

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan sistem perlindungan sosial yang bertujuan menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi seluruh warga negara. Undang-Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menegaskan bahwa jaminan kesehatan merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip keadilan, kegotongroyongan, dan nirlaba. Implementasi jaminan kesehatan tersebut dilaksanakan melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan memberikan akses pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkesinambungan bagi seluruh penduduk Indonesia (UU RI No. 40, 2004).

Penyelenggaraan Program JKN dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Dalam pelaksanaannya, BPJS Kesehatan bekerja sama dengan fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit, sebagai penyedia pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Rumah sakit memiliki peran strategis, tidak hanya dalam penyelenggaraan pelayanan medis, tetapi juga dalam pengelolaan administrasi dan pembiayaan pelayanan kesehatan melalui

mekanisme klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan (UU RI No. 24, 2011).

Pelaksanaan Program JKN di fasilitas pelayanan kesehatan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Peraturan tersebut menjadi acuan bagi rumah sakit dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi peserta JKN, termasuk dalam pemenuhan persyaratan administratif pelayanan. Rumah sakit dituntut untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang berlaku agar pelayanan yang diberikan dapat dipertanggungjawabkan secara administratif dan menjadi dasar dalam proses pengajuan klaim pembiayaan kepada BPJS Kesehatan (Permenkes RI No. 28, 2014).

Aspek pembiayaan dan pembayaran klaim JKN diatur lebih lanjut dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Program JKN. Peraturan ini menegaskan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit harus sesuai dengan tarif yang ditetapkan dan didukung oleh bukti pelayanan yang sah (Permenkes RI No. 52, 2016). Selanjutnya, Peraturan Presiden RI Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menyatakan bahwa pembayaran klaim BPJS Kesehatan kepada rumah sakit hanya dapat dilakukan setelah melalui proses verifikasi administrasi dan verifikasi medis (Perpres RI No. 82, 2018). Hal ini menunjukkan bahwa kelengkapan dan

kesesuaian dokumen pelayanan kesehatan, khususnya rekam medis, menjadi faktor penentu klaim dapat dibayarkan atau tidak.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2022 Pasal 16 ayat (2), pengisian informasi klinis dalam rekam medis harus dilakukan secara lengkap, jelas, dan dilakukan setelah pasien menerima pelayanan kesehatan serta mencantumkan identitas dan autentikasi tenaga kesehatan. Ayat (3) menyebutkan bahwa rekam medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dikelola dan dianalisis untuk kepentingan peningkatan mutu pelayanan. Selanjutnya pada ayat (4) dinyatakan bahwa penganalisisan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilakukan terhadap data rekam medis secara kuantitatif dan kualitatif (Permenkes RI No. 24, 2022). Audit rekam medis secara kuantitatif berfokus pada kelengkapan dokumentasi, sedangkan audit secara kualitatif berfokus pada konsistensi dan keakuratan data yang terdokumentasi. (Heltiani, Khairunnisyah and Arifin, 2025).

Analisis kuantitatif rekam medis mencakup empat komponen tinjauan utama. *Review* identifikasi pasien memastikan setiap halaman rekam medis memuat nomor rekam medis, nama pasien dan identifikasi lainnya untuk mencegah tercecernya dokumen. *Review* laporan yang penting memverifikasi kelengkapan informasi kunjungan seperti keluhan, riwayat pemeriksaan, hasil pemeriksaan penunjang, diagnosis, dan tindakan yang diberikan. *Review* autentikasi memeriksa keabsahan dokumen melalui tanda tangan atau identitas tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan. Sedangkan *review* pencatatan yang baik menandai adanya kesalahan pencatatan yang tidak

dikoreksi sesuai ketentuan, serta ditemukannya ruang kosong atau lompatan yang seharusnya diberi garis untuk mencegah penambahan data. Selain itu, pada catatan perkembangan pasien dan instruksi dokter, mekanisme perbaikan kesalahan menjadi komponen yang sangat krusial dalam proses pendokumentasian (Hatta, 2017). Keempat komponen ini menjadi dasar penilaian kelengkapan dokumentasi rekam medis yang diperlukan dalam proses verifikasi klaim.

