

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim diterima lengkap.

Menurut BPJS No. 3 Tahun 2017 klaim BPJS merupakan permintaan pembayaran biaya perawatan pasien serta peserta BPJS Kesehatan yang diajukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Proses pengajuan klaim dilakukan secara kolektif dan tagihannya dikirimkan ke BPJS Kesehatan setiap bulan.

Hasil penelitian Puspaningsih (2022) menyatakan bahwa klaim *pending* artinya tidak terklaim atau tertunda. Klaim yang *pending* menyebabkan; aliran kas rumah sakit terganggu, bagi rumah sakit pemerintah yang menerima pasien jaminan kesehatan mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan. Dikutip dari Kompas.id (04/02/2025) biaya klaim layanan yang harus dibayarkan BPJS Kesehatan pada 2024 mencapai Rp 175,1 triliun. Sekitar 3% atau 5 triliun tercatat sebagai “*pending claim*”.

Penelitian yang dilakukan oleh Tambunan et al. (2022) dengan hasil faktor

yang menjadi penyebab tertundanya klaim BPJS kesehatan rawat inap tertinggi yakni koding, ketidaksesuaian diagnosa rumah sakit dengan pihak BPJS sebanyak 49 (53%), terjadinya kesalahan dan kekurangan pada konfirmasi penunjang medis sebanyak 33 (35%) dan administrasi, terjadinya ketidaklengkapan berkas pada saat pengisian administrasi sebanyak 11 (12%) dari berkas klaim BPJS kesehatan rawat inap tertunda di RSUD Tarakan.

Berdasarkan survei pendahuluan di RSUD Jati Husada Karanganyar pada triwulan III tahun 2024, klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap masih ditemukan *pending* 276 berkas atau sebesar 30,03% dari 919 berkas yang diajukan untuk klaim. Pada Triwulan III mengalami peningkatan dan penurunan persentase *pending* klaim, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Tinjauan Faktor-Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Jati Husada Karanganyar”.

B. Rumusan Masalah

Apa saja faktor-faktor yang menyebabkan *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar pada triwulan IV tahun 2024?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap tahun 2024 di RSUD Jati Husada Karanganyar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi alur prosedur klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar.
- b. Mengidentifikasi berkas syarat pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar.
- c. Mengetahui persentase *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap triwulan IV tahun 2024 di RSUD Jati Husada Karanganyar.
- d. Mengidentifikasi faktor-faktor penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar.

D. Manfaat

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi perbaikan proses klaim, meningkatkan efisiensi pelayanan, dan mengoptimalkan pendapatan.

2. Bagi Akademi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi perpustakaan STIKes Mitra Husada Karanganyar dan dijadikan bahan bacaan atau referensi sebagai acuan penelitian sejenis berikutnya.

3. Bagi Peneliti

Peneliti diharapkan dapat menambah ilmu, wawasan, dan pengalaman serta sebagai sarana untuk menerapkan ilmu yang diperoleh selama kuliah dengan yang ada di lapangan khususnya dalam bidang klaim BPJS Kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Yang Relevan

1. Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan 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, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

2. Tujuan dan Manfaat Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Kesehatan

Dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) tujuan dan manfaat dari jaminan kesehatan bagi masyarakat adalah sebagai berikut:

- a. Memberi kemudahan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan fasilitas jaminan kesehatan masyarakat,
- b. Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar dan tidak berlebihan bagi peserta sehingga nantinya terkendali mutu dan biaya pelayanan kesehatan; dan

c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

3. Kepesertaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Di dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, peserta BPJS dikelompokkan sebagai berikut:

a. Peserta PBI jaminan kesehatan terdiri atas orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu

b. Peserta bukan PBI adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan bukan orang tidak mampu, terdiri dari:

1) Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu:

a) Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu:

(1) Anggota TNI dan POLRI;

(2) Pegawai negeri sipil;

(3) Penjabat negara;

(4) Pegawai pemerintah non pegawai negeri;

