

## **FAKTOR PENYEBAB KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM PASIEN BPJS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SOE**

Honcy Ernesta Nomeni <sup>1</sup>, Rina Waty Sirait <sup>2</sup>, Yoseph Kenjam <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana

<sup>2-3</sup> Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, FKM Universitas Nusa Cendana

\*Korespondensi: honcyernestanomeni@gmail.com

### **Abstract**

Problems commonly found in submitting insurance claims are incomplete documents, follow-up claims, the mismatch of the rates submitted by the hospital with the INA-CBGs rates or those paid by BPJS Kesehatan, irregularities in the coding of disease diagnoses, and the delay in claiming payments by BPJS Kesehatan. Based on the preliminary study at Soe Public Hospital in October 2019, there were still several administrative problems in submitting claims for JKN program. It was proven by the fact that there were still patients with JKN who did not bring a copy of their BPJS Kesehatan cards and the referral letter determined by BPJS Kesehatan when registering for a treatment. The aim of this study is to determine the factors causing the delay in submitting claims for inpatients with BPJS at Soe Public Hospital in 2020. This was a qualitative descriptive study. The population in this study was staff who are directly involved in the insurance claiming process. The sample was selected using purposive sampling technique that consisted of one assembling staff, one coding staff, two internal verifiers and one BPJS Kesehatan verifier. The results of the study indicated that the process of submitting claims for patients with BPJS Kesehatan by Soe Public Hospital did not carry out in a comprehensive and integrated manner because of incomplete medical record status, lack of coordination and teamwork between staff who record medical status that involves assembling staff, coding staff, and hospital verifier. This made a delay in submitting claims for inpatients with BPJS Kesehatan. There were also other obstacles found in the process of submitting claims for inpatients with BPJS Kesehatan at Soe Public Hospital. It is suggested that hospital managers need to evaluate staff who are responsible for submitting claims for inpatients with BPJS Kesehatan regularly and to assess the strengths and weaknesses of each staff.

Keywords: Submission, Claim, BPJS Kesehatan.

### **Abstrak**

Masalah yang lazim ditemukan dalam pelaksanaan prosedur klaim adalah permasalahan berkas klaim, banyaknya klaim susulan, ketidaksesuaian tarif yang diajukan rumah sakit dengan tarif INA-CBG's atau yang dibayarkan BPJS kesehatan, kegagalan pengkodean diagnosis penyakit, dan keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan. Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Soe bulan Oktober Tahun 2019 program JKN masih terdapat beberapa kendala dalam proses administrasi pengajuan klaim. Terbukti dengan masih adanya pasien JKN yang pada saat mendaftar untuk berobat tidak membawa foto copy kartu BPJS dan surat rujukan yang telah ditentukan oleh BPJS. Tujuan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe Tahun 2020. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif. Populasi dalam penelitian ini yaitu petugas yang terlibat secara langsung dalam proses klaim. Sampel menggunakan informan yang ditentukan menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu berjumlah satu orang petugas *assembling*, satu orang petugas *coding*, dua orang petugas verifikator internal dan satu orang petugas verifikator BPJS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan oleh RSUD Soe belum dilakukan secara menyeluruh dan terpadu karena disebabkan oleh kelengkapan pengisian dan pencatatan pada status rekam medis untuk kelengkapan dokumen klaim diserahkan kepada petugas rekam medis tidak lengkap, tidak terjalin koordinasi dan kerja tim antara petugas rekam medik baik itu dari petugas *assembling*, pengkodean, dan petugas verifikator rumah sakit sehingga terjadi keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS kesehatan dan juga masih banyak kendala yang ditemukan dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS kesehatan di RSUD Soe. Saran Diharapkan untuk melakukan kegiatan evaluasi yang berkala kepada

petugas yang memiliki tanggung jawab pada proses pengajuan klaim pasien BPJS, pihak rumah sakit harus bisa mengukur kelebihan dan kekurangan setiap petugas yang ada.

Kata kunci: Pengajuan, Klaim dan BPJS Kesehatan.

## Pendahuluan

Di Indonesia pemerintah sudah menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan JKN. Sistem ini dikelola oleh suatu badan yang ditetapkan oleh undang-undang yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan di bagi menjadi dua yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Kepesertaan BPJS dibedakan menjadi peserta BPJS PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan bukan peserta BPJS PBI.<sup>1</sup>

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 1 tentang BPJS menyatakan bahwa Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial.<sup>2</sup> Hal ini mempunyai dampak perubahan pembayaran klaim BPJS Kesehatan, yang dibayarkan dengan sistem paket Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's) dan di luar paket Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's) (Kemenkes, 2014). Dengan sistem tersebut rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada pasien dan keluarganya. Berdasarkan perjanjian kerja sama antara Rumah Sakit Umum Daerah Soe dan BPJS, pengajuan klaim dilaksanakan setiap tanggal 10 bulan berikutnya dan BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap.<sup>2</sup>

Fasilitas kesehatan yang ikut serta dalam pelaksanaan JKN yaitu terbagi menjadi fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang terdiri dari puskesmas, praktek dokter, klinik pratama, dan rumah sakit kelas D Pratama serta fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) berupa klinik utama, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Pelaksanaan program JKN di rumah sakit membuat rumah sakit hanya melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik.<sup>3</sup> Selain itu perlu diketahui bahwa pengelolaan rumah sakit tidak seperti pengelolaan sebuah klinik. Ini menunjukkan bahwa diperlukan pengelolaan khusus untuk pelaksanaan program JKN di rumah sakit. Berdasarkan penelitian yang dilakukan mengenai implementasi kebijakan JKN di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan JKN ditemukan berbagai kendala salah satunya terkait pembiayaan seperti keterlambatan pencairan klaim akibat keterlambatan proses pemberkasan klaim.<sup>4</sup> Klaim rumah sakit dilakukan secara kolektif dan ditagihkan ke BPJS setiap bulan, dengan dilengkapi dokumen pendukung yaitu Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's), pemeriksaan penunjang, kwitansi pembayaran, SEP (Surat Eligibilitas Peserta), Formulir Bukti pelayanan rawat jalan dan persyaratan yang dibawa pasien. Untuk kelancaran proses pengajuan klaim setiap pasien harus membawa persyaratan lengkap.<sup>5</sup>