Ketidaklengkapan dokumentasi rekam medis berdasarkan tinjauan analisis kuantitatif sering kali menjadi penyebab terjadinya *pending* klaim BPJS Kesehatan. *Pending* klaim merupakan kondisi di mana klaim yang diajukan oleh rumah sakit belum dapat dibayarkan karena adanya kekurangan atau ketidaksesuaian persyaratan administratif maupun medis. Penelitian Jayanti *et al.* (2025) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kelengkapan rekam medis dengan kelayakan klaim BPJS, di mana ketidaklengkapan rekam medis menyebabkan sebagian klaim mengalami *pending*. Sementara itu, penelitian Syahputri *et al.* (2024) mengidentifikasi bahwa ketidaklengkapan *resume* medis dan hasil pemeriksaan penunjang merupakan faktor utama penyebab *pending* klaim yang berdampak pada keterlambatan pembayaran dan kondisi keuangan rumah sakit.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada Kamis, 15 Januari 2026 yang dilakukan peneliti melalui observasi dan diskusi dengan Kepala Instalasi Penjaminan RSUD Kota Yogyakarta, pelayanan rawat inap dipilih sebagai fokus penelitian ini karena memiliki tingkat kompleksitas pelayanan yang

lebih tinggi serta membutuhkan kelengkapan dokumen yang lebih banyak dan beragam dibandingkan pelayanan lainnya. Di samping itu, besarnya biaya pelayanan rawat inap menjadikan kejadian *pending* klaim pada segmen ini berpotensi menimbulkan dampak finansial yang lebih signifikan bagi rumah sakit. Perlu diketahui pula bahwa pengelolaan rekam medis rawat inap di RSUD Kota Yogyakarta saat ini masih menggunakan sistem *hybrid*, yakni perpaduan antara rekam medis berbasis kertas dan elektronik, sehingga kelengkapan dan konsistensi dokumentasi menjadi tantangan tersendiri yang perlu diperhatikan. Data klaim rawat inap RSUD Kota Yogyakarta periode 1 Oktober sampai dengan 31 Desember 2025 menunjukkan bahwa dari total 2.195 dokumen klaim rawat inap yang diajukan, terdapat 228 dokumen atau sebesar 10,39% yang mengalami *pending* klaim, sedangkan sebanyak 1.967 dokumen atau sebesar 89,61% dinyatakan layak klaim.

Angka *pending* klaim sebesar 228 dokumen atau sebesar 10,39% menunjukkan bahwa hampir satu dari sepuluh dokumen klaim rawat inap di RSUD Kota Yogyakarta pada periode 1 Oktober hingga 31 Desember 2025 belum dapat dibayarkan tepat waktu akibat permasalahan administratif maupun medis. Klaim rawat inap memiliki nilai pembiayaan yang relatif besar karena satu episode perawatan pasien dapat mencakup berbagai komponen pelayanan, seperti tindakan medis, penggunaan obat dan alat kesehatan, serta lama hari perawatan, sehingga biaya yang ditanggung per pasien dapat mencapai puluhan juta rupiah. Oleh karena itu, kondisi *pending* klaim berdampak langsung pada terhambatnya proses penggantian biaya

pelayanan kesehatan kepada rumah sakit. Hasil telaah awal terhadap hasil verifikasi BPJS Kesehatan pada berkas klaim rawat inap yang berstatus *pending* menunjukkan bahwa permasalahan yang ditemukan terutama berkaitan dengan ketidaklengkapan komponen dalam analisis kuantitatif rekam medis.

Berdasarkan diskusi dengan petugas di Instalasi Penjaminan, permasalahan yang sering ditemukan berupa tidak adanya beberapa unsur wajib dalam dokumen rekam medis, meliputi tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang sebagai dasar klaim, serta tidak adanya autentikasi berupa tanda tangan tenaga kesehatan ataupun pasien dan walinya. Selain itu, ditemukan pula bagian pendokumentasian yang tidak sesuai. Oleh karena itu, penelitian ini memfokuskan pada analisis kuantitatif rekam medis untuk menilai kelengkapan unsur-unsur dokumentasi rekam medis yang berkaitan dengan terjadinya *pending* klaim di RSUD Kota Yogyakarta.

Pending klaim BPJS Kesehatan berdampak pada keterlambatan pencairan dana klaim yang dapat mengganggu stabilitas keuangan rumah sakit dan efektivitas pelayanan kesehatan. Keterlambatan pembayaran klaim dapat memengaruhi efisiensi operasional rumah sakit apabila tidak diimbangi dengan pengelolaan informasi kesehatan yang baik (Regina and Fauzi, 2024). Oleh karena itu, diperlukan upaya analisis secara sistematis untuk menggambarkan secara objektif kelengkapan dokumentasi rekam medis pada berkas klaim yang mengalami *pending*, sehingga dapat diidentifikasi komponen mana dari empat tinjauan analisis kuantitatif rekam medis (*review*

identifikasi pasien, *review* laporan penting, *review* autentikasi, dan *review* pencatatan yang baik) yang paling banyak tidak terpenuhi sebagai dasar prioritas perbaikan.