(5) Pegawai swasta; dan

(6) Pegawai yang tidak termasuk salah satu di atas yang menerima upah.

b) Pegawai bukan penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu:

(1) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri;

(2) Pekerja yang tidak termasuk poin pertama yang bukan penerima upah; dan

(3) Warga negara asing yang bekerja dan tinggal di Indonesia paling singkat 6 bulan.

c) Penerima pensiun terdiri atas:

(1) PNS yang berhenti dan hak pensiun;

(2) Anggota TNI dan POLRI yang berhenti dengan hak pensiun;

(3) Pejabat negara yang berhenti dengan hak pensiun;

(4) Penerima pensiun selain poin di atas; dan

(5) Janda, duda, atau yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada poin di atas yang mendapat hak pensiun.

d) Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi:

(1) Istri atau suami yang sah dari peserta;

(2) Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari peserta dengan kriteria:

(a) Anak yang tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan

(b) Belum berusia 21 tahun atau belum berusia 25 tahun bagi yang masih melanjutkan pendidikan formal.

4. Hak dan Kewajiban Peserta BPJS

Setiap peserta yang terdaftar pada BPJS berhak untuk:

a. Mendapatkan kartu identitas peserta; dan

- b. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS.

Peserta yang telah terdaftar pada BPJS berkewajiban untuk:

- a. Membayar iuran; dan
- b. Melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili atau pindah kerja.

5. Masa Berlaku Peserta BPJS

- a. Kepesertaan JKN (melalui BPJS) berlaku selama yang bersangkutan membayar iuran sesuai dengan kelompok peserta.
- b. Status kepesertaan akan hilang bila peserta tidak membayar iuran atau meninggal dunia. Ketentuan lebih lanjut terhadap hal tersebut di atas, akan diatur oleh BPJS.

6. Klaim BPJS

a. Pengertian Klaim

Menurut Permenkes No. 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*fraud*) klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan.

Klaim BPJS yang pada dasarnya adalah pengajuan pengajuan biaya asuhan kesehatan pasien selaku peserta BPJS oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada BPJS kesehatan secara kolektif dan prospektif menggunakan sistem *Indonesia Case Base Group* (INA-CBG's) dan pembayaran klaim dilakukan berdasarkan kelompok

penyakit yang diderita pasien. Pola pembayaran dengan INA-CBG's terhadap BPJS kesehatan harus melalui tahap verifikasi berkas.

b. Prinsip-Prinsip Klaim

Secara umum dalam pelaksanaan pengajuan klaim terdapat tiga prinsip yang harus diperhatikan oleh petugas klaim sejak berkas klaim diterima sampai klaim dibayarkan kepada peserta, yaitu:

- 1) Tepat waktu, klaim harus dibayar sesuai dengan waktu yang dijanjikan berdasarkan Permenkes No 28 Tahun 2014 Tentang pedoman pelaksanaan program JKN disebutkan bahwa klaim yang diajukan oleh BPJS kesehatan akan dibayarkan paling lambat 15 hari setelah pengajuan klaim tersebut.
- 2) Tepat jumlah, klaim harus dibayarkan kepada peserta sesuai dengan satuan yang menjadi hak peserta atau ahli warisnya atau sesuai nilai kerugian.
- 3) Tepat orang, klaim dibayarkan harus benar-benar kepada orang yang berhak.

(Anwar, 2007)

c. Ketentuan Klaim

- 1) Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara leguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh fasilitas kesehatan.
- 2) Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh *verifikator* BPJS kesehatan yang

tujuannya adalah untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan. Ketentuan mengenai verifikasi klaim FKTP dan FKRTL diatur lebih lanjut dalam petunjuk teknis verifikasi klaim yang diterbitkan BPJS kesehatan.

