

ANALISIS PENYEBAB PENGEMBALIAN BERKAS KLAIM BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) PASIEN RAWAT INAP DITINJAU DARI SYARAT-SYARAT PENGAJUAN KLAIM DI RUMAH SAKIT TK. II UDAYANA DENPASAR

ABSTRAK

Syarat-syarat pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial meliputi 3 aspek yaitu verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan pelayanan kesehatan. Apabila salah satu persyaratan tidak ada atau dokumen tidak diisi dengan lengkap akan mengakibatkan pengembalian klaim oleh verifikator BPJS Kesehatan yang berdampak pada terhambatnya proses pembayaran klaim dan menambah beban kerja karena staf harus memperbaiki klaim yang telah dikembalikan. Pengembalian berkas klaim BPJS masih terjadi di Rumah Sakit Tk. II Udayana Denpasar. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap ditinjau dari syarat-syarat pengajuan klaim di Rumah Sakit Tk. II Udayana Denpasar.

Penelitian ini menggunakan metode *mixed methods* dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian ini yaitu dua orang petugas *casemix* rawat inap dan satu orang kepala bagian *casemix* serta 193 berkas klaim BPJS pasien rawat inap. Teknik Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan observasi, *checklist*, dan wawancara.

Hasil penelitian menunjukkan penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap adalah ketidaksesuaian administrasi kepesertaan (tidak terdapat tanda tangan pasien/keluarga pada lembar Surat Eligibilitas Peserta), ketidaksesuaian administrasi pelayanan (adanya *resume* medis yang tidak ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien, ditemukan bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur tanpa tandatangan dari Dokter Penanggung Jawab Pasien, dan ketidaklengkapan berkas pendukung yaitu hasil penunjang diagnosa dan laporan operasi tidak terlampir), dan ketidaksesuaian pelayanan kesehatan (terdapat ketidaksesuaian kode diagnosa pada berkas klaim individual pasien dengan kode ICD-10 CM dan ketidaksesuaian kode prosedur pada berkas klaim individual pasien dengan kode ICD-9 CM).

Kata kunci: Klaim BPJS, Pengembalian Berkas Klaim, Pasien Rawat Inap

**ANALYSIS OF THE CAUSES OF CLAIM FILE RETURNS
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS)
INPATIENTS IN TERMS OF CLAIM SUBMISSION
REQUIREMENTS AT TK. II UDAYANA DENPASAR
HOSPITAL**

ABSTRACT

The requirements for filing a claim with the Social Security Organizing Agency include three aspects: verification of membership administration, service administration, and health services. If one of the requirements is missing or the document is not filled in completely, it will result in the return of the claim by the *BPJS* Health Verifier, which has an impact on hampering the claim payment process and increasing the workload because the staff must correct the returned claim. *BPJS* claim file returns still occur at Tk. II Udayana Denpasar Hospital. The purpose of this study was to analyze the causes of the return of *BPJS* claim files for inpatients in terms of claim submission requirements at Tk. II Udayana Denpasar Hospital.

This study used mixed methods with a cross-sectional approach. The samples for this study were two inpatient casemix officers, one head of the casemix section, and 193 *BPJS* claim files for inpatients. Data collection techniques in this study used observation, checklists, and interviews.

The results showed that the causes of the return of *BPJS* claim files for inpatients were participation administration discrepancies (there was no patient/family signature on the Participant Eligibility Letter sheet), service administration discrepancies (there was a medical resume that was not signed by the Doctor in Charge of the Patient, evidence of service was found that included diagnoses and procedures without the signature of the Doctor in Charge of the Patient, and incomplete supporting files, including the results of supporting diagnoses and operation reports were not attached), and discrepancies in health services (there was a discrepancy in the diagnosis code in the patient's individual claim file with the ICD-10 CM code and a discrepancy in the procedure code in the patient's individual claim file with the ICD-9 CM code).

Keywords: *BPJS* Claims, Return of Claim Files, Hospitalized Patients