

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial Kesehatan atau BPJS Kesehatan merupakan penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan yang merupakan salah satu dari lima program dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN, 2004). Menurut Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Nomor 28 Tahun 2014, pelaksanaan klaim BPJS dilakukan proses verifikasi terhadap persyaratan pengajuan klaim yang menjadi dasar penagihan biaya verifikasi. Proses verifikasi dilakukan oleh pihak 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.

Berdasarkan dari hasil jurnal yang di-*review* diketahui bahwa dari 5 jurnal tersebut mempunyai kesamaan yakni jurnal 1 Ayu Fiska Putri, Savitri Citra Budi (2020), jurnal 2 Chamy Rahmatiq, Ilma Nuria Sulrieni, Annisa Novita Sary (2019), jurnal 3 Mustika Kurniawati, Tuty Satrijawati, Tuti Hariyanto (2020), jurnal 4 Linda Megawati, Rita Dian Pratiwi (2016), dan jurnal ke 5 Irmawati, Anton Kristijono, Edy Susanto, Yela Belia (2017) yakni memiliki kesamaan yaitu menjelaskan tentang pengaruh kelengkapan pengisian berkas rekam medis terhadap klaim BPJS.

Pada jurnal yang berjudul hubungan kelengkapan persyaratan klaim terhadap persetujuan klaim oleh verifikator BPJS di RSUP DR. Soeradji tirtonegoro klaten dari total 120 berkas sampel yang disederhanakan dalam bentuk sajian *crosstabs* berikut.

Tabel 5.1 Tabel *Crosstabs*

Komponen Analisis	Tidak Disetujui	Disetujui	Total
Tidak Lengkap	12	27	39
Lengkap	48	33	
Total	60	60	120

Dari hasil *crosstabs* tersebut diketahui dari total 120 berkas sampel dapat dilihat bahwa dari total 60 berkas yang tidak disetujui dari 51 berkas yang lengkap dan 9 berkas tidak lengkap. Berdasarkan hasil dari nilai frekuensi harapan (*Expected Counts*) dalam data laporan individual pasien (*case - control*) tidak ada cell yang nilainya kurang dari 5 ( $<5$ ), maka uji statistik dengan menggunakan *chi-square* ( $X^2$ ) maka hasil yang diperoleh yaitu nilai *p value*  $0,003461 < \alpha = 0.05$  yang berarti  $H_0$  ditolak. Sehingga menunjukkan adanya hubungan dengan kelengkapan persyaratan klaim. Pada jurnal yang berjudul kelengkapan berkas rekam medis dan klaim BPJS di RSUD M.Zein Painan, dari 125 berkas sampel mendapatkan hasil yang di sederhanakan pada table berikut.

Tabel 5.2 Tabel Hasil Statistik

Kelengkapan Rekam medis	Tidak setuju		Setuju		Total		<i>P Value</i>
	n	%	n	%	n	%	
Tidak lengkap	23	54,8	26	31,3	49	39,2	0,019
Lengkap	19	45,2	57	68,7	76	60,8	
Total	42	100	83	100	125	100	

Berdasarkan hasil tersebut dari 83 yang dinyatakan setuju dalam klaim BPJS. Kelengkapan rekam medis yang lengkap sebanyak 57 (68,7%), sedangkan rekam medis yang tidak lengkap yaitu sebanyak 26 (31,3%). Kemudian hasil dari statistik yang didapatkan *p value* = 0,019 ( $p < 0,05$ ). Hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan berkas rekam medis dengan persetujuan klaim pasien bpjs.

Dari yang berjudul faktor-faktor penyebab pengembalian berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat inap di Rs PKU Muhammadiyah

Yogyakarta dari 76 berkas dengan menggunakan program R commander sehingga mendapatkan hasil berikut.

Tabel 5.3 Tabel Kelengkapan Laporan Individual

Laporan individual pasien	Tidak ditolak	Ditolak	Odds ratio	P value
Lengkap	6 (7,9%)	35 (46,1%)	62,2222	2,491.10 <sup>-11</sup>
Tidak Lengkap	32 (42,1%)	3 (3,9%)		

Berdasarkan hasil dari tabel tersebut dengan tingkat signifikansi =0,05, dan statistik penguji  $p\_value = 2,491.10^{-11}$  maka dengan menggunakan ketentuan  $H_0$  ditolak jika  $p\_value < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak, sehingga ada hubungan yang terjadi antara kelengkapan laporan individual pasien dengan dikembalikannya klaim BPJS pasien.

Pada jurnal yang berjudul faktor yang mempengaruhi pengembalian administrasi klaim BPJS kesehatan ditinjau dari syarat-syarat kelengkapan administrasi klaim dari 270 berkas yang diambil secara acak mendapatkan hasil yaitu : 55 (20,4%) pada tulisan tidak dapat dibaca , 64 (23,7%), pada resume medis yang tidak lengkap, 132 (49%) pada kasus memang tidak gawat darurat, 58 (42%) pada diagnosa yang tidak menggambarkan kegawat daruratan, juga 22,6% pada koding tidak sesuai dengan diagnosis di resume medis. Berdasarkan hasil penelitian menggunakan metode *fishbone* atau *metode Ishikawa* berkas klaim yang dikembalikan lebih banyak dari unit rawat inap yang disebabkan beberapa factor antara lain yaitu *man/SDM*, Sarana prasana, metode maupun dana yang ada.

Berdasarkan hasil penelitian yang berjudul penyebab pengembalian berkas klaim badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) pasien rawat inap ditinjau dari syarat-syarat pengajuan klaim di RSUD R.A Kartini Jepara dari 49 berkas yang diteliti menggunakan *checklist* kelengkapan administrasi kepesertaan berkas klaim rawat inap mendapatkan hasil sebagai berikut

Tabel 5.4 Tabel hasil *Checklist* Kelengkapan

Kelengkapan berkas klaim rawat inap	Frekuensi (F)	Presentase (%)
Tidak Lengkap	35	71
Lengkap	14	29
Total	49	100

Dari hasil tersebut diketahui dari 35 berkas (71%) lebih banyak dari 14 (29%) berkas yang lengkap pada berkas klaim rawat inap. Dari ketidaklengkapan tersebut yang menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena menurut panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 dijelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak untuk melakukan konfirmasi kepada petugas jika tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim tersebut dikembalikan kepada petugas klaim untuk dilengkapi atau untuk diperbaiki.