Kelengkapan berkas dokumen menjadi bagian penting dalam proses klaim. Apabila pihak rumah sakit dapat memenuhi kelengkapan dokumen, maka kemungkinan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Ada beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim yaitu sebagai berikut: formulir pengajuan klaim, *softcopy* iuran aplikasi, kuitansi asli bermaterei, bukti pelayanan yang sudah ditandatangani

oleh peserta atau anggota keluarga, dan kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim. Kelengkapan informasi sangatlah penting oleh karena itu petunjuk verifikasi klaim disusun secara khusus dengan tujuan untuk dapat menjadi acuan bagi verifikasi BPJS kesehatan maupun bagi fasilitas kesehatan dalam rangka menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan.<sup>6</sup>

Masalah yang lazim ditemukan dalam pelaksanaan prosedur klaim adalah permasalahan berkas klaim, banyaknya klaim susulan, ketidaksesuaian tarif yang diajukan rumah sakit dengan tarif Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's) atau yang dibayarkan BPJS kesehatan, kegagalan pengkodean diagnosis penyakit, dan keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan. Beberapa penyebab keterlambatan pengajuan klaim adalah karena persyaratan berkas klaim yang tidak lengkap, jumlah dan kompetensi petugas bagian klaim yang masih minim.<sup>7</sup> Selain itu, faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor *man, machine, method* dan *materials*. Faktor *man* adalah petugas verifikasi kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. Faktor *machine* adalah karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA-CBG. *Method* adalah karena implementasi SPO yang belum lancar. Faktor *materials* karena persyaratan yang tidak sesuai.<sup>8</sup>

RSUD Soe merupakan satu-satunya fasilitas kesehatan rujukan milik pemerintah yang ada di Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS) yang mempunyai tugas pokok menyelenggarakan dukungan kesehatan dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat umum. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di RSUD Soe bulan Oktober Tahun 2019 program JKN masih terdapat beberapa kendala dalam proses administrasi pengajuan klaim. Terbukti dengan masih adanya pasien JKN yang pada saat mendaftar untuk berobat tidak membawa foto copy kartu BPJS dan surat rujukan yang telah ditentukan oleh BPJS. Pada saat pembuatan Surat Egibilitas Pasien (SEP) dibagian pendaftaran terkadang terdapat kendala yaitu tidak ditemukan identitas pasien didalam komputer, sehingga petugas pada bagian pendaftaran harus menanyakan kepada petugas BPJS. Selain itu adanya berkas rekam medis yang tidak lengkap seperti tidak adanya tanda tangan dan nama terang dokter, diagnosis belum diisi atau belum ditulis kode diagnosis, riwayat perjalanan penyakit belum terisi dengan lengkap sebesar 90%. Ketidaklengkapan dokumen pasien dapat menyebabkan terhambatnya proses pengajuan klaim kepada BPJS dan akan berakibat pada menurunnya jumlah hasil klaim yang didapat oleh fasilitas kesehatan pada bulan tersebut. Keterlambatan penyerahan berkas klaim pasien rawat inap disebabkan karena peserta BPJS yang tidak membayar iuran atau premi dalam hal ini peserta mandiri sehingga mengakibatkan SEP tidak bisa dibuat dalam waktu 3 x 24 jam, kurangnya kelengkapan berkas atau dokumen pasien seperti bukti pemeriksaan penunjang yang untuk mendukung diagnosa, kelengkapan resume medis, dan keakuratan coding. Keterlambatan pembayaran klaim BPJS ke rumah sakit dapat berdampak pada biaya operasional di rumah sakit seperti pembayaran obat serta alat kesehatan dan pembayaran jasa pelayanan bagi karyawan yang seringkali berdampak pada menurunnya kinerja dari karyawan dalam bekerja karena jasa pelayanan merupakan suatu imbalan yang diterima oleh karyawan setelah melaksanakan pekerjaan serta merupakan suatu motivasi bagi karyawan dalam bekerja. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe Tahun 2020.

## Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Penelitian ini dilakukan di RSUD Soe pada bulan Juni-Agustus tahun 2020. Populasi dalam penelitian ini yaitu petugas yang terlibat secara langsung dalam proses klaim. Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan

teknik *purposive sampling*. Jumlah informan dalam penelitian ini berjumlah lima orang yang terdiri dari satu orang petugas *assembling*, satu orang petugas *coding*, dua orang petugas verifikator internal, dan satu orang petugas verifikator BPJS. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan wawancara mendalam. Analisis data yang digunakan adalah dengan keabsahan data dimana menggunakan kecukupan bahan referensi dan teknik *member check*. Peneliti memanfaatkan *tape recorder* untuk merekam wawancara yang dilakukan.

## Hasil

Karakteristik informan penelitian dapat di lihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1. Karakteristik Informan Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Soe, Kabupaten Timor Tengah Selatan

Informan	Inisial	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Peran/Tugas
1	YC	39	L	SMA	Staf <i>Assembling</i>
2	LT	30	P	D3	Staf <i>Coding</i>
3	VT	30	L	S1	Staf Verifikator 1
4	NA	56	P	SMA	Staf Verifikator 2
5	ET	34	P	D3	Verifikator BPJS

Berdasarkan Tabel 1 di atas diketahui bahwa informan untuk kategori umur paling tinggi adalah umur 56 tahun, yang terdiri dari perempuan dan laki-laki dengan status pendidikan paling tinggi adalah Sarjana (S1).

