit dapat memperbaiki dan mengatasi kejadian tidak layak klaim

berkas BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan di kemudian hari.

b. Bagi Perekam Medis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang bermanfaat dan menambah wawasan pengetahuan perekam medis mengenai faktor-faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan.

c. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu pengetahuan yang didapat selama di bangku kuliah serta menambah ilmu pengetahuan peneliti mengenai faktor-faktor penyebab tidak layak klaim berkas BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan di rumah sakit.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian mengenai “Faktor-Faktor Penyebab Tidak Layak Klaim Berkas BPJS Kesehatan pada Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Nyi Ageng Serang Kulon Progo Tahun 2024” belum pernah dilakukan sebelumnya. Beberapa penelitian yang hampir serupa dan pernah dilakukan, antara lain:

Tabel 2. Keaslian Penelitian

No.	Penulis/Judul	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan/Perbedaan
1.	Resti Septiani Nurdiah, Arief Tarmansyah Iman (2016). Analisis Penyebab <i>Unclaimed</i> Berkas BPJS Rawat Inap Di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya.	Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang bertujuan agar dapat menggali lebih dalam mengenai penyebab, yang dapat mengakibatkan <i>unclaimed</i> berkas BPJS rawat inap sehingga dapat menurunkan tingkat <i>unclaimed</i> berkas BPJS rawat inap di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya. Subjek dalam penelitian ini terbagi atas tiga bagian yaitu 1 informan kunci, 2 informan nonkunci, 3 informan triangulasi.	Penyebab <i>unclaimed</i> berkas BPJS rawat inap di rumah sakit yang antarlain disebabkan oleh pengetahuan dan kedisiplinan petugas kurang, ruangan pengolahan klaim yang sempit, SOP terkait klaim belum tersedia, monitoring berkas klaim belum terlaksana dan ketidaklengkapan hasil penunjang.	Persamaan: jenis penelitian. Perbedaan: tempat penelitian, waktu penelitian, variabel penelitian, metode penelitian, penelitian lebih rinci membahas bagian faktor-faktor dalam 3 tahap verifikasi klaim.
2.	Vera Otifa, Andreasta Meilala, Yulita Hendrartini (2016). Klaim Tidak Layak Bayar Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Layanan Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Prof.dr. Soerojo, Magelang.	Metode penelitian studi kasus eksploratoris dengan desain studi kasus tunggal holistik (<i>single holistic</i>). Data yang dikumpulkan data sekunder, yaitu berkas klaim tidak layak bayar pasien BPJS Kesehatan Januari – Maret 2016, data rekam medis pasien BPJS Kesehatan tidak layak bayar Januari – Maret 2016, dan data	Penyebab klaim tidak layak bayar penelitian ini dibagi 2 penyebab, yaitu penyebab pelayanan medik dan penyebab administrasi. Penyebab pelayanan medik, yaitu penyebab berhubungan dengan pelayanan medik yang diberikan oleh dokter RSJS, penyebab administrasi yaitu penyebab yang berhubungan dengan kelengkapan persyaratan pasien	Persamaan: jenis penelitian. Perbedaan: tempat penelitian, waktu penelitian, jenis penelitian, variabel penelitian, penelitian lebih rinci membahas bagian faktor-faktor

No.	Penulis/Judul	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan/Perbedaan
		<p>primer dikumpulkan dengan wawancara mendalam (<i>indepth interview</i>) dan observasi. Unit analisis penelitian adalah layanan rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soerojo Magelang. Pengambilan sampel untuk data kualitatif menggunakan teknik <i>purposive sampling</i>. Variabel penelitian adalah komunikasi pimpinan, sikap dokter, sikap pimpinan, sikap BPJS Kesehatan Kota Magelang, sikap administrasi, standar operasional prosedur medis dan administrasi serta jumlah kasus klaim tidak layak bayar. Analisis data penelitian dimulai dengan analisis data sekunder yaitu data klaim tidak layak bayar BPJS Kesehatan layanan rawat jalan periode Januari – Maret 2016, dianalisis penyebab terjadinya klaim tidak layak bayar kemudian memverifikasi data itu dengan data dari telusur rekam medis. Data</p>	<p>JKN. Tiga penyebab pelayanan medik yang terbesar dari data BPJS Kesehatan dan data rekam medis adalah satu episode rawat jalan, satu episode rawat inap, dan diagnosis bukan gawat darurat. Perbedaan Klaim Tidak Layak Bayar, Perbedaan penyebab pelayanan medik data BPJS Kesehatan, dan data rekam medis, yaitu: a) diagnosis bukan gawat darurat setelah ditelusur rekam medis merupakan diagnosis gawat darurat ada 9 klaim (5,11%) dari 176 klaim tidak layak bayar, b) satu episode rawat jalan/rawat inap merupakan dua episode rawat jalan/rawat inap sebanyak 15 klaim (8,51%).</p>	<p>dalam 3 tahap verifikasi klaim.</p>

