

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Alur prosedur klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar berjalan melalui lima tahapan utama yang terstruktur dan dipahami petugas klaim sesuai SOP, yang bertujuan untuk memastikan kelancaran, ketepatan, dan validitas proses klaim.
2. Pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar, ada enam berkas syarat yang dibutuhkan yaitu luaran INA-CBG's, lembar Surat Eligibilitas Peserta (SEP), rujukan atau triase IGD, status rawat inap atau penunjang, kwitansi, dan resep.
3. Persentase *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Jati Husada Karanganyar triwulan IV tahun 2024 sebesar 39,32% dengan jumlah *pending* klaim sebanyak 291 rekam medis dari 740 rekam medis yang diajukan untuk klaim. Terjadi penurunan persentase *pending* klaim untuk pasien rawat inap dari 47,29% di bulan Oktober menjadi 33,72% di bulan Desember.
4. Faktor-Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Jati Husada Karanganyar berdasarkan beberapa aspek yaitu:
 - a. Aspek kelengkapan berkas diantaranya belum terlampirnya hasil PA pada periode rawat inap, pemeriksaan penunjang, dan dokumen lainnya.

- b. Aspek kodefikasi diantaranya konfirmasi terkait ketidaksesuaian kode diagnosis.
- c. Aspek administrasi diantaranya kunjungan rawat inap berulang, lama rawat inap <6 jam, dan kelalaian centang KLL.
- d. Aspek medis diantaranya indikasi gawat darurat dan rawat inap belum, indikasi medis pasien dirawat inapkan, kurang lengkapnya dokumentasi klinis, kronologi kejadian, dan konfirmasi keadaan medis pasien selama rawat inap.

B. Saran

1. Dalam rangka mengurangi *pending* klaim dari aspek kelengkapan berkas, petugas scan dan pengumpulan berkas dapat melakukan :
 - a. Saat verifikasi dokumen gunakan *checklist* kelengkapan berkas syarat yang dibutuhkan dan tandai klaim yang belum lengkap, jika terkait dengan hasil laboratorium maka, petugas verifikasi segera berkoordinasi dengan petugas laboratorium untuk memastikan hasil pemeriksaan diserahkan sebelum klaim dikirim.
 - b. Petugas perlu memastikan kesesuaian hasil PA dan diagnosis dalam dokumen dengan ketentuan BA Kesepakatan, apabila tidak sesuai kembalikan ke bagian laboratorium untuk segera dikoreksi sebelum diajukan.

2. Mengurangi *pending* klaim berdasarkan aspek kodefikasi dapat melakukan langkah seperti :
 - a. Koder dan verifikator lebih teliti dalam memilih diagnosis utama berdasarkan *resources* (penggunaan sumber daya) terbesar bukan hanya pada urutan penulisan.
 - b. Penanganan kasus *pneumonia* pastikan diagnosis mengacu pada Kemenkes RI Nomor HK.01.07/MENKES/2147/2023 tentang pedoman nasional pelayanan kedokteran tatalaksana *pneumonia* pada dewasa.
 - c. Apabila ada diagnosis *oedem pulmo* tanpa tindakan (*punksi*, WSD, *torakosintesis*), jangan masukkan *efusi pleura* sebagai diagnosis tambahan untuk klaim.
3. Meminimalisir *pending* klaim berdasarkan aspek proses verifikasi administrasi dapat dilakukan dengan :
 - a. Untuk mencegah readmisi rawat inap petugas dapat konfirmasi dengan DPJP untuk diagnosis yang sama.
 - b. Untuk mencegah terjadinya rawat inap kurang dari 6 jam maka petugas verifikasi lebih memperhatikan tanggal dan jam masuk.
 - c. Dalam proses verifikasi administrasi petugas lebih teliti dan mengecek kembali pada resume medis pasien kasus KLL.
4. Aspek medis pada pasien IGD tidak memenuhi kriteria gawat darurat dapat dicegah dengan :
 - a. Petugas menggunakan form skrining untuk memastikan pasien memenuhi kriteria kegawatdaruratan.

- b. Pemahaman kepada perawat dan DPJP mengenai kebijakan BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan klaim pasien rawat inap.
- c. Pembuatan SPO tentang skrining awal di Instalasi Gawat Darurat.