- 3) BPJS kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap dikantor cabang/ Kabupaten/ Kota BPJS kesehatan.

d. Proses verifikasi

Proses verifikasi melalui beberapa tahap yaitu:

- 1) Pemeriksaan berkas yaitu meliputi kelengkapan berkas, isi berkas dan biaya yang diajukan. Hal-hal yang harus diperhatikan:
 - a) Surat Egibilitas Peserta (SEP)
 - (1) Dilegalisasi petugas BPJS Kesehatan
 - (2) Nomor SEP
 - (3) Identitas yang tertera di SEP (nomor kartu nama tanggal lahir, nomor rekam medis dan poli atau ruang perawatan).
Bandingkan data di SEP, lembar kerja dan berkas pendukung data SEP harus sama dengan data di lembar kerja dan data di berkas pendukung.

- b) Pastikan untuk rawat jalan melampirkan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta di tandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).

2) Resume medis

Isi resume medis meliputi:

- a) Nomor rekam medis dan identitas pasien (nama, tanggal lahir, dll).
 - b) Tanggal pelayanan (tanggal masuk dan keluar untuk pasien rawat inap)
 - c) Diagnosis primer, diagnosis sekunder dan prosedur/tindakan.
 - d) Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) yaitu nama terang dan tanda tangan.
 - e) Tanggal pelayanan sama dengan tanggal di SEP dan tanggal di resume medis.
 - f) Identitas di resume medis sama dengan identitas di SEP.
 - g) Diagnosis yang dituliskan DPJP data resume medis sesuai dengan kode yang ditentukan koder pada aplikasi INA CBG's.
 - h) Prosedur atau tindakan yang dilakukan sesuai dengan diagnosis primer dan diagnosis sekunder.
- 3) Pemeriksaan kode diagnosis pasien, prosedur yang dilakukan
Pemeriksaan biaya pelayanan kesehatan atas kode diagnosis dan prosedur yang di entry serta kesesuaian dengan kode INA CBG's

yang dihasilkan. Untuk menjadi perhatian pada diagnosis dengan biaya mahal dan kemungkinan penagihan berulang.

e. Proses Verifikasi Klaim *Pending*

Berdasarkan Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Tahun 2014, *pending* klaim terjadi apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas-berkas pasien BPJS rawat inap dan rawat jalan tersebut ke rumah sakit. Berkas-berkas yang dikembalikan ini merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh verifikator di BPJS Kesehatan. Dengan kata lain berkas-berkas yang dikembalikan ini disebut berkas *pending* dan harus dilengkapi oleh rumah sakit dan harus diserahkan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Selain itu, berkas klaim yang *pending* ini, harus dikembalikan dalam kurun waktu selambat-lambatnya yaitu 6 bulan dari berkas tersebut dikembalikan oleh BPJS Kesehatan.

B. Penelitian Yang Relevan

1. Penelitian yang dilakukan oleh Maulidia dan Djunawan (2022) di rumah sakit Universitas Airlangga dengan judul “Analisis Penyebab *Pending Claim* Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga” dengan hasil persentase klaim yang mengalami *pending* di pelayanan rawat inap rumah sakit Universitas Airlangga yaitu terdapat 88 (12%). Faktor penyebab persentasenya *pending* klaim berkas

BPJS kesehatan pelayanan rawat inap yaitu: berkas tidak lengkap dengan diperoleh terdapat 30 berkas (34%), kurang tepatnya *coding* terdapat 29 berkas (33%), kurangnya pemeriksaan penunjang 20 berkas (23%), dan kurangnya eviden terapi terdapat 9 berkas (10%).

