

## **ANALISIS FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PROSES KLAIM ASURANSI PASIEN JKN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT PRIMA MEDIKA DENPASAR**

### **ABSTRAK**

Klaim JKN adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta JKN kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan pada pihak BPJS tiap bulannya. Persyaratan berkas klaim pasien rawat inap terdiri dari dua persyaratan yaitu persyaratan administrasi dan persyaratan klinis. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh staf Rumah Sakit Prima Medika yang berjumlah 567 orang dan Sample yang digunakan dalam penelitian ini adalah 5 petugas kesehatan.

Berdasarkan data awal yang dilakukan pada bulan Oktober 2021 di RS Prima Medika Denpasar, pasien BPJS pada bulan Januari sampai Juni 2021 berjumlah 950 pasien rawat inap. Sebanyak 657 klaim yang diajukan, sebanyak 458 berkas klaim BPJS kesehatan pasien rawat inap yang diterima dan sebanyak 199 berkas klaim BPJS kesehatan pasien rawat inap yang tidak diterima yang disebabkan karena ketidaklengkapan berkas yang mendukung proses klaim salah satunya banyak ditemukan dalam pengisian resume medis pasien dan ketidaksesuaian diagnosa.

Dapat disimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi proses klaim asuransi pasien BPJS rawat inap di RS Prima Medika Denpasar dilihat dari segi kelengkapan dokumen seperti surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta, resume medis, billing pembayaran dan pemeriksaan penunjang karena dokumen-dokumen tersebut dalam waktu 14 hari akan di lakukan proses verifikasi berkas. Jika ada berkas yang tidak dilengkapi maka dapat menghambat proses verifikasi dan proses pembayaran. Hal ini terjadi karena ada kendala pada petugas rekam medis terutama pada bagian Casemix dalam proses koding pasien BPJS adalah memilih kode ICD X dan ICD IX yang sesuai dengan resume medis setiap pasien. Selain itu pada proses input data rekam medis pasien JKN juga mengalami kendala yang dikarenakan ada double rekam medis pada saat melakukan input data rekam medis. Hal ini berarti bahwa pada proses melengkapi berkas klaim BPJS pasien rawat inap belum dilakukan secara maksimal, sehingga masih ditemukan klaim BPJS yang dikembalikan pada proses verifikasi BPJS pasien rawat inap.

**Kata Kunci:** BPJS, faktor klaim, kelengkapan persyaratan, pasien rawat inap

## **FACTORS THAT AFFECT THE INSURANCE CLAIM PROCESS FOR BPJS PATIENTS INPATIENT AT PRIMA MEDIKA HOSPITAL DENPASAR**

### **ABSTRACT**

BPJS claims are submissions for patient care costs for BPJS health participants, carried out collectively and billed to BPJS every month. The requirements for inpatient claim files consist of two requirements, namely administrative requirements and clinical requirements. The population in this study was the entire staff of Prima Medika Hospital which amounted to 567 people and the sample used in this study was 5 health workers.

Based on preliminary data conducted in October 2021 at Prima Medika Hospital Denpasar, BPJS patients from January to June 2021 totaled 950 inpatients. A total of 657 claims were filed, as many as 458 BPJS claims for inpatients were received and as many as 199 BPJS claims files for inpatients health that were not received due to incompleteness of files that support the claim process, one of which was found in filling out patient medical resumes and diagnostic discrepancies.

It can be concluded that the factors that affect the insurance claim process for inpatient BPJS patients at Prima Medika Hospital Denpasar are seen in terms of the completeness of documents such as inpatient warrants, Participant Eligibility Letters, medical resumes, payment billing and supporting examinations because these documents within 14 days will be carried out a file verification process. If there is a file that is not completed, it can hinder the verification process and payment process. This happens because there are obstacles for medical record officers, especially in the Casemix section in the BPJS patient coding process, choosing ICD X and ICD IX codes that match each patient's medical resume. In addition, in the process of inputting medical record data, BPJS patients also experience problems due to double medical records when inputting medical record data. This means that the process of completing the BPJS claim file for inpatients has not been carried out optimally, so that BPJS claims are still found that are returned in the BPJS verification process for inpatients.

**Keywords:** BPJS, claim factor, completeness of requirements, inpatients