

**ANALISIS FAKTOR PENYEBAB PENGEMBALIAN BERKAS KLAIM BPJS
KESEHATAN PASIEN RAWAT INAP DI RSUD TABANAN**

I Gusti Ayu Kade Yuli Kanaya¹, Gede Wirabuana Putra¹, Putu Chrisdayanti Suada Putri¹, Putu Erma Pradnyani¹, Luh Yulia Adiningsih¹, I Wayan Septa Malan Vergantana

¹Department of Health Information Management, Poltekkes Kartini Bali, Indonesia
Jl. Piranha No 2 Pegok Sesetan Denpasar ,Bali, Indonesia

Corresponding author: I Gusti Ayu Kade Yuli Kanaya
Email: yulikanaya910@gmail.com

ABSTRAK

Pengembalian berkas klaim adalah salah satu persyaratan berkas klaim yang dinyatakan tidak lengkap oleh pihak BPJS. Pada hasil observasi awal pada bulan Oktober – Desember 2022 menunjukkan klaim yang diajukan sejumlah 2.833 berkas klaim dan tidak diterima sejumlah 165 berkas sehingga dikembalikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor administrasi kepesertaan, faktor administrasi pelayanan dan faktor administrasi pelayanan Kesehatan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan. Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif dengan jenis penelitian cross sectional. Metode pengumpulan data dengan observasi dan checklist. Sampel pada penelitian ini adalah 96 berkas klaim BPJS pasien rawat inap pada bulan Oktober 2022 – April 2023. Hasil penelitian yang diperoleh adalah dari 65 klaim yang tidak dikembalikan dan 31 dikembalikan, menunjukkan adanya hubungan faktor administrasi kepesertaan, faktor administrasi pelayanan dan faktor administrasi pelayanan kesehatan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan dengan nilai p value = 0,0001. Kesimpulan dari penelitian ini adalah faktor administrasi kepesertaan, pelayanan dan pelayanan kesehatan sangat berpengaruh dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap. Adapun saran yang diberikan adalah diharapkan petugas lebih memperhatikan kembali kesesuaian klaim BPJS kesehatan sehingga dapat meningkatkan mutu rumah sakit.

Kata Kunci: Pengembalian File, Klaim BPJS

ABSTRACT

Return of claim files is one of the requirements for claim files that are declared incomplete by the BPJS. The results of initial observations in October - December 2022 showed that 2,833 claim files were submitted and 165 files were not accepted so they were returned. This study aims to determine the relationship between membership administration factors, service administration factors and health service administration factors on the return of BPJS Health claims. The research design used in this research is quantitative with a cross sectional research type. Methods of data collection by observation and checklist. The sample in this study was 96 BPJS claim files for inpatients in October 2022 – April 2023. The research results obtained were from 65 claims that were not returned and 31 were returned, showing a relationship between membership administration factors, service administration factors and health service administration factors on the return of BPJS Health claims with a p value = 0.0001. The conclusion from this study is that the membership administration, service and health care factors greatly influence the return of BPJS Health claims for inpatients. The advice given is that it is hoped that officers will pay more attention to the suitability of BPJS health claims so that they can improve the quality of the hospital

PENDAHULUAN

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah salah satu bukti bahwa pemerintah memiliki komitmen dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Kemenkumham, 2004). Upaya pemerintah dalam mempercepat terselenggaranya sistem jaminan nasional secara menyeluruh bagi rakyat Indonesia adalah dengan dibentuknya BPJS dimana BPJS merupakan badan yang ditugaskan untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia (Kemenkumham, 2011).

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terdiri atas dua jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat nonmedis meliputi akomodasi dan ambulans. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan seperti yang dinyatakan oleh (Permenkes, 2014).

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes, 2014). Rumah Sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut bekerjasama dengan pihak BPJS Kesehatan dalam menerapkan pelayanan kesehatan pada JKN. Rumah sakit berperan sebagai penyedia pelayanan kesehatan rujukan atau tindak lanjutan pada masa JKN.

Penyelenggaraan JKN pada perawatan rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit menggunakan sistem pembayaran prospektif. Sistem pembayaran prospektif adalah pembayaran yang sudah disepakati dimuka meskipun pembayaran dilakukan setelah pelayanan diberikan. Jenis sistem pembayaran prospektif yang digunakan adalah dengan tarif paket atau Casemix Based Group (CBG) yaitu cara pembayaran dengan biaya satuan per diagnosis, atau harga satuan per jenis pelayanan medis maupun non-medis yang diberikan kepada seorang pasien dalam rangka penyembuhan suatu penyakit (Suhartoyo, 2018).

Terkait dengan sistem pembayaran, rekam medis pasien digunakan sebagai acuan dalam melengkapi semua administrasi persyaratan klaim yang dibutuhkan. Hal ini sesuai dengan salah satu kegunaan rekam medis sebagai dasar dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien. Setiap kegiatan pelayanan dari dokter atau dokter gigi harus terdokumentasi di dalam berkas rekam medis, hal ini sesuai dengan Permenkes No 269 Tahun 2008 karena rekam medis merupakan catatan dan dokumen semua tindakan serta pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Proses klaim rumah sakit dimulai dari melengkapi berkas dokumen sebagai syarat pengajuan klaim oleh petugas coding, lalu berkas klaim diverifikasi oleh verifikator di BPJS Kesehatan. Verifikasi adalah proses meneliti, memeriksa kelengkapan, keabsahan dan kelayakan klaim yang diajukan. Salah satu rekam medis yang diverifikasi tidak lengkap maka bagian verifikator akan meminta dan mencari tentang kebenaran pelayanan yang sudah diberikan sesuai dengan lembar yang akan diklaim (Maharani, 2015).

Berdasarkan observasi awal yang dilakukan dengan berkas klaim pada bulan Oktober – Desember 2022 menunjukkan klaim yang diajukan RSUD Tabanan sejumlah 2.833 berkas klaim. Terdapat berkas klaim yang tidak dikembalikan sejumlah 2.668 berkas dan dikembalikan sejumlah 165 berkas. Hal ini disebabkan oleh ketidaksesuaian dari faktor administrasi kepesertaan, faktor administrasi pelayanan dan faktor administrasi pelayanan kesehatan yang meliputi kelengkapan SEP, surat perintah rawat inap, resume medis, penunjang medis, laporan operasi, dan billing yang tidak terpenuhi.

Menurut Artono (2016) klaim yang tidak lengkap dapat berdampak dengan pelayanan di rumah sakit dimana petugas akan bekerja secara berulang untuk melengkapi berkas dan khususnya pada pasien rawat inap BPJS dapat menyebabkan pembayaran klaim menjadi menurun serta *cash flow* rumah sakit menjadi menurun.

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Menganalisis Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Tabanan.”

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian ini adalah observasional analitik yaitu penelitian yang dilakukan hanya melalui pengamatan, tanpa ada intervensi dengan subjek penelitian. Jenis penelitian ini adalah *cross sectional*, yaitu suatu penelitian dimana data variable independen dan variabel dependen yang dilakukan pada waktu yang bersamaan.

Populasi dalam penelitian ini adalah berkas klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan sejumlah 2.688 berkas pada bulan Oktober 2022 – April 2023. Dari hasil perhitungan, maka diperlukan 96 berkas klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah teknik *probability sampling* dan teknik *simple random sampling*.

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara observasi yang digunakan untuk mendapatkan data pada saat observasi dengan menggunakan table checklist dalam memperoleh data klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang diajukan dan yang telah dikembalikan oleh BPJS Kesehatan. Analisis data menggunakan analisis chisquare untuk melihat Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Tabanan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hubungan Variabel Faktor Administrasi Kepesertaan Dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap RSUD Tabanan

Dari hasil observasi dan checklist faktor administrasi kepesertaan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap RSUD Tabanan didapatkan berkas klaim yang sesuai dan tidak sesuai tetapi dikembalikan sejumlah 31 (100%) berkas serta berkas yang sesuai dan tidak sesuai tetapi tidak dikembalikan adalah 65 (100%) berkas klaim. Secara rinci dapat disajikan pada tabel 1 berikut.

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 96 berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang diajukan, terdapat 8 (100%) berkas yang tidak sesuai dan dikembalikan, sedangkan ada 27,7% berkas yang sudah sesuai namun masih dikembalikan, hal tersebut disebabkan adanya ketidaksesuaian pada faktor administrasi pelayanan dan pelayanan kesehatan.

Hubungan Variabel Faktor Administrasi Pelayanan Dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap RSUD Tabanan

Dari hasil observasi dan checklist faktor administrasi pelayanan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap RSUD Tabanan didapatkan berkas klaim yang sesuai dan tidak sesuai tetapi dikembalikan sejumlah 31 berkas. Dari 31 berkas, 21,7% berkas yang sesuai tetapi dikembalikan tersebut disebabkan oleh adanya ketidaksesuaian pada faktor administrasi kepesertaan dan pelayanan kesehatan. Secara rinci dapat disajikan pada tabel 2 berikut.

Hubungan Variabel Faktor Administrasi Pelayanan Kesehatan Dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap RSUD Tabanan

Dari hasil observasi dan *checklist* faktor administrasi pelayanan kesehatan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap RSUD Tabanan didapatkan berkas klaim yang tidak sesuai dan dikembalikan sejumlah 13 (100%) berkas namun masih ada 21,7% berkas sesuai yang dikembalikan. Secara rinci dapat disajikan pada tabel 3 berikut.

Tabel 3 menunjukkan bahwa dari 96 berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang diajukan, terdapat 10 (32,3%) berkas yang tidak sesuai dan dikembalikan serta 0 (0,0%) berkas yang tidak sesuai dan tidak dikembalikan berdasarkan faktor administrasi pelayanan kesehatan. Dari 86 (89,6%) berkas yang sesuai terdapat 65 (100%) berkas yang tidak dikembalikan sedangkan terdapat 21 (67,7%) berkas yang sesuai tetapi dikembalikan, hal tersebut karena adanya ketidaksesuaian pada faktor administrasi kepesertaan dan administrasi pelayanan.

Pembahasan

Hubungan Variabel Faktor Administrasi Kepesertaan Dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap RSUD Tabanan

Faktor administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA-CBG (Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan, 2014).

Tabel 1. Hubungan Variabel Faktor Administrasi Kepesertaan Dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap RSUD Tabanan

Variabel Administrasi Kepesertaan	Pengembalian Klaim				<i>p-Value</i>
	Dikembalikan		Tidak Dikembalikan		
	Jumlah	%	Jumlah	%	
Sesuai	23	27,7	65	78,3	0,0001
Tidak Sesuai	8	100	0	0,0	

Tabel 2. Hubungan Variabel Faktor Administrasi Pelayanan Dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap RSUD Tabanan

Variabel Administrasi Pelayanan	Pengembalian Klaim				<i>p-Value</i>
	Dikembalikan		Tidak Dikembalikan		
	Jumlah	%	Jumlah	%	
Sesuai	18	21,7	65	78,3	0,0001
Tidak Sesuai	13	100	0	0,0	

Tabel 3. Hubungan Variabel Faktor Administrasi Pelayanan Kesehatan Dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap RSUD Tabanan

Variabel Administrasi Pelayanan Kesehatan	Pengembalian Klaim				<i>p-Value</i>
	Dikembalikan		Tidak Dikembalikan		
	Jumlah	%	Jumlah	%	
Sesuai	21	21,7	65	78,3	0,0001
Tidak Sesuai	10	100	0	0,0	

Dari hasil penelitian pada 96 berkas yang diajukan terdapat 88 (91,7%) berkas yang dinyatakan sesuai dan 8 (25,8%) berkas yang tidak sesuai berdasarkan faktor administrasi kepesertaan. Ketidaksesuaian klaim pada faktor administrasi kepesertaan berdasarkan *checklist* yang dilakukan disebabkan adanya tanggal masuk pasien yang diinput oleh petugas tidak sesuai pada SEP.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Khoirunnisa (2019) menyatakan ketidaksesuaian administrasi kepesertaan disebabkan adanya salah dalam input oleh petugas administrasi yang disebabkan adanya perbedaan *entry* jam masuk dan keluar serta tanggal masuk dan keluar. Adapun penyebab lain yang tidak sesuai dalam administrasi

kepesertaan adalah adanya perbedaan pada keterangan yang ada di lampiran SEP dan resume medis pada tanggal masuk pasien (Megawati dan Prawati, 2016).

Hal tersebut sesuai dengan penelitian Ardhyta (2015) tentang faktor – faktor yang melatarbelakangi penolakan klaim BPJS oleh verifikator BPJS di RSUD Dr. Amino Gondohutomo provinsi Jawa Tengah 2015 mengatakan jika terjadi kesalahan dalam pembuatan SEP dan data kepesertaan maka akan dikembalikan dan diminta untuk melengkapi terlebih dahulu sebelum diajukan. Hal tersebut membuktikan adanya hubungan antara faktor administrasi kepesertaan dengan pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan.

Hubungan Variabel Faktor Administrasi Pelayanan Dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap RSUD Tabanan

Faktor administrasi pelayanan adalah faktor yang melihat kesesuaian berkas – berkas klaim yang dipersyaratkan (Irmawati dkk, 2018). Berdasarkan 96 berkas klaim yang diajukan terdapat 83 (86,5%) klaim yang sesuai dan 13 (13,5%) klaim yang tidak sesuai pada faktor administrasi pelayanan. Adanya klaim yang tidak sesuai berdasarkan *checklist* disebabkan adanya ketidaksesuaian diagnosa yang dikarenakan adanya penjelasan yang kurang rinci terutama pada diagnosa sekunder dan pemberian tindakan berdasarkan diagnosa serta indikasi rawat inap yang tidak sesuai sehingga dikembalikan untuk dilengkapi. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan terkait penyebab adanya ketidaksesuaian pada faktor administrasi pelayanan disebabkan oleh tidak adanya bukti penunjang yang mendukung diagnosa. Penyebab lain dari adanya klaim dikembalikan dari faktor administrasi pelayanan adalah ketidaksesuaian indikasi rawat inap dan indikasi general anastesi (Rosania dan Supriadi, 2019).

Menurut Irmawarti, dkk (2018) menyatakan ketidaksesuaian pada faktor administrasi pelayanan disebabkan kurang jelasnya penulisan diagnosa oleh DPJP. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim, dimana klaim dapat diajukan apabila dalam verifikasi administrasi pelayanan berkas klaim yang dipersyaratkan seperti surat perintah rawat inap, resume medis dan berkas pendukung lainnya dikatakan sesuai (Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan, 2014).

Sejalan dengan penelitian Arikusnadi, dkk (2020) tentang studi penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bhayangkara Palu menyatakan adanya hubungan antara faktor administrasi pelayanan yang tidak lolos verifikasi dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan. Ketidaksesuaian diagnosa yang digunakan untuk pasien – pasien tertentu dan tidak didukung dengan bukti pelayanan atau penunjang yang diberikan merupakan penyebab terjadinya pengembalian klaim BPJS Kesehatan.

Hubungan Variabel Faktor Administrasi Pelayanan Kesehatan Dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap RSUD Tabanan

Faktor administrasi pelayanan kesehatan merupakan faktor yang menilai keakuratan kode diagnosa dan prosedur berdasarkan ketentuan yang telah ditetapkan (Rosania dan Supriadi, 2019). Tabel 5.3 menunjukkan terdapat 86 (89,6%) berkas klaim yang sesuai dan 10 (10,4%) berkas yang tidak sesuai. Klaim yang tidak sesuai berdasarkan *checklist* dikarenakan adanya pemberian kode diagnosa dan tindakan yang dikoding oleh koder ditemukan tidak sesuai, yang disebabkan adanya pemberian kode diagnosa yang tidak didukung dengan adanya bukti penunjang seperti pemberian kode J18.9 yang harus melampirkan hasil foto thorax pasien agar kode dapat tegak menjadi diagnosa primer. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Gifari dan Apriyanti (2019) tentang analisis persetujuan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap yang menyatakan kode diagnosa dan tindakan yang tidak tepat atau tidak sesuai dapat menyebabkan klaim dikembalikan dan berdampak langsung pada operasional rumah sakit. Penelitian ini tidak sejalan dengan petunjuk teknis verifikasi klaim yang menyatakan pada faktor administrasi pelayanan kesehatan klaim dapat diterima apabila diagnosis dan prosedur yang menggunakan kode ICD 10 dan ICD 9 CM pada ketentuan koding sudah mengikuti panduan coding yang terdapat pada juknis INA CBG's (Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan, 2014).

Sejalan dengan penelitian Siswati dan Pratami (2015) tentang hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan dengan persetujuan klaim BPJS yang menjelaskan adanya hubungan antara verifikasi pelayanan kesehatan dengan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Ketidaksesuaian atau ketidakakuratan pemberian kode diagnosa dan tindakan dapat menyebabkan terjadinya pengembalian klaim BPJS Kesehatan dan mempengaruhi proses pembayaran.

Kesesuaian berkas klaim BPJS Kesehatan sangatlah berpengaruh dalam pengajuan dan pengembalian klaim BPJS. Pada proses pengajuan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi kelengkapan berkas klaim (Putra dan Kusumo, 2016). Ketidaklengkapan dan tidak sesuainya

berkas klaim dapat menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim atau bahkan berkas tidak dapat klaim serta dapat mengganggu operasional rumah sakit dan memperlambat dalam pencairan dan yang harusnya diterima oleh rumah sakit (Yuliyanti dan Thabrany, 2018).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Tabanan tentang hubungan faktor penyebab pengembalian klaim dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Tabanan dapat disimpulkan Adanya hubungan antara faktor administrasi kepesertaan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan yaitu yang dibuktikan pada hasil uji chi square memiliki nilai p value $0,0001 < 0,05$ dengan ketiksesuaian tanggal masuk dan keluar pada SEP. Hasil penelitian juga menunjukkan adanya hubungan antara faktor administrasi pelayanan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan yaitu yang dibuktikan pada hasil uji chi square memiliki nilai p value $0,0001 < 0,05$ dikarenakan adanya penjelasan yang kurang rinci terutama pada diagnosa sekunder dan pemberian tindakan dan tidak adanya bukti penunjang yang mendukung diagnosa. Hal lainnya yaitu adanya hubungan antara faktor administrasi pelayanan kesehatan dengan pengembalian klaim BPJS Kesehatan yaitu yang dibuktikan pada hasil uji chi square memiliki nilai p value $0,0001 < 0,05$ dikarenakan adanya pemberian kode diagnosa dan tindakan yang dikoding oleh koder ditemukan tidak sesuai. Harapannya kedepannya dapat dilakukan pengecekan dan review ulang terhadap kesesuaian isi berkas klaim BPJS Kesehatan yang di input sebelum klaim diajukan. Hal lain yang bisa dilakukan adalah memberikan himbauan pentingnya penulisan diagnosa dan tindakan yang jelas dan terperinci melalui surat keputusan kepada para dokter oleh manajemen rumah sakit. Untuk petugas koder diperlukan melakukan konsultasi kepada dokter jika mengalami kendala pada proses pengkodean dan lebih memperhatikan bukti penunjang yang tertulis di diagnosa sehingga pemberian kode menjadi akurat.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terima kasih kepada ibu dan bapak dosen Prodi MIK Polkeska Bali yang telah memberikan

bimbingan dan terima kasih kepada seluruh pihak yang tidak bisa disebutkan satu per satu atas dukungan, doa dan bantuan yang telah diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Antonius Artanto EP. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016. *Jurnal ARSI*, 4(2), 122-134.
- Ardhitya, T., 2015. Faktor – Faktor Yang Melatarbelakangi Penolakan Klaim BPJS Oleh Verifikator BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo provinsi Jawa Tengah tahun 2015. Skripsi: Fakultas Kesehatan.
- Arikusnadi., Sudirman., Kadri, A., 2020. Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu. *Jurnal Kolaboratif Sains*, Vol 1(1).
- Artanto, A., 2016. Faktor – Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, Vol 4 No.3.
- Buku Pedoman BPJS, 2014. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Buku Pedoman Pelaksanaan Panduan Praktis Pelayanan BPJS Kesehatan. Jakarta
- Depkes, 2006. Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2006 Tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia.
- Gifari, M.T. dan Ariyanti, F. 2019. Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan Pada Pasien Rawat Inap. *Artikel Penelitian*, 8(4): 156 – 166.
- Hendra Rohman, Aris Wintolo, Endang Susilowati. (2021). Analysis Pending Claim Payments the Indonesian National Health Insurance System in Vedika System Nur Hidayah Hospital Yogyakarta. *Jurnal Wiyata*, 8, 72-83.
- Hatta, G., 2010. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta: UI Press.
- Hatta, G., 2008. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana

- Pelayanan Kesehatan Tentahendrang Koding. Jakarta: UI-Pr
- Khoirunnisa, N., 2019. Pengklasifikasian Faktor – Faktor Penyebab Berkas Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Periode Juni-Agustus 2019 di RSUD Dr. Tjitrowardojo. Semarang.
- Maharani, S., 2015. Penatalaksanaan Kelengkapan Data Dalam Dokumen Persyaratan Klaim Asuransi BPJS Pasien Rawat Inap di RSUD PKU Muhammadiyah Purworejo.
- Megawati, L dan Pratiwi, D. R., 2016. Faktor – Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, Vol. 1, No.1.
- Nabila, Salma Firyal ; dkk. (2020). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 519-528.
- Notoatmodjo, S., 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan No.269/Menteri Kesehatan/PER/III/2008. Mengenai Rekam Medis. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Permenkes, 2013. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.
- Permenkes, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs).
- Permenkes, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (Ina-Cbg) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Indonesia.
- Santiasih, Wayan Ary ;Simanjorang, Asyiah ;Satria, Beni. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap Di Rsud Dr.Rm Djoelham Binjai Analysis of Pending Causes of Bpjs Health Claim Installing in Rsud Dr. Rm Djoelham Binjai. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 2615-109.
- Septiana F.L. 2019. Tinjauan Faktor – Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap Oleh Verifikator BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang. Semarang: : Poltekkes Kemenkes Semarang.
- Siswati., Pratami S.,L. 2015. Hubungan ketepatan pemberian kode diagnosa dan tindakan dengan persetujuan klaim BPJS. *Jurnal INOHIM*, 52-60.
- Sugiyono, 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif dan R & D*. Bandung:Alfabeta.
- Suhartoyo. 2018. Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan Dengan Rawat Inap Dengan Sistem INA-CBG. *Administrative Law & Governance Journal*, 1(1), 2621-2781.
- Surbakti, D., 2019. Faktor Yang Mempengaruhi Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Wangaya Kota Denpasar. Skripsi, Badung.
- Triatmaja, Ariqurna Bayu ;Wijayanti, Rossalina Adi ;Nuraini, Novita. (2022). Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Haji Surabaya J-REMI : *Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 3(2), 131-138.
- Undang-Undang Republik Indonesia, 2004. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009. Tentang Rumah Sakit. Jakarta.

Undang-Undang Republik Indonesia, 2011.
Undang-Undang Republik Indonesia
Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan
Penyelenggara Jaminan Sosial.

WHO. 2014. Internasional Classification of
Disesae and Related Health Problem.
Geneva. WHO.