No.	Penulis/Judul	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan/Perbedaan
		primer didapat dari wawancara mendalam lalu dibuat transkrip, pengkodean, kategori dan interpretasi atau penarikan kesimpulan. Data kualitatif yang diperoleh dari data atau informasi yang dikumpulkan hasil wawancara, telaah dokumen disajikan secara narasi dengan pendekatan triangulasi.		
3.	Nuryati Rifka Siti Nur A (2020). Analisis Penyebab Pending dan Tidak Layak Berkas Klaim Rawat Jalan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSKIA Sadewa Yogyakarta.	Deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan rancangan penelitian adalah studi kasus. Data dikumpulkan dengan wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Subjek penelitian adalah 2 petugas pelayanan BPJS, 2 dokter umum, dan 1 koordinator pelayanan BPJS RSKIA Sadewa. Objek penelitian adalah laporan berita acara dari BPJS Kesehatan. Analisis data menggunakan teknik analisis data kualitatif yang diuji keabsahannya dengan teknik triangulasi sumber.	Faktor penyebab <i>pending</i> dan tidak layak klaim disebabkan oleh perbedaan persepsi dari pihak rumah sakit dan BPJS Kesehatan, dokter tidak menuliskan indikasi medis dengan jelas, petugas kurang teliti dalam pemrosesan klaim, berkas persyaratan klaim kurang lengkap, dan SOP belum disosialisasikan dengan baik. Fungsi manajemen POAC yang dilakukan adalah: 1) <i>planning</i> dengan penambahan petugas pemberkasan; 2) <i>organizing</i> dengan pembagian kerja dan koordinasi; 3) <i>actuating</i> melalui sosialisasi SOP, rapat	Persamaan: jenis penelitian. Perbedaan: tempat penelitian, waktu penelitian, metode penelitian, penelitian lebih rinci membahas bagian faktor-faktor dalam 3 tahap verifikasi klaim.

No.	Penulis/Judul	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan/Perbedaan
4.	Valentina, Merlin Niat Sehati Halawa (2019). Analisis Penyebab <i>Unclaimed</i> Berkas BPJS Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia RSUD IPI Medan.	Metode kualitatif dengan fenomenologi. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Februari - Juli 2018 di RSUD Imelda Pekerjaan Indonesia Medan. Populasi yaitu rekam medis BPJS rawat jalan yang <i>depending</i> pada bulan Februari - Juli 2018 sebanyak 490 berkas. Sampel diambil secara proporsional <i>stratified random sampling</i> yang berjumlah 83 berkas. Informan kunci berjumlah 6 orang yang terdiri dari 1 orang kepala ruangan BPJS RSUD IPI, 3 orang petugas koder BPJS RSUD IPI dan 2 orang petugas administrasi BPJS. Data dikumpulkan melalui wawancara dan observasi. Untuk analisis data dirangkum secara deskriptif melalui reduksi data,	bulanan, evaluasi kinerja, dan sistem verifikasi berlapis; dan 4) <i>controlling</i> melalui pengawasan dari wakil direktur rumah sakit. Penyebab <i>unclaimed</i> berkas BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSUD IPI) Medan adalah jumlah SDM, sarana, teknologi, perencanaan berupa ketersediaan SOP, dan evaluasi. Berdasarkan 83 berkas BPJS yang <i>terpending</i> ada 45% berkas BPJS dikarenakan dari kesalahan pengkodean, 22% dikarenakan dari indikasi medis dan 33% dikarenakan administrasi.	Persamaan: jenis penelitian. Perbedaan: tempat penelitian, waktu penelitian, metode penelitian, penelitian lebih rinci membahas bagian faktor-faktor dalam 3 tahap verifikasi klaim.

No.	Penulis/Judul	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan/Perbedaan
		penyajian dan penarikan kesimpulan.		
5.	Irmawati, Anton Kristijono, Edy Susanto, Yela Belia (2018). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara.	Penelitian survey deskriptif dengan pendekatan <i>cross sectionnal</i> . Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui proses pelaksanaan pengajuan berkas klaim BPJS pasien rawat inap, <i>review</i> administrasi kepesertaan dan <i>review</i> administrasi pelayanan berkas klaim penyebab terjadinya pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap. Lokasi penelitian dilakukan di Unit Rekam Medis RSUD R.A Kartini Jepara. Waktu penelitian ini dimulai dari pembuatan proposal penelitian yaitu pada bulan Januari sampai Februari 2017, dan pengambilan dan pengolahan data dilakukan pada bulan Maret sampai Mei 2017.	Jumlah berkas klaim rawat inap yang tidak sesuai administrasi kepesertaan sebanyak 30 berkas (61%) lebih besar dari berkas klaim rawat inap yang sesuai sebanyak 19 berkas (39%). Berkas yang tidak sesuai meliputi ketidaksesuaian berkas klaim berdasarkan Data SEP dengan data aplikasi INA-CBG's dan data aplikasi INA-CBG's dengan berkas pendukung. Jumlah berkas klaim rawat inap yang sesuai administrasi pelayanan sebanyak 42 berkas (86%) lebih besar dari berkas klaim yang tidak sesuai administrasi pelayanan sebanyak 7 berkas (14%). Dari hasil keterangan pada <i>checklist</i> administrasi pelayanan terdapat berkas klaim yang diagnosanya tidak sesuai dengan dokter penanggung jawabnya, hal ini tidak sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS	Persamaan: Jenis penelitian. Perbedaan: Waktu penelitian, tempat penelitian, penelitian lebih rinci membahas bagian faktor-faktor dalam 3 tahap verifikasi klaim.

No.	Penulis/Judul	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan/Perbedaan
			Kesehatan tahun 2014 yaitu harus memperhatikan kesesuaian Spesialisasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnosa.	