



Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD Majenang

Raudya Tuzzahra^{1*}, Agya Osadawedya Hakim¹, Dion Romodon¹, Gunawan²

¹Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto

tuzzahraraudya123@gmail.com, agya.osada@gmail.com, dion.romodon@gmail.com

²Rumah Sakit Umum Daerah Majenang

gunawanhandoyorm@gmail.com

Keywords:

*Claim,
Return,
Inpatient Care,
Verification*

ABSTRACT

Issues related to BPJS Health insurance claims often pose challenges for healthcare facilities. The primary reasons for claim rejections typically involve administrative errors, such as incomplete documentation or incorrect diagnostic codes. This study aims to identify the factors contributing to the high rate of inpatient claim rejections at RSUD Majenang. Employing a qualitative approach with a case study design, this research analyzes data collected from in-depth interviews with hospital verification officers and coding officers. The findings reveal that inaccurate diagnostic coding and incomplete supporting documentation are the primary causes of claim rejections. Inaccurate diagnostic coding is attributed to several factors, including errors in diagnosis recording, discrepancies in perceptions between hospital verifiers and BPJS Health, and potential indications of diagnostic code misuse. Additionally, a lack of interdepartmental coordination and inadequate understanding of claim guidelines contribute to the problem. The findings of this study have significant implications for efforts to improve the quality of healthcare services and the efficiency of claim management in hospitals. To streamline BPJS Health claims, it is necessary to enhance the competency of staff, strengthen interdepartmental coordination, improve the quality of medical documentation, and conduct periodic evaluations of claim procedures.

Kata Kunci

*Klaim,
Pengembalian,
Rawat Inap,
Verifikasi*

ABSTRAK

Isu klaim BPJS Kesehatan seringkali menjadi kendala bagi fasilitas kesehatan. Penyebab utama pengembalian berkas klaim umumnya terkait dengan kesalahan administrasi, seperti dokumen tidak lengkap atau kode diagnosis yang salah. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan tingginya tingkat pengembalian berkas klaim rawat inap di RSUD Majenang. Menggunakan pendekatan kualitatif dengan studi kasus, penelitian ini menganalisis data yang diperoleh dari wawancara mendalam dengan petugas verifikasi rumah sakit dan petugas koding. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketidakakuratan kode diagnosis dan ketidaklengkapan dokumen pendukung menjadi penyebab utama pengembalian klaim. Ketidakakuratan kode diagnosis disebabkan oleh beberapa faktor, seperti kesalahan dalam pencatatan diagnosis, perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dan BPJS Kesehatan, serta adanya indikasi potensi penyalahgunaan kode diagnosis. Selain itu, kurangnya koordinasi antar bagian dan kurangnya pemahaman terhadap panduan klaim juga turut berkontribusi terhadap masalah ini. Temuan penelitian ini memiliki

implikasi yang signifikan bagi upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan efisiensi pengelolaan klaim di rumah sakit. Agar klaim BPJS dapat berjalan lancar, perlu ditingkatkan kompetensi petugas, koordinasi antar bagian, serta kualitas dokumentasi medis. Prosedur klaim juga harus dievaluasi secara berkala.

Korespondensi Penulis:

Raudya Tuzzahra,
Universitas Muhammadiyah Purwokerto,
Kampus Soepardjo Roestam Jl. Letjen Soepardjo
Roestam, Purwokerto
Telepon: +6283120611799
Email: tuzzahraraudya123@gmail.com

Submitted : 01-10-2024; Accepted : 14-12-2024;
Published : 15-12-2024

Copyright (c) 2024 The Author (s)
This article is distributed under a Creative Commons
Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA
4.0)

1. PENDAHULUAN

Isu klaim BPJS Kesehatan seringkali menjadi kendala bagi fasilitas kesehatan. Penyebab utama pengembalian berkas klaim umumnya terkait dengan kesalahan administrasi, seperti dokumen tidak lengkap atau kode diagnosis yang salah. Meskipun pelanggaran standar pelayanan dan ketidaksesuaian tarif juga menjadi faktor yang sering ditemui, seperti tindakan medis yang tidak sesuai indikasi atau tarif yang diajukan melebihi batas. Akibatnya, pembayaran klaim tertunda, beban administrasi meningkat, dan pasien merasa dirugikan. Untuk mengatasi masalah ini, fasilitas kesehatan perlu memperbaiki sistem administrasi, meningkatkan kualitas pelayanan, dan menjalin komunikasi yang baik dengan BPJS Kesehatan. Dengan demikian, proses klaim dapat berjalan lebih lancar dan efisien [1].