### 1. Verifikasi Kelengkapan Berkas Administrasi Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Verifikasi kelengkapan berkas klaim yang sudah diberikan dari setiap ruangan khususnya pasien rawat inap dilakukan oleh petugas *assembling* dan kemudian diserahkan pada petugas *coding* untuk di entri sesuai dengan hasil diagnosa dan pemeriksaan penunjang sehingga diberikan pengkodean pada status pasien BPJS. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara petugas *assembling* di RSUD Soe.

*“Kalau untuk alur penerimaan berkas klaim itu, awal dari pasien dari ruangan, masuk ke bagian assembling, trus assembling masuk ke bagian coder, baru ke bagian klaim. Dia punya alurnya seperti itu, secara garis besarnya seperti itu” (YC).*

Kenyataan pada hasil penelitian bahwa masih terdapat kendala dalam proses verifikasi kelengkapan berkas klaim untuk BPJS. Misalnya masih terdapat berkas yang tidak lengkap dari tiap ruang rawat inap untuk diverifikasi oleh petugas *assembling*.

*“Ya untuk sementara ini masih ada sebagian yang tidak lengkap contohnya seperti, tanggal masuk keluar, tanda tangan dokter trus, lembaran penunjang, contohnya seperti hasil baca foto, pokoknya masih sering ditemukan itu.” (YC).*

Dokumen yang tidak lengkap dalam proses verifikasi berkas klaim di bagian *assembling* seperti tidak adanya hasil baca pemeriksaan penunjang pasien karena diduga banyak jumlah pasien, tidak ada tangan dokter serta jam masuk keluar yang tidak lengkap.

*“Ya untuk sementara ini masih ada sebagian yang tidak lengkap contohnya seperti, tanggal masuk keluar, tanda tangan dokter trus, lembaran penunjang, contohnya seperti hasil baca foto, pokoknya masih sering ditemukan itu.” (YC).*

Apabila terdapat dokumen yang masih kurang, maka petugas *assembling* akan mengembalikan ke ruangan rawat inap di mana pasien itu di rawat untuk melengkapi dokumen tersebut. Hal ini membutuhkan waktu lagi, yang dapat menghambat proses verifikasi klaim BPJS.

*“Ia, biasa begitu, di bagian assembling liat kembali kalo memang ada yang kurang, liat ada yang kurang, berarti dikembalikan ke bagian ruangan untuk petugas ruangan yang melengkapi.” (YC).*

Dapat disimpulkan bahwa verifikasi berkas administrasi klaim masih ditemukan kendala sehingga dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

## 2. Keakuratan Coding Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Pengkodean diagnosis di RSUD Soe menggunakan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) sedangkan untuk *coding* tindakan menggunakan ICD-9-CM. Pengkodean diagnosa penyakit juga dilakukan sesuai dengan SOP-nya. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara petugas *coder* RSUD Soe

*“Dari rawat inap, rawat jalan, IGD semua ada SOP-nya. Ya pertama ah, statusnya itu dari ruangan ah distor ke rekam medis bagian assembling, bagian assembling cek semua kelengkapan dalam rekam medis itu kalau sudah lengkap baru diserahkan ke saya bagian coding, trus saya mulai lihat dari diagnosa dan berikan kode diagnosa itu. Oh satu status itu, 10 menit sa bisa atau tidak sampai bisa karena pakai ICD10 to dibantu sama ICD10 untuk kode diagnosa, trus kode tindakan ICD9.” (LT)*

Keakuratan pemberian *coding* pada data pasien BPJS masih mengalami kendala dalam hal pemberian *coding* yang tepat pada status pasien. Di RSUD Soe ketidakakuratan pengkodean diagnosa pasien yang sering terjadi adalah *misscoding* atau penempatan kode yang tidak sesuai yang menyebabkan kerugian rumah sakit apabila tarif kode penyakit yang diklaim lebih kecil dari kode penyakit yang ditangani dirumah sakit, selain itu ketidakakuratan pengkodean pun terjadi karena tulisan dokter yang tidak bisa dibaca. Ketidakakurat pengkodean pun terjadi karena informasi penunjang dari dokter dalam mendiagnosa pasien tidak sesuai dengan aturan dari BPJS sehingga harus dikonsultasikan lagi.

*“Ia misscoding itu biasanya terjadi ketika salah penempatan kode penyakit bisa terjadi atau karna kelalaian rumah sakit atau terjadi fraud. Fraud itu di mana contohnya seperti harganya sekian tetapi ita klaimnya sekian berarti pada saat ada audit itu nanti kita pihak rumah sakit harus mengganti kerugian BPJS begitu” (LT)*

*“Ah kendala pertama itu mungkin dari tulisan dokter yang agak sulit dibaca terus, ah hasil penunjang yang kadang-kadang tidak ada, tidak lengkap, ia itu kendala dalam memberikan diagnosa. Karena kalau tidak lengkap otomatis tidak bisa diklaim. Ia, jadi harus dikembalikan ke ruangan untuk dilengkapi.”(LT)*

Dapat disimpulkan bahwa, masih ditemukan keakuratan *coding* yang belum tepat sehingga dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

### 3. Ketepatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Pelaksanaan pengajuan pengklaiman yang dilakukan oleh pihak rumah sakit sudah sesuai dengan prosedur yang benar untuk tahapnya. Namun kendala masih di rasakan dalam tahap pelaksanaan klaim ke BPJS. Apabila kelengkapan berkas dan pengkodean yang dimasukan dalam sistem belum tepat sesuai dengan ketentuan maka akan langsung dikembalikan oleh verifikasi dari BPJS kepada rumah sakit untuk dilakukan pemeriksaan kembali. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara petugas pengajuan klaim.

*“Kalo untuk keterlambatan klaim khusus pasien BPJS itu ada pada kelengkapan berkas rekam medis jadi contohnya seperti status yang pasiennya KRSnya tanggal 1 statusnya tidak langsung masuk tapi masih melewati beberapa proses. kalo masih ada temuan masalah kelengkapan berkas ke contoh pada penulisan dokter tidak jelas, jam masuk keluar tidak ada trus penunjang-penunjang lembaran penunjang lain tidak ada berarti itu salah satu faktor keterlambatan klaim” (VT).*

*“Karena minimal batas waktu pengajuan klaim kan bukan bulan berjalan jadi contohnya kalo kita klaim bulan januari kita ajukannya di bulan february lalu diajukan di bulan february itu harus per tanggal 10 jadi kalo sudah lewat dari tanggal 10 kita belum mengajukan berarti dari pihak rumah sakit disini atas nama direktur harus membuat surat permohonan keterlambatan klaim untuk ditujukan kepada BPJS.” (VT).*

*“Hm, itu kalo ketepatan itukan lebih ke ini berka s klaim sa to kak? Jadi seperti ada rujukan ataukah ada SEP terus ah apa, itu sa si sebenarnya. Ia. Jadi kalo tidak sesuai akan dikembalikan dan ah itu kita bongkar lagi berkas apa yang tidak sesuai ataukah kalo tidak maunya BPJS seperti apa kita sesuaikan dengan isi rekam medis to kak.” (ET).*

Dapat disimpulkan bahwa, ketepatan pengajuan klaim masih terjadi kendala sehingga dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

### 4. Kendala-Kendala dalam Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Kendala yang dihadapi bagian rekam medik untuk mengklaim pasien BPJS terletak pada kurangnya ketelitian pada bagian *assembling*, bagian *coding* dan juga karena berkas-berkas yang dimasukan dari setiap ruangan masih sangat kurang sehingga membuat rekam

medik untuk kerja lebih ekstra dengan mengkonfirmasi kembali terkait data yang dibutuhkan, serta SDM yang masih kurang sehingga terjadi penumpukan kerja. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada informan didapatkan hasil bahwa:

*“Kendala cukup banyak, mulai dari kelengkapan berkas, kurang teliti, biasalah human erorr makanya keterlambatan klaim dalam pengajuan dan SDM juga kurangmaka penumpukan kerja sering terjadi, belum lagi kita harus kejar proses pengklaiman setiap bulannya, kadang-kadang internet juga erorr, trus aplikasi maintenance dari pusat.”(NA).*

*“Kalau untuk langkah-langkah yang kita ambil itu semua tergantung dari kebijakan pimpinan karna kita petugas yang dalam pengajuan kleim kita bekerja berdasarkan porsi, berdasarkan SOP, berdasarkan aturan tapi kalau untuk kendala itu kita hanya ajukan masukan berikan masukan berikan pendapat kepada pimpinan trus yang mengambil keputusan ialah pimpinan. Di sini dalam arti kita kalau ada kendala yang kita temui kita ajukan ke kepala bidang trus kepala bidang cari solusinya kermana kalau memang tidak ditemukan berarti kita langsung ke KTU atau langsung di direktur.”(NA).*

*“Itu kendalanya seperti ah mungkin status pasien rawat inap itu masuk ke rekam medis itu lebih dari 2 x 24 jam. Sesuai dengan standar operasional yang ada di RS to, jadi kendalanya itu yang pertama, terus yang kedua ah mungkin apa keterlambatan klaim ini jugakan dari tenaga yang hanya satu orang yang kerja to kak, jadi harus coding rawat jalan rawat inap, itu si kendalanya.”(ET).*

Dapat disimpulkan bahwa masih terdapat beberapa kendala yang di hadapi dalam proses pengajuan klaim sehingga berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

## **Pembahasan**

### **1. Verifikasi Kelengkapan Administrasi Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe**

Verifikasi pada dokumen klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program JKN oleh BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu dan tepat sasaran. Selain itu verifikasi data bertujuan untuk membantu fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dengan mengacu kepada standar penilaian klaim berdasarkan PKS antara provider dan BPJS Kesehatan.<sup>9</sup>

Verifikasi administrasi, klaim mencakup 2 (dua) hal pokok yaitu berkas klaim yang akan diverifikasi dan tahap verifikasi administrasi klaim. Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat jalan meliputi surat eligibilitas peserta (SEP), yaitu bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP), protokol terapi dan regimen) obat khusus, resep alat kesehatan, tanda terima alat kesehatan.<sup>10</sup>

Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Soe didapatkan dimana hasil wawancara dengan petugas rekam medik bahwa untuk proses verifikasi kelengkapan administrasi klaim pasien BPJS yang dilakukan oleh petugas *assembling* masih sangat jauh dari apa yang diharapkan, ketelitian dan proses pemeriksaan berkas yang masuk dari setiap ruangan tidak

dilakukan pemeriksaan lebih awal dengan memperhatikan kesesuaian data yang masuk dan hasil pemeriksaan untuk bisa di serahkan ke petugas *coding*. Kurangnya komunikasi dan evaluasi pada bagian rekam medik untuk bagian *assembling* merupakan salah satu kendala yang serius.<sup>5</sup>

Menurut peneliti, perlu adanya peningkatan dalam memverifikasi dokumen atau berkas yang masuk ke bagian rekam medik, berkas yang masuk harus langsung dilakukan pemeriksaan dengan metode atau cara *chek list* sehingga mempermudah dalam memverifikasi apabila berkas yang dimasukkan kurang lengkap bisa langsung di konfirmasi kepada petugas yang bertanggung jawab.<sup>6</sup>