2. Penelitian yang dilakukan oleh Wayan Ary Santiasih et al. (2021) di RSUD Dr. R.M Djoelham Binjai dengan judul “Analisis Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di RSUD DR.RM Djoelham Binjai” hasil dari penelitian dengan menggunakan wawancara mendalam didapatkan bahwa penyebab tersering dari *pending* klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan terjadi karena ketidak sesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam rekam medsi pasien, seperti ketidak sesuaian antara diagnosis dengan resume medis, terapi yang diberikan tidak sesuai dengan diagnosis yang telah dibuat oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), dan kelengkapan berkas klaim antara pihak verifikator internal rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan juga mempengaruhi *pending* klaim.
3. Penelitian yang dilakukan oleh Natasa dan Eiska (2023) di RS Tentara Dr. Soepraoen Malang dengan judul “Analisis Faktor Penyebab Klaim *Pending* Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang Tahun 2023” hasil penelitian didapatkan klaim *pending* berdasarkan faktor koding sebanyak 26 dokumen (43%) kode diagnosis tidak sesuai, faktor medis sebanyak 31 dokumen (52%) tidak lengkap, faktor administrasi sebanyak 3 dokumen (5%) tidak sesuai. Dari sampel penelitian sebanyak 60 berkas klaim *pending* di RS Dr. Soepraoen Malang.

4. Penelitian yang dilakukan oleh Johanna Christy et al. (2022) di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan dengan judul “Faktor-Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Rawat Inap di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan Tahun 2022” didapatkan hasil faktor penyebab *pending* klaim yaitu ketidaklengkapan persyaratan klaim, diagnosa tidak sesuai tindakan, obat tidak sesuai diagnosa yang disebabkan, dan petugas jarang melakukan pengecekan rutin dokumen rekam medis.
5. Penelitian yang dilakukan oleh Syahputri et. al (2024) di Rumah Sakit X Kota Medan dengan judul “Analisis Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di Rumah Sakit X Kota Medan” berdasarkan hasil penelitian melalui wawancara mendalam ditemukan bahwa faktor administrasi yang menyebabkan klaim pasien rawat inap tertunda meliputi ketidaklengkapan dokumen administratif peserta, seperti akta kelahiran yang diperlukan untuk pembuatan SEP (Surat Eligibilitas Peserta). Selain itu, dokumen pendukung pelayanan seperti laporan operasi (jika ada), hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi, serta rincian biaya obat sering kali tidak dilampirkan. BPJS Kesehatan akan meminta konfirmasi jika data yang dibutuhkan tidak tercantum dalam resume medis saat proses verifikasi.
6. Penelitian yang dilakukan oleh Nabila et. al (2020) di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo dengan judul “Analisis Fakyor Penyebab *Pending* Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo” berdasar kan hasil penelitian faktor penyebab *pending* klaim terkait SDM diperlukan penambahan jumlah sumber daya

manusia serta sosialisasi pembaharuan dari aturan koding, terkait sarana prasarana yaitu keterbatasan ruangan petugas koding diperlukan pertemuan secara rutin, dan terkait teknologi yaitu mendukung proses klaim berkas rekam medis pasien diintegrasikan dengan proses manajemen lain yang terdapat di SIMRS.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif yang dilakukan untuk menggambarkan secara langsung mengenai faktor-faktor penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar.

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan secara *retrospektif* yaitu penelitian dilakukan dengan melihat ke belakang atau menggunakan data historis, dengan menggunakan data *pending* klaim BPJS pasien rawat inap triwulan IV tahun 2024 di RSUD Jati Husada Karanganyar.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di bagian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret tahun 2025.

C. Subjek dan Objek

1. Subjek

Subjek dalam penelitian ini sebanyak empat orang yaitu kepala rekam medis, petugas koding, dan petugas scan, pengumpulan berkas, serta verifikasi dokumen terkait medis di RSUD Jati Husada Karanganyar.

2. Objek

Objek dalam penelitian ini adalah berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan triwulan IV pada tahun 2024 untuk mengetahui faktor-faktor penyebab *pending* klaim pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar.

