

# Analisa Prosedur Pengajuan Klaim Pasien Rawat Inap BPJS di Rumah Sakit Hermina Ciputat Tahun 2022 = Analysis of the Procedure for Claim Submission of Inpatient BPJS at Hermina Ciputat Hospital in 2022

Anis Sakinah Utami, author

Deskripsi Lengkap: <https://lib.ui.ac.id/detail?id=9999920525547&lokasi=lokal>

---

## Abstrak

Seiring dengan berjalannya waktu, masyarakat pengguna BPJS merasa puas dengan inovasi pelayanan kesehatan melalui program BPJS. Namun, masalah justru terjadi pada pihak instansi kesehatan yang merupakan pihak pendukung program BPJS Kesehatan yang mengalami masalah pending claim. Permasalahan pending claim ini harus segera diatasi karena pending claim menyebabkan kerugian akibat pembiayaan pelayanan lebih besar daripada jumlah klaim yang dibayarkan. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor input, faktor proses, faktor hasil (output) dalam prosedur pengajuan klaim rawat inap pasien BPJS di RS Hermina Ciputat, dan mendapatkan gambaran yang menyebabkan pending claims (output) di RS Hermina Ciputat. Penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan observasional deskriptif dengan metode kualitatif melalui wawancara mendalam dan telaah dokumen. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor input yang mengakibatkan banyaknya pending claims di RS Hermina Ciputat antara lain: faktor Man (kompetensi ataupun pengetahuan dokter spesialis, dokter umum, dan tenaga koder yang kurang terkait klaim BPJS); Money (belum dilaksanakannya secara berkelanjutan evaluasi kinerja kepada dokter spesialis); Methods (belum semua ada dan maksimal untuk panduan praktik klinis/clinical pathways); Materials (aplikasi SIMRS tidak praktis dan lambat, jaringan internet lama); dan Machine (kurangnya sarana dan prasarana). Hasil lain dari penelitian menunjukkan bahwa faktor yang mengakibatkan pending claims di RS Hermina Ciputat antara lain: kesulitan dalam melengkapi bukti administrasi klaim dan kesalahan pengisian administrasi dengan tepat; pengisian berkas rekam medis yang tidak lengkap; kualitas pengisian resume medis dan pengisian resume medis yang tidak sesuai; kurang lengkapnya bukti-bukti penunjang klaim; pemberian kode untuk diagnosa primer dan sekunder yang tidak tepat; dan kesalahan pengentrian jenis perawatan.

.....BPJS users are satisfied with the innovation of health services through the BPJS program. However, the problem occurred on the health agencies which are supporter institutions of the BPJS Health program which experienced pending claims problem. This problem of pending claims must be addressed immediately because pending claims cause losses due to service costs are greater than the number of claims paid. This study aims to identify input factors, process factors, output factors in the procedure for submitting claims for BPJS inpatient claims at Hermina Ciputat Hospital and to obtain an overview of the causes of pending claims (output) at Hermina Ciputat Hospital. This study uses descriptive observational approach with qualitative methods through in-depth interviews and document review. The results of the study show that the input factors that result in the number of pending claims at Hermina Ciputat Hospital include: Man factor (competence or knowledge of specialist doctors, general practitioners, and coding staff who are not competent handling BPJS claims); Man factor (competence or knowledge of specialist doctors, general practitioners, and coding staff who are lacking in relation to BPJS claims); Money (no continuous performance evaluation or specialist doctors); Methods (not maximal implementation of practice

guidelines/clinical pathways); Materials (the SIMRS application is not user-friendly and slow, slow internet connection); and Machine (lack of facilities and infrastructure). Other results of the study show that the factors resulting in pending claims at Hermina Ciputat Hospital include: difficulties in completing proof of claim administration and administrative filling errors; incomplete filling of medical record files; the quality of filling out medical resumes and filling out medical resumes that are not appropriate; incomplete evidence supporting the claim; inappropriate coding for primary and secondary diagnoses; and errors in determining treatment type.