Proses *assembling* dikerjakan oleh 1 petugas yang fokus melakukan *assembling* pada kelengkapan dokumen klaim BPJS rawat nginap dengan pendidikan SMA. Hasil wawancara kepada petugas *assembling* bahwa waktu yang dimiliki oleh petugas *assembling* sesungguhnya cukup apabila dokumen klaim yang diterima oleh petugas *assembling* telah dalam kondisi lengkap, namun pada kenyataannya petugas *assembling* harus kembali melengkapi sejumlah dokumen yang tidak lengkap dengan cara menelusuri riwayat kunjungan pasien tersebut dengan menghubungi petugas yang bertanggungjawab agar menyerahkan kelengkapan dokumen klaim yang kurang. Apabila seluruh petugas administrasi klaim sebelumnya memastikan serta turut berperan dalam memastikan ulang bahwa kelengkapan dokumen klaim dan memindahkan dokumen klaim yang tidak lengkap ke dalam map khusus maka hal tersebut akan mengurangi beban kerja petugas *assembling* dalam melakukan verifikasi berkas dan kemudian bisa diserahkan kepada petugas *coding*.<sup>10</sup>

Menurut peneliti, bahwa petugas *assembling* perlu dilakukan peningkatan ketrampilan baik secara *soft skill* dan manajemen dalam mengurus verifikasi kelengkapan berkas administrasi pasien BPJS karena tingkat pendidikan yang dimiliki oleh petugas *assembling* adalah SMA yang dimana tidak memiliki latar belakang pendidikan sebagai rekam medik. Kondisi ini akan sangat mempengaruhi ketepatan dan kelancaran dalam melakukan tugas sebagai seorang *assembling*. Dengan ada peningkatan ketrampilan melalui pelatihan dan workshop maka tenaga *assembling* dengan sendiri memiliki manajemen yang baik dalam menyelesaikan proses verifikasi berkas pasien BPJS.<sup>7,11</sup>

Penelitian yang dilakukan tentang faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap menyatakan bahwa data berkas klaim petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap membutuhkan waktu selama 18:39:03 per berkas dengan rata-rata waktu penyelesaian per berkas setiap harinya untuk petugas verifikator administrasi membutuhkan waktu selama 2:02:54, setelah dihitung beban kerja untuk petugas verifikator administrasi bisa menyelesaikan berkas klaim dalam sehari sebanyak 150 berkas administrasi dengan rata-rata penyelesaian per berkasnya selama 2 menit.<sup>7</sup> Ini kembali lagi kalau kondisi berkas yang diverifikasi sudah benar-benar sesuai dengan SOP yang berlaku dimana kelengkapan data yang dibutuhkan itu sudah sesuai kebutuhan untuk dilanjutkan ke bagian *coding*.<sup>12</sup>

Menurut peneliti, dampak dari rumah sakit tidak memberikan pelatihan kepada petugas pengelolaan klaim BPJS yang sesuai dengan tugas pokok jabatannya yaitu pertama, akan berpotensi kurangnya pengetahuan dan keterampilan petugas pengelolaan klaim tentang hal-hal persyaratan, kriteria dan tatakelola pengelolaan klaim BPJS kesehatan. Kedua, produktivitas kerja petugas pengelolaan klaim tidak optimal dikarenakan setiap bulannya masih mengalami keterlambatan dalam pengajuan klaim ke kantor BPJS kesehatan. Ketiga, berpotensi terjadinya kinerja yang tidak maksima dari karyawan.<sup>10</sup>



## 2. Keakuratan Coding Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.<sup>1</sup>

Perhitungan biaya perawatan pada sistem ini dilakukan berdasarkan diagnosis akhir pasien saat dirawat inap di rumah sakit. Penerapan *case-based groups* pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh beberapa rumah sakit untuk suatu diagnosis, besarnya biaya perawatan pasien dengan diagnosis akan berbeda apabila tipe rumah sakit tersebut berbeda.<sup>13</sup> Diagnosis pasien saat keluar dari rumah sakit merupakan dasar dalam menentukan biaya perawatan. Diagnosis tersebut kemudian dilakukan pemberian kode *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD-10)*.<sup>14</sup>

Proses *coding* diagnosis di RSUD Soe menggunakan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) sedangkan untuk *coding* prosedur menggunakan ICD-9-CM. Hal tersebut telah sesuai dengan Permenkes Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INACBG's yang menjelaskan bahwa dasar pengelompokan dalam INACBG's menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk prosedur.<sup>15</sup>

Hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa keakuratan pengkodean yang dilakukan untuk data pasien BPJS oleh pihak rumah sakit masih sangat mengalami masalah dalam pengkodean status diagnosa pasien pada sitem. Ini langsung disampaikan oleh petugas yang bertugas bagian pengkodean atau coding di rumah sakit, dimana petugas mengakui bahwa hampir setiap kali kegiatan pengklaiman ke BPJS selalu terjadi kesalahan pengkodean. Hasil wawancara menyatakan bahwa petugas coding mengalami kendala dalam memberikan kode karena di pengaruhi oleh beberapa hal seperti kelengkapan berkas pasein BPJS tidak lengkap dalam hal ini yaitu hasil diagnosa dan hasil pemeriksaan penunjang dan ditambah lagi kendala pada tulisan dokter yang sulit untuk dibaca sehingga perlu dilakukan konfirmasi kepada dokter yang bersangkutan untuk memastikan diagnosa yang diberikan.<sup>6</sup>

Kelengkapan berkas yang diberikan dan dimasukkan pada rekam medik dari masing-masing ruangan terkhususnya rawat inap masih banyak yang kurang dalam kelengkapannya, sehingga itu perlu di konfirmasi. Kemudian bagian *assembling* juga masih kurang teliti dalam melakukan verifikasi berkas pasien BPJS sehingga saat pengkodean mengalami kendala. Hasil wawancara juga bahwa jumlah SDM untuk tenaga pengkodean berjumlah dua orang, dengan kualifikasi pendidikan D3 rekam medik. Untuk sekarang yang bertugas dalam pengkodean dan entri itu cuma satu orang tenaga yang bertugas dikarenakan petugas yang satunya lagi dalam lanjut studi. Dengan jumlah SDM yang kurang membuat beban kerja dari tenaga pengkodean semakin banyak karena harus mengejar target dalam melakukan pengkodean sesuai dengan SOP yang sudah ditetapkan dan akhirnya terjadinya penumpukan status pasien sehingga human eror bisa terjadi pada petugas *coding*.<sup>10</sup>

Petugas *coding* menyatakan alasan mengapa mereka tidak dapat menyelesaikan *coding* adalah karena terdapat beberapa kendala seperti sulitnya membaca tulisan DPJP di formulir kendali, seringkali DPJP menggunakan istilah diagnosis dan prosedur yang berbeda dengan istilah pada ICD bahkan saat penelitian, bagian rekam medik menyatakan formulir kendali pasien BPJS tidak diisi dengan lengkap oleh DPJP sehingga petugas *coding* perlu dan diwajibkan untuk menanyakan kepada DPJP yang bersangkutan untuk memastikan kebenaran

istilah diagnosis dan prosedur agar petugas *coding* tidak salah dalam menetapkan kode. Menurut peneliti, hal tersebut dapat diminimalisasi atau dikurangi apabila petugas administrasi ruang rawat inap selalu ingat untuk memastikan ulang pengisian formulir kendali oleh DPJP sehingga petugas coding tidak perlu menghadapi kendala tersebut sehingga pengajuan klaim ke BPJS dapat cepat dan tepat sesuai dengan waktu yang ditentukan.<sup>10,14</sup>

Penelitian yang dilakukan dengan judul Analisis Proses Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Empat Lawang menunjukkan bahwa proses administrasi klaim dimulai dari loket pendaftaran sebagai tahap awal yang paling krusial dalam menentukan kelengkapan dokumen persyaratan pasien JKN.<sup>16</sup> Hal yang sering diabaikan adalah bahwa memastikan kelengkapan dokumen klaim bukan hanya kewajiban dari seorang petugas loket pendaftaran saja, namun kepada seluruh petugas yang terlibat dalam administrasi klaim termasuk petugas administrasi ruang poliklinik, petugas kasir, petugas coding juga wajib berperan dalam menjaga kelengkapan dokumen.<sup>12</sup>

### 3. Ketepatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Perencanaan merupakan pedoman, garis-garis besar atau petunjuk-petunjuk yang harus dituruti jika menginginkan hasil yang baik yang telah direncanakan. Tujuan perencanaan ialah memberikan pengarah, pedoman, garis-garis besar atau petunjuk-petunjuk yang harus dituruti. Perencanaan pada hakikatnya menyusun konsep dan kegiatan yang akan dilaksanakan yang biasanya berupa Standar Operasional Prosedur (SOP).<sup>17</sup> Perencanaan klaim pasien BPJS yang dilakukan oleh pihak RSUD Soe sesuai dengan penyusunan FPK telah disesuaikan dengan *Memorandum of Understanding* (MoU) antara RSUD Soe dengan BPJS kesehatan sehingga dapat disimpulkan bahwa kelengkapan administrasi pengajuan klaim yang diajukan oleh RSUD Soe telah sesuai dengan ketentuan BPJS kesehatan. Klaim rumah sakit adalah tagihan yang berupa biaya atas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien peserta asuransi dalam hal ini BPJS Kesehatan.<sup>9</sup>

Hasil penelitian membuktikan bahwa ketepatan dalam melakukan proses pengajuan klaim ke BPJS oleh pihak rumah sakit sendiri setiap pengajuan mengalami keterlambatan ke pihak BPJS. Ini disebabkan oleh beberapa kendala yang dihadapi oleh petugas dalam rekam medik terkhususnya bagian verifikator klaim BPJS rumah sakit. Dari hasil wawancara kepada informan dalam hal ini petugas verifikator klaim petugas bahwa terjadinya keterlambatan dalam klaim ke pihak BPJS karena verifikasi berkas yang dilakukan bagian *assembling* cukup memakan waktu yang lama dan juga kadang berkas yang sudah di berikan kepada bagian *coding* masih sangat kurang seperti pada hasil pemeriksaan diagnosa dan pemeriksaan penunjang sehingga petugas harus kembali harus melengkapi berkas yang kurang dan itu membutuhkan waktu. Bukan hanya itu, kendala yang dihadapi juga berasal dari dokter yang bertanggungjawab, ada tulisan dokter yang susah dimengerti dan berkas yang belum ditandatangani oleh dokter yang bersangkutan sehingga semua perlu di konfirmasi kembali.<sup>5,6</sup>

Petugas yang bertugas melakukan proses pengajuan klaim ke BPJS di RSUD Soe sebanyak 2 orang petugas dengan 1 petugas berpendidikan SMA dan 1 berpendidikan S1. Menurut petugas bagian verifikator Pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan dilakukan setiap tanggal dan bulannya yang sudah tentukan sebagai tagihan atas biaya pelayanan bulan sebelumnya. Kalau proses pengajuan klaim lewat dengan tanggal yang ditentukan maka, itu kurang sesuai dengan panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS kesehatan yang menyatakan jika fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal dan bulan yang ditentukan. Bahkan, kerap kali pihak RSUD Soe juga mengajukan klaim susulan.<sup>5-7</sup>

Menurut peneliti, semakin banyak dokumen klaim yang disusulkan maka akan semakin membengkak pula penumpukan status pasien itu disebabkan karena adanya berkas yang di verifikasi oleh BPJS itu belum lengkap dan harus di kembalikan dan ditambah lagi dengan berkas yang harus di urus dalam pada bulan selanjutnya.<sup>6</sup>

Pelaksanaan pengklaiman berkas BPJS pada rawat nginap masih kurang baik, dikarenakan memiliki alur pengajuan klaim dimulai dari pasien pulang pada rawat nginap, kemudian berkas masuk diruang pengolahan berkas klaim dalam hal ini bagian *assembling* masih kurang, berkas diperiksa kelengkapannya namun masih kurang lengkap setelah di analisis, kemudian ini akan berpengaruh pada data yang dientri dan dikoding dan terjadi keterlambatan dalam pengajuan klaim ke BPJS sesuai dengan tanggal dan bulan yang disepakati oleh RSUD dengan BPJS.<sup>10</sup>

Penelitian dengan judul Faktor-faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016 menemukan bahwa persentase klaim yang tidak lengkap selama 3 bulan.<sup>6</sup> Dalam penurunan jumlah resume klaim medis yang tidak lengkap sekitar 50%. Berdasarkan hasil wawancara dengan unit penjaminan atau rekam medik yang bertugas bahwa penurunan resume klaim medis ini disebabkan ketidaksamaan *coding* dan diagnosa dari rumah sakit dengan *coding* dari verifikasi BPJS Kesehatan. Penyamaan persepsi tentang diagnosa antara DPJP, kode rumah sakit sendiri dan verifikasi harus ditingkatkan untuk semakin meminimalisir ketidaksesuaian *coding* sehingga proses pengajuan bisa tepat dan cepat.<sup>14</sup>

#### 4. Kendala-Kendala dalam Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Pada Permenkes RI No. 28 tahun 2014 dan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim, menyebutkan bahwa dalam proses ini, apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas-berkas pasien BPJS rawat inap tersebut ke rumah sakit. Berkas-berkas yang dikembalikan ini merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh verifikasi di BPJS Kesehatan.<sup>10,11</sup> Dengan kata lain berkas-berkas yang dikembalikan ini disebut berkas pending dan harus di lengkapi oleh rumah sakit dan harus diserahkan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.<sup>9</sup>

Hasil penelitian yang dilakukan pada petugas rekam medik yang bertugas dalam pengajuan klaim melalui hasil wawancara mendalam menggambarkan bahwa penyebab berkas klaim tertunda tidak lolos verifikasi adalah dikarenakan kurang telitnya para pegawai yang mengurus koding dan pemberkasan dari berkas klaim dalam hal ini bagian *assembling*. Selain itu adanya perbedaan persepsi antara petugas *coding* dengan verifikasi BPJS tentang *coding* berkas yang diajukan. Peneliti lain menemukan bahwa ada beberapa DPJP yang mempunyai *coding* yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu karena sudah diketahui besaran nilainya dan meminta *case manager* untuk mengisi kode diagnosa yang mereka sukai meskipun terkadang tidak sesuai dengan diagnosa penyakit. Hal ini menyebabkan tidak lolos verifikasi karena verifikasi BPJS berhak untuk menilai kode yang sesuai dengan diagnosa dan tindakan yang dilakukan oleh DPJP.<sup>4,5,7,14</sup>

Kondisi lain yang disampaikan oleh petugas rekam medik bahwa kurangnya komunikasi dan evaluasi dari pihak rumah sakit dalam hal masalah pengajuan klaim rumah sakit ke BPJS yang masih kurang dilakukan. Selain itu juga kurangnya sumber daya manusia (SDM) membuat beban kerja dari petugas yang ada cukup banyak, khususnya di bagian *assembling* dan *coding* yang masih kurang tenaga untuk membantu proses verifikasi dan pemberian *coding* pada status pasien.<sup>5,8</sup>

Menurut peneliti, peningkatan sumber daya manusia akan sangat membantu dalam proses persiapan pengajuan berkas ke BPJS mulai dari data yang masuk sampai dengan data diajukan. Pernyataan dari petugas bahwa ini bukan berdampak pada keterlambatan pengajuan saja, tapi berdampak juga pada kinerja pegawai di rumah sakit, karena keterlambatan pembayaran jasa medis membuat mereka kurang motivasi dalam bekerja, pemberian insentif dan jasa pun di tentukan berdasarkan tingkat pendidikan yang dimiliki oleh petugas di rumah sakit.<sup>6</sup>

Mengatasi kendala-kendala yang dialami oleh RSUD Soe sampai saat ini terkait keterlambatan klaim pasien BPJS. Perlu dilakukan evaluasi secara berkala setiap bulannya, pihak rumah sakit harus memberikan dukungan penuh kepada petugas rekam medik baik secara financial, sarana dan prasarana, teknologi yang mendukung, dan juga penambahan sumber daya manusia untuk bisa menghadapi permasalahan keterlambatan ini.<sup>6,7,10</sup>

Penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano ditemukan bahwa kendala-kendala yang di hadapi dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS adalah pada berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lain. Kendala pada pengkodean dan pengentrian data, verifikasi data, sumber daya manusia, dan ketepatan proses pengajuan klaim sehingga pengajuan klaim BPJS kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano pada rekapitulasi pelayanan belum dilakukan secara menyeluruh dan terpadu, pengisian dan pencatatan pada status rekam medis untuk kelengkapan dokumen klaim diserahkan kepada petugas rekam medis, tidak terjalin koordinasi dan kerja tim antara perawat pelaksana dan petugas rekam medis.<sup>18</sup>