D. Definisi Konsep

Tabel 3.1
Definisi Konsep

No	Definisi	Konsep
1.	Alur prosedur klaim BPJS pasien rawat inap	Alur prosedur klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar.
2.	Berkas syarat pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap	Persyaratan yang harus dipenuhi untuk proses pengajuan klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar, yaitu luaran INA-CBG's, SEP (Surat Eligibilitas Peserta), rujukan atau triase IGD, kwitansi, dan resep.
3.	Persentase <i>pending</i> klaim	Persentase <i>pending</i> pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap triwulan IV pada tahun 2024 di RSUD Jati Husada Karanganyar.
4.	Faktor-faktor penyebab <i>pending</i> klaim BPJS pasien rawat inap	Hasil konfirmasi yang diberikan oleh pihak BPJS kepada rumah sakit terkait penyebab <i>pending</i> klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar yang dikelompokkan berdasarkan: 1. Aspek kelengkapan berkas klaim, meliputi berkas syarat pengajuan klaim harus lengkap yaitu luaran INA-CBG's, SEP (Surat Eligibilitas Peserta), rujukan atau triase IGD, status pasien RI atau penunjang, kwitansi dan resep.

No	Definisi	Konsep
		2. Aspek kodifikasi, meliputi ketepatan dan keakuratan pemberian kode diagnosis penyakit dan kode tindakan.
		3. Aspek proses verifikasi administrasi, meliputi proses verifikasi menyangkut data diri pasien, penyakit yang diderita, dan kegiatan pelayanan rumah sakit.
		4. Aspek medis, meliputi kesesuaian pelayanan medis yang diberikan kepada pasien

E. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

a. Pedoman Observasi

Pedoman observasi ini berupa daftar kegiatan pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar secara langsung.

b. Pedoman Wawancara

Pedoman wawancara yaitu daftar pertanyaan yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari narasumber.

2. Cara Pengumpulan Data

a. Observasi

Observasi yang dilakukan adalah dengan mengamati dan mencatat secara langsung kepada subjek dan aspek-aspek dari sarana pengamatan terhadap petugas yang terkait dalam pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar.

b. Wawancara Tidak Terstruktur

Wawancara ini dilakukan dengan tanya jawab kepada petugas yang terkait untuk dimintai keterangan. Dalam penelitian ini pihak yang diwawancarai adalah kepala rekam medis, petugas koding, petugas scan, petugas pengumpulan berkas, dan petugas verifikasi dokumen terkait medis di RSUD Jati Husada Karanganyar.

F. Teknik dan Analisis Data

1. Teknik Pengolahan Data

a. *Collecting*

Mengumpulkan data dari hasil observasi dan wawancara mengenai proses pelaksanaan klaim BPJS rawat inap, berkas syarat pengajuan klaim, kendala serta faktor penyebab terjadinya *pending* klaim BPJS rawat inap, dan dampak terjadinya *pending* klaim klaim BPJS rawat inap.

b. *Editing*

Jawaban yang diperoleh dari wawancara dan pengambilan data perlu disunting (*edit*). Jika masih ada data yang tidak lengkap dan tidak memungkinkan dilakukannya wawancara dan observasi ulang, maka wawancara serta observasi tersebut dikeluarkan (*drop out*).

c. Tabulasi

Membuat tabel data dengan mengelompokkan data konfirmasi *pending* klaim sesuai bulan yang diteliti.

d. Penyajian Data

Setelah data dimasukkan kedalam diagram penyajian, dilakukan proses penyajian data dalam bentuk narasi dan pencarian dilanjutkan dengan interpretasi data.

2. Analisis Data

Dalam penelitian ini analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif, yaitu dengan cara mendeskripsikan data yang telah dikumpulkan mengenai penyebab *pending* klaim BPJS rawat inap.

G. Jadwal Penelitian

Tabel 3.2
Periode Penelitian Karya Tulis Ilmiah Tahun 2025

Kegiatan	2025																			
	Januari				Februari				Maret				April				Mei			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Penyusunan Proposal KTI	■	■	■	■																
Pengambilan Data					■	■	■	■	■	■	■	■								
Penyusunan KTI													■	■	■	■				
Ujian Semhas																	■			
Ujian KTI																				
Perbaikan KTI																				
Pengumpulan KTI																				