Analisis kuantitatif rekam medis memiliki peran penting dalam mengidentifikasi permasalahan kelengkapan dokumentasi yang menjadi penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap di rumah sakit. Penelitian ini dilakukan untuk memperoleh gambaran mengenai kelengkapan rekam medis rawat inap pada kejadian *pending* klaim BPJS Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta melalui analisis kuantitatif rekam medis menggunakan pendekatan deskriptif dengan desain retrospektif yang mencakup empat komponen tinjauan, yaitu *review* identifikasi pasien, *review* laporan penting, *review* autentikasi, dan *review* pencatatan yang baik. Oleh karena itu, penelitian ini berjudul “Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap pada Kejadian *Pending* Klaim BPJS Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta.”

B. Rumusan Masalah

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta sebagai fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara Program JKN menghadapi permasalahan *pending* klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap. Kondisi tersebut diperkuat oleh data klaim periode 1 Oktober sampai dengan 31 Desember 2025, di mana dari total 2.195 dokumen klaim rawat inap yang diajukan, terdapat 228 dokumen atau sebesar 10,39% berstatus *pending*, sehingga

menghambat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan kepada rumah sakit. Hasil telaah awal menunjukkan bahwa permasalahan tersebut berkaitan dengan ketidaklengkapan dokumentasi rekam medis yang ditinjau melalui komponen analisis kuantitatif, meliputi *review* identifikasi pasien, *review* laporan penting, *review* autentikasi, dan *review* pencatatan yang baik.

Berdasarkan uraian data dan permasalahan yang telah dijelaskan, maka dapat dirumuskan masalah dalam penelitian ini yaitu: “Berapa persentase kelengkapan rekam medis rawat inap pada kejadian *pending* klaim BPJS Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta berdasarkan analisis kuantitatif yang meliputi *review* identifikasi pasien, *review* laporan penting, *review* autentikasi, dan *review* pencatatan yang baik?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui persentase kelengkapan dokumen rekam medis rawat inap pada kejadian *pending* klaim BPJS Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta berdasarkan analisis kuantitatif rekam medis.

2. Tujuan Khusus:

- a. Mengetahui persentase kelengkapan pada *review* identifikasi pasien pada berkas klaim rawat inap yang mengalami *pending* di RSUD Kota Yogyakarta.

- b. Mengetahui persentase kelengkapan *review* laporan penting pada berkas klaim rawat inap yang mengalami *pending* di RSUD Kota Yogyakarta.
- c. Mengetahui persentase kelengkapan *review* autentikasi pada berkas klaim rawat inap yang mengalami *pending* di RSUD Kota Yogyakarta.
- d. Mengetahui persentase kelengkapan *review* pencatatan yang baik rekam medis pada berkas klaim rawat inap yang mengalami *pending* di RSUD Kota Yogyakarta.

D. Ruang Lingkup

1. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Rekam Medis dan Instalasi Penjaminan RSUD Kota Yogyakarta yang beralamat di Jl. Ki Ageng Pemanahan No. 1-6, Sorosutan, Kec. Umbulharjo, Kota Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta, 55162.

2. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 22 Mei – 6 Juni 2026.

3. Ruang Lingkup Materi

Materi pada penelitian ini adalah analisis kuantitatif rekam medis rawat inap pada kejadian *pending* klaim BPJS Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta, yang meliputi *review* identifikasi pasien, *review* laporan yang penting, *review* autentikasi, dan *review* pencatatan yang baik.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Melalui penelitian ini, diharapkan dapat tercipta kontribusi nyata terhadap pengembangan keilmuan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, khususnya pada aspek penerapan analisis kuantitatif dokumen rekam medis dalam menunjang kelancaran proses klaim BPJS Kesehatan. Hasil penelitian ini juga diharapkan menjadi tambahan referensi ilmiah mengenai analisis kuantitatif rekam medis rawat inap, yang meliputi identifikasi pasien, kelengkapan laporan penting, autentikasi, serta pencatatan yang baik pada kejadian *pending* klaim BPJS Kesehatan.

2. Manfaat Praktis:

a. Bagi RSUD Kota Yogyakarta

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran persentase kelengkapan rekam medis rawat inap berdasarkan analisis kuantitatif sehingga dapat dijadikan dasar penentu perbaikan dalam upaya menurunkan angka *pending* klaim. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dan masukan bagi manajemen rumah sakit untuk menyusun kebijakan perbaikan sistem pendokumentasian rekam medis yang lebih efektif dan efisien.

b. Bagi Perekam Medis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan refleksi bagi perekam medis dalam meningkatkan kelengkapan pendokumentasian rekam medis berdasarkan komponen analisis kuantitatif dan dapat

memberikan gambaran objektif mengenai pentingnya peran perekam medis dalam mendukung kelancaran proses klaim BPJS Kesehatan melalui pengelolaan dokumen rekam medis yang sesuai standar.

c. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sarana untuk menambah pemahaman dan pengalaman dalam menerapkan analisis kuantitatif rekam medis, khususnya terkait permasalahan *pending* klaim BPJS Kesehatan di lingkungan rumah sakit. Selain itu, penelitian ini juga berperan sebagai media penerapan teori dan konsep yang diperoleh selama perkuliahan ke dalam praktik nyata penelitian yang bersifat deskriptif kuantitatif.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian dengan judul “Analisis Kuantitatif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap pada Kejadian *Pending* Klaim BPJS Kesehatan di RSUD Kota Yogyakarta” belum pernah dilakukan sebelumnya. Namun demikian, terdapat beberapa penelitian terdahulu yang memiliki kesamaan topik, antara lain sebagai berikut:

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No.	Penulis/Judul	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan/Perbedaan
1.	Asykar Jayanti, Dito Yogo Waskito, Sri Sugiarsi (2025). Analisis Kelengkapan Rekam Medis Dengan Kelayakan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap.	Observasional analitik dengan pendekatan <i>cross-sectional</i> .	Terdapat hubungan signifikan antara kelengkapan rekam medis dengan kelayakan klaim ($p=0,000$). Rekam medis tidak lengkap: 24,4% (88 berkas). Klaim <i>pending</i> : 20,8% (75 berkas). Klaim tidak layak: 1,4% (5 berkas). Ketidaklengkapan tertinggi: indikasi masuk pada <i>resume</i> medis dan hasil pemeriksaan penunjang (7,5%).	Persamaan: Sama-sama meneliti kualitas dokumentasi rekam medis terkait klaim BPJS pada pelayanan rawat inap. Perbedaan: Penelitian tersebut menggunakan pendekatan kuantitatif analitik untuk menguji hubungan dengan uji statistik, sedangkan penelitian ini menggunakan kuantitatif deskriptif untuk menggambarkan proporsi dan distribusi tanpa uji hubungan. Penelitian tersebut fokus pada kelengkapan saja, sedangkan penelitian ini menggunakan analisis kuantitatif rekam medis yang mencakup <i>review</i> identifikasi pasien, <i>review</i> laporan yang penting, <i>review</i> autentikasi, dan <i>review</i> pencatatan yang baik.
2.	Fania Nazla Nur Latifah, Sali Seatin, Elia Anusuci (2025). Analisis Deskriptif Kelengkapan Dokumen Rawat Inap BPJS Terhadap Pengklaiman Di RSUD Kota Bandung Periode Agustus	Kuantitatif deskriptif dengan desain retrospektif.	Dokumen lengkap dan disetujui: 68,1% (583 berkas). Dokumen tidak lengkap dan tertunda: 31,9% (273 berkas). Ketidaklengkapan tertinggi: Laboratorium PK (40,7%), Laboratorium PA (18,0%), Radiologi (12,2%). Total 3 komponen	Persamaan: Sama-sama meneliti kelengkapan dokumen klaim BPJS rawat inap menggunakan pendekatan kuantitatif deskriptif dengan desain retrospektif. Perbedaan: Penelitian tersebut hanya fokus pada aspek kelengkapan dokumen penunjang medis, sedangkan penelitian

No.	Penulis/Judul	Jenis Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan/Perbedaan
2025.			penunjang medis menyumbang 64,7% masalah ketidaklengkapan.	ini menggunakan analisis kuantitatif rekam medis yang mencakup <i>review</i> identifikasi pasien, <i>review</i> laporan yang penting, <i>review</i> autentikasi, dan <i>review</i> pencatatan yang baik.
3.	Frisilia Ananda Syahputri, Khovifah Khairani, Fitriani Pramita Gurning (2024). Analisis Faktor Penyebab <i>Pending</i> Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Medan.	Deskriptif Kualitatif dengan desain penelitian studi kasus.	Faktor penyebab <i>pending</i> klaim: ketidaklengkapan dokumen (<i>resume</i> medis belum dilengkapi dokter, hasil pemeriksaan belum lengkap). Perbedaan persepsi antara BPJS dengan rumah sakit mengenai kelengkapan berkas. Dampak: keterlambatan pembayaran, defisit anggaran, mempengaruhi kinerja SDM dan kualitas layanan. Upaya: evaluasi prosedur, pelatihan staf, sosialisasi regulasi.	Persamaan: Sama-sama meneliti berkas <i>pending</i> klaim BPJS rawat inap. Perbedaan: Penelitian tersebut menggunakan metode kualitatif dengan fokus pada eksplorasi faktor penyebab dan dampak melalui wawancara mendalam, sedangkan penelitian ini menggunakan kuantitatif deskriptif dengan fokus pada pengukuran objektif kualitas dokumentasi rekam medis.