## Kesimpulan

Verifikasi kelengkapan berkas administrasi klaim pasien BPJS rawat inap dilakukan oleh petugas *assembling*. Namun masih terdapat kendala dalam proses verifikasi seperti terdapat berkas yang tidak lengkap dari tiap ruang rawat inap, keakuratan coding pasien BPJS rawat inap dilakukan oleh petugas coder sesuai dengan SOP yang berlaku. Pengkodean yang dilakukan menggunakan ICD-10 dan ICD-9. Namun masih terdapat kendala dalam proses pemberian *coding* seperti adanya *misscoding* atau penempatan kode yang tidak sesuai, ketepatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap diverifikasi oleh petugas klaim atau verifikator sesuai dengan prosedur yang benar untuk tahapnya. Namun masih terdapat kendala dalam tahap pelaksanaan klaim ke BPJS. Apabila kelengkapan berkas dan pengkodean yang dimasukkan dalam sistem belum tepat sesuai dengan ketentuan maka akan langsung di kembalikan oleh verifiaktor dari BPJS kepada rumah sakit untuk dilakukan pemeriksaan kembali dan kendala-kendala pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap terletak pada kurangnya ketelitian pada bagian *assembling*, bagian *coding*, berkas-berkas dari setiap ruangan yang tidak lengkap, minimnya SDM yang mengakibatkan terjadi penumpukan kerja dan adanya *internet error* sehingga dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

## Daftar Pustaka

1. Republik Indonesia. Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial [Internet]. 24 Indonesia; 2011. Available from: <http://www.dpr.go.id/jdih/index/id/260>
2. Presiden Republik Indonesia. Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan [Internet]. 12 Indonesia; 2013. Available from: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/detail/3>

3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan [Internet]. 59 Indonesia; 2014. Available from: <http://id.kpmak-ugm.org/permenkes-ri-nomor-59-tahun-2014-ttg-standar-tarif-pelayanan-kesehatan-dalam-penyelenggaraan-program-jaminan-kesehatan>
4. Putra WM. Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan Tahun 2014 [Internet]. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah; 2014. Available from: [http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25711/1/Wahyu Manggala Putra - fkik.pdf](http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25711/1/Wahyu%20Manggala%20Putra%20-%20fkik.pdf)
5. BPJS Kesehatan. Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan [Internet]. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan; 2014. 1–26 p. Available from: <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/5fb1dc8414591e392ab5a3f70e2ab35a.pdf>
6. EP AA. Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo, Periode Januari - Maret 2016. J ARSI [Internet]. 2018;4(2):122–34. Available from: <http://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2564>
7. Ayu Putri NK, Karjono K, Uktutias SA. Analisis Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. J Manaj Kesehat Yayasan RSDr Soetomo [Internet]. 2019 Nov 13;5(2):134. Available from: <http://jurnal.stikes-yrsds.ac.id/index.php/JMK/article/download/165/135>
8. Noviatry LW, Sugeng S. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho. J Kesehat Vokasional [Internet]. 2016 Oct 1;1(1):22. Available from: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkesvo/article/view/27473>
9. Khoiril A. Asuransi Syariah, Halal & Manfaat. Sukini, editor. Solo: Penerbit Tiga Serangkai; 2007.
10. BPJS Kesehatan. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan [Internet]. Jakarta: BPJS Kesehatan; 2014. 1–46 p. Available from: [https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/Teknis Verifikasi Klaim 7042014.pdf](https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/Teknis%20Verifikasi%20Klaim%207042014.pdf)
11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 28 Indonesia; 2014. Available from: [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk\\_hukum/PMK No. 40 ttg Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK%20No.%2040%20ttg%20Pedoman%20Pelaksanaan%20JAMKESMAS.pdf)
12. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 269 Indonesia; 2008. Available from: <http://pelayanan.jakarta.go.id/download/regulasi/peraturan-meneteri-kesehatan-nomor-269-tentang-rekam-medis.pdf>
13. Thabrany H. Jaminan Kesehatan Nasional. Rajawali Pers. Jakarta: Rajawali Pers; 2014.
14. Maimun N, Natassa J, Trisna WV, Supriatin Y. Pengaruh Kompetensi Coder terhadap Keakuratan dan Ketepatan Pengkodean Menggunakan ICD 10 di Rumah Sakit X Pekanbaru Tahun 2016. J Kesehat Masyarakat, Manaj dan Adm Rumah Sakit [Internet]. 2018;1(1):31–43. Available from: <https://www.neliti.com/publications/256299/pengaruh-kompetensi-coder-terhadap-keakuratan-dan-ketepatan-pengkodean-menggunakan#cite>
15. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)

- [Internet]. 27 Indonesia; 2014. Available from:  
[http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduhan/PMK No. 27 ttg Juknis Sistem INA CBGs.pdf](http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduhan/PMK%20No.%2027%20ttg%20Juknis%20Sistem%20INA%20CBGs.pdf)
16. Ariani R, Ainy, Asmaripa. Analisis Proses Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Empat Lawang [Internet]. Universitas Sriwijaya; 2018. Available from: <http://repository.unsri.ac.id/2658/>
  17. Wiguna AS. Tinjauan Penyebab Unclaimed Berkas Pasien BPJS Pada Rawat Jalan. J Ilm Perekam dan Inf Kesehat IMELDA [Internet]. 2020;5(1):72–9. Available from: <http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI/article/view/336/346>
  18. Malonda TD, Rattu AJM, Soleman T. Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. J Ilmu Kesehat Masy UNSRAT [Internet]. 2015;5(5):436–47. Available from: <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jikmu/article/view/7852/7909>