Pengajuan klaim BPJS Kesehatan merupakan suatu proses dimana rumah sakit menyerahkan biaya pengobatan pasien peserta BPJS Kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Proses klaim ini dilakukan secara bersama-sama dan setiap bulannya pihak rumah sakit mengirimkan tagihan ke BPJS Kesehatan. Verifikator Rumah Sakit bertugas menyiapkan dokumen klaim BPJS Kesehatan sebelum diserahkan kepada BPJS Kesehatan dengan tujuan untuk menerima penggantian biaya pengobatan sesuai tarif *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's). INACBG's adalah aplikasi yang memungkinkan orang miskin di Indonesia mengajukan klaim di rumah sakit, puskesmas, dan semua penyedia layanan kesehatan [2].

Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit seringkali menemui berbagai kendala yang berdampak pada efisiensi pelayanan dan kepuasan pasien. Kesalahan administrasi, perbedaan interpretasi aturan, dan keterlambatan pengajuan merupakan masalah umum yang dihadapi. Beban kerja yang tinggi, sistem informasi yang belum optimal, serta perubahan kebijakan BPJS Kesehatan yang cepat semakin memperumit situasi. Penggunaan teknologi informasi yang terintegrasi dan upaya untuk meningkatkan koordinasi antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan dapat menjadi solusi jangka panjang untuk mengatasi permasalahan ini. Dengan demikian, pembayaran klaim dapat dilakukan lebih cepat, kualitas pelayanan rumah sakit dapat ditingkatkan, dan pasien pun merasa lebih puas [3].

Rumah Sakit harus melewati beberapa tahapan dalam proses pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan, termasuk verifikasi umum, verifikasi kepesertaan, dan verifikasi pelayanan kesehatan [4]. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Nomor 7 Tahun 2018 menetapkan bahwa dokumen yang dikirim ke BPJS Kesehatan harus lengkap agar dapat diproses [5]. Jika berkas tidak lengkap selama proses verifikasi, klaim dapat ditunda atau bahkan tidak dapat diproses. Rumah sakit mengalami kerugian yang signifikan karena klaim yang tidak diproses dan tidak dicatat. Selama proses klaim BPJS Kesehatan, Unit Rekam Medis adalah bagian yang sangat penting dalam menghasilkan informasi untuk mendukung proses tersebut.

RSUD Majenang melakukan klaim sebanyak 2.689 berkas yang diajukan dari Bulan Juli hingga September 2023. Dari jumlah tersebut 371 diantaranya dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan. Peneliti mengambil sampel sebanyak 79 berkas menggunakan metode Slovin sebagai berikut.

Tabel 1. Pengembalian Klaim Rawat Inap RSUD Majenang Juli-September 2023

No	Kategori Pengembalian	Jumlah Berkas	Persentase
1	Ketidakkuratan Koding Diagnosis	44	55,7%
2	Tidak Lengkapnya Bukti Penunjang	35	44,3%
Total		79	100%

Berdasarkan Tabel 1, terungkap adanya permasalahan signifikan terkait akurasi dan kelengkapan pengkodean diagnosis. Sebanyak 44 berkas terpaksa dikembalikan akibat ketidakakuratan kode diagnosis. Ketidakakuratan dalam pengkodean ini tidak hanya berimplikasi pada kualitas data kesehatan yang dihasilkan, namun juga berpotensi memicu kesalahan dalam pengambilan keputusan klinis, perencanaan pengobatan, dan klaim pembayaran. Selain itu, 35 berkas lainnya ditemukan tidak dilengkapi dengan bukti penunjang yang memadai, seperti hasil pemeriksaan laboratorium atau radiologi. Kekurangan bukti ini menghambat proses verifikasi dan validasi kode diagnosis, sehingga meningkatkan risiko terjadinya kesalahan pengkodean. Kondisi ini menunjukkan adanya celah dalam proses pengkodean diagnosis yang perlu segera diatasi untuk meningkatkan kualitas data kesehatan dan efisiensi pelayanan.

Oleh karena itu, petugas verifikasi RSUD Majenang harus melengkapi dokumen sesuai ketentuan BPJS Kesehatan. Pengembalian berkas ini akan menyebabkan jumlah klaim yang diterima RSUD Majenang pada bulan tersebut berkurang. Selain itu, hal ini akan mengganggu arus kas rumah sakit, yang dapat berdampak negatif pada operasi harian rumah sakit. Arus kas yang terganggu menjadikan beban operasional rumah sakit meningkat. Apabila kondisi ini terus berlangsung rumah sakit akan terancam kolaps dan pelayanan terhenti. Sejalan dengan hasil penelitian Ningtyas et al., (2021), pengembalian berkas karena ketidakakuratan dan ketidaklengkapan data akan berdampak signifikan terhadap keuangan rumah sakit [6]. Penurunan jumlah klaim yang diterima pada bulan tersebut secara langsung mengurangi pendapatan rumah sakit. Lebih jauh lagi, gangguan arus kas yang diakibatkan oleh pengembalian berkas ini dapat menghambat berbagai aktivitas operasional rumah sakit. Keterlambatan pembayaran dari pihak asuransi atau pemberi layanan kesehatan lainnya akan meningkatkan beban operasional rumah sakit, seperti pembayaran gaji pegawai, pembelian obat-obatan, dan perawatan peralatan medis.

Selain dampak langsung pada *cash flow* rumah sakit, pengembalian berkas klaim juga berimplikasi signifikan pada berbagai aspek operasional, terutama pada unit rekam medis, seperti petugas rekam medis harus melakukan verifikasi ulang terhadap berkas yang dikembalikan, termasuk memeriksa ulang koding diagnosis, kelengkapan dokumen, dan kesesuaian dengan persyaratan BPJS Kesehatan. Koordinasi dengan berbagai pihak yaitu proses koreksi seringkali melibatkan koordinasi dengan dokter penanggung jawab pasien, bagian keuangan, dan pihak BPJS Kesehatan, dan petugas rekam medis berada di bawah tekanan untuk memastikan akurasi dan kelengkapan data, karena kesalahan dapat berdampak pada keuangan rumah sakit.

Pengembalian berkas klaim tidak hanya berdampak pada aspek administratif, tetapi juga dapat memengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit. Proses verifikasi ulang yang memakan waktu dapat menyebabkan keterlambatan dalam penyelesaian klaim, sehingga pasien atau pihak ketiga yang menanggung biaya perawatan harus menunggu lebih lama untuk mendapatkan reimbursement. Selain itu, jika petugas rekam medis terlalu terbebani dengan tugas verifikasi, hal ini dapat berdampak pada kualitas dokumentasi medis secara keseluruhan. Dokumentasi medis yang tidak lengkap atau tidak akurat dapat menimbulkan masalah hukum di kemudian hari dan menghambat upaya peningkatan kualitas pelayanan [7]. Berdasarkan permasalahan tersebut peneliti ingin melakukan penelitian tentang Penyebab pengembalian berkas klaim dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dilihat dari syarat pengajuan klaim di Rumah Sakit Majenang.

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan efisiensi, kualitas pelayanan, dan stabilitas keuangan RSUD Majenang melalui optimalisasi proses pengajuan klaim. Dengan memperbaiki proses klaim, rumah sakit dapat memaksimalkan pendapatan dari BPJS Kesehatan dan meningkatkan kepuasan pasien serta menstabilkan keuangan rumah sakit dengan memastikan pembayaran klaim berjalan lancar, dan rumah sakit dapat mengalokasikan sumber daya secara lebih efektif, misalnya dengan memperkuat pelatihan petugas rekam medis atau meningkatkan sistem informasi.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus untuk menggali secara mendalam faktor-faktor yang mempengaruhi pengembalian berkas klaim rawat inap di RSUD Majenang. Fokus penelitian ini adalah pada integritas berkas klaim, faktor manajemen kepesertaan, dan faktor pelayanan kesehatan yang terkait dengan proses verifikasi klaim. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan dua informan kunci, yaitu petugas verifikasi rumah sakit dan petugas koding, serta analisis dokumen klaim yang dikembalikan pada periode 20 November hingga 16 Desember 2023. Selain itu, dilakukan pula observasi terhadap proses verifikasi klaim untuk memperoleh pemahaman yang lebih komprehensif.

Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling dengan mempertimbangkan peran strategis kedua informan dalam proses klaim. Sampel dokumen klaim yang dianalisis sebanyak 79 berkas, dipilih menggunakan teknik Slovin untuk memastikan representativitas sampel. Data yang diperoleh kemudian dianalisis secara deskriptif dengan menggunakan teknik analisis tematik. Untuk meningkatkan validitas penelitian, dilakukan triangulasi data dari berbagai sumber dan *member check* dengan informan. Seluruh prosedur penelitian telah menjunjung tinggi prinsip-prinsip etika penelitian, termasuk memperoleh *informed consent* dari informan dan menjaga kerahasiaan identitas mereka.

3. HASIL DAN ANALISIS

Di RSUD Majenang, pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada pasien rawat inap dilakukan dalam beberapa tahap. Setiap pagi, petugas administrasi rawat inap membawa rekam medis ke ruang rekam, dicatat pada buku ekspedisi serah terima berkas, dan rekam medis dipisahkan dari berkas yang akan diajukan. Rekam medis yang tidak diajukan dikirim ke bagian assembling, dan rekam medis yang akan diajukan dikirim ke bagian billing untuk mencetak detail biaya perawatan. Setelah berkas dikirim secara online, berkas dikirim ke bagian scanner untuk discan, yang digunakan sebagai arsip rumah sakit dan juga dikirim ke BPJS Kesehatan. Setelah proses gruping selesai, berkas akan ditarik dalam bentuk file txt dan dikirim melalui aplikasi *v-claim* ke verifikator BPJS Kesehatan. Server aplikasi *v-claim* akan memverifikasi berkas terlebih dahulu.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap 79 berkas klaim rawat inap yang diambil menggunakan rumus Slovin dan dikembalikan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan tidak lolos verifikasi pelayanan sebanyak 79 berkas. Penyebab tidak lolos verifikasi pelayanan pada berkas klaim sebagai berikut.

1. Sebagian besar disebabkan karena ketidakakuratan koding diagnosis yang ditetapkan pada 44 berkas yang dikarenakan:

- 1) Ada situasi ketika satu file menyertakan dua kode diagnostik. Seperti pernyataan berikut.

“Kode sih kita sama dari dulu, Cuma prinsipnya kadang berbeda karena DPJP meminta diagnosa itu dikoding masing-masing, karena dari rumah sakit kan fokus ke DPJP nya tapi kalau regulasi kita dari RM, *casemix* itu sesuai dengan regulasi dari BPJS mengikuti...” (Informan 1)

“Ada sih... pastilah ada... kaya misalkan dari BPJS kan regulasinya dari dua kode diagnosis salah satu dikode atau digabung, tapi kan kalau pandangan DPJP kadang bertentangan, tapi dari kita sendiri kan sebisa mungkin menjelaskan ke DPJP sesuai regulasi BPJS.” (Informan 2)

- 2) Ketidakakuratan verifikator BPJS Kesehatan dan verifikator internal dalam mengkaji data pengajuan klaim. Seperti pernyataan berikut.

“Untuk kelengkapan kadang bisa berpengaruh dari SDM di rumah sakit sendiri, kurang ketelitian dari petugas, terutama verifikator internal saya sendiri mungkin kurang teliti dari situ juga.” (Informan 1)

“Biasanya dari BPJS nya itu kaya kurang teliti, misal kode diagnosa pneumoni menurut BPJS tidak dikoding, tetapi seharusnya dikoding karena gejala-gejalanya sudah sudah jelas.” (Informan 2)

- 3) Ada indikasi bahwa beberapa DPJP telah familiar dengan nilai finansial dari kode-kode yang digunakan dalam klaim. Seperti pernyataan berikut.

“Iya ada... mungkin beliau di tempat sebelumnya sudah punya pengalaman yang lebih dari DPJP lain tentang kode, karena sekarang kan era BPJS ini kan pasti berhubungan dengan kode diagnosa dan beliau juga sudah terbiasa dengan e-claim.” (Informan 2)

- 4) Perbedaan persepsi dalam hal keakuratan pengkodean antara verifikator BPJS Kesehatan dengan verifikator rumah sakit. Seperti pernyataan berikut.

“Kalo prinsip sih... kita sama, yang membedakan itu cuma dari ketepatan, jadi ketepatan kita pemberian koding, ketepatan DPJP memberi diagnosa, jadi kadangkala ada DPJP yang memberikan diagnosa tapi tanpa mendukung tindakan.” (Informan 1)

2. Disebabkan tidak lengkapnya bukti penunjang sebanyak 35 berkas

“Untuk kelengkapan kadang bisa berpengaruh dari SDM di rumah sakit sendiri, kurang ketelitian dari petugas, terutama verifikator internal saya sendiri mungkin kurang teliti dari situ juga.” (Informan 1)

“Dari penunjangnya misal hasil rontgen nih... kadang hasilnya belum keluar, jadi kita pas setor ke BPJS itu belum ketarik si hasil rontgen itu, atau misalkan hasil EKG sama belum dibacain jadi pas kesana itu belum ada penunjang gitu...” (Informan 2)

Faktor penyebab gagalnya verifikasi layanan adalah kode diagnostik yang tidak akurat dan bukti pendukung yang tidak lengkap [8]. Penentuan kode diagnosis yang berlaku di Indonesia menggunakan sistem klasifikasi penyakit ICD-10. Pengkodean diagnostik harus dilakukan dengan tepat (sesuai dengan aturan ICD-10), tepat waktu (sesuai dengan episode layanan), dan sesuai dengan proses produk akhir. Oleh karena itu, ketika seseorang mengkodekan diagnosis, mereka harus memperhatikan kaidah atau langkah pengkodean ICD-10. Ketidakakuratan kode diagnostik dan ketidaklengkapan bukti pendukung merupakan masalah utama yang menyebabkan gagalnya verifikasi layanan dalam klaim BPJS Kesehatan [9]. Dengan melakukan perbaikan pada sistem dokumentasi medis, meningkatkan kualitas pelatihan, dan memperkuat koordinasi dengan BPJS Kesehatan, permasalahan ini dapat diatasi sehingga proses klaim dapat berjalan lebih lancar dan efisien [10].

Temuan ini sejalan dengan penelitian Ayuningrum (2020) yang menunjukkan bahwa kesalahan dalam pengkodean medis dan kurangnya dokumentasi yang lengkap menjadi kendala utama dalam proses klaim di rumah sakit Mitra Sehat Situbondo [11]. Dengan melakukan perbaikan pada sistem dokumentasi medis, meningkatkan kualitas pelatihan, dan memperkuat koordinasi dengan BPJS Kesehatan. Sebagaimana disarankan oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (2021), permasalahan ini dapat diatasi sehingga proses klaim dapat berjalan lebih lancar dan efisien [12].

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pengembalian klaim BPJS Kesehatan rawat inap bulan Juli-September 2023 terhadap 79 berkas yang diambil menggunakan rumus Slovin dan tidak berhasil lolos verifikasi administrasi pelayanan, terlihat permasalahan terjadi pada ketidakakuratan koding diagnosis yaitu sebanyak 44 berkas dan tidak adanya alat bukti penunjang yaitu sebanyak 35 berkas. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor penghambat, yaitu ketidakakuratan koding diagnosis dan ketidaklengkapan bukti penunjang yang dijelaskan sebagai berikut.

Faktor Ketidakakuratan Koding Diagnosis

1. Ada situasi ketika satu file menyertakan dua kode diagnostik

Di RSUD Majenang salah satu tantangan yang sering ditemui dalam proses klaim BPJS Kesehatan adalah perbedaan pandangan mengenai pengkodean diagnosis, terutama ketika melibatkan penggabungan dua kode. Komunikasi yang baik dengan DPJP sangat penting untuk mencapai kesepakatan dan memastikan klaim dapat diproses sesuai dengan regulasi yang berlaku. Berikut adalah contoh satu file menyertakan dua kode diagnostik.

Tabel 2. Contoh Adanya Situasi Ketika Satu File Menyertakan Dua Kode Diagnosis

No SEP	Kode INA CBG's	Keterangan
1112RXXXXXXXXVXXXX10	K-4-12-II	Kode N20.0 with hidronefrosis menggunakan kode gabung N13.2
1112RXXXXXXXXVXXXX76	E-4-10-II	Koreksi kode dx DM dg Ulkus seharusnya menggunakan kode gabung E11.5, revisi kode E11.6 kode L97 tidak entri
1112RXXXXXXXXVXXXX63	J-4-15-III	Koreksi sesuai resume dx presumtif TBC paru dg broncopneumonia menggunakan kode gabung A16.2
1112RXXXXXXXXVXXXX62	J-4-16-III	Kode I50.0 dg J81 memiliki kode gabung I50.1, koding dx heart failure melampirkan hasil echocardiografi
1112RXXXXXXXXVXXXX45	N-4-10-II	Koding ckd dg chf menggunakan kode gabung I13.0

Contoh Kode N20.0 *with hidronefrosis* menggunakan kode gabung N13.2, dikarenakan kode N20.0 menunjukkan adanya batu di saluran kemih tanpa pembengkakan ginjal. Sedangkan kode N13.2

mengindikasikan pembengkakan ginjal akibat sumbatan batu. Dalam beberapa kasus, kedua kode ini digunakan bersamaan untuk memberikan gambaran yang lebih detail tentang kondisi pasien, memenuhi persyaratan pencatatan medis, dan mengakomodasi perbedaan interpretasi antara DPJP dan koder.

Studi yang dilakukan Indawati (2019) menemukan bahwa hasil verifikasi BPJS Kesehatan sering tidak sesuai dengan pengodean yang dilakukan koder [13]. Meskipun dokter dan koder sepakat dengan diagnosis, perubahan kode sering terjadi dalam proses verifikasi klaim. Ini disebabkan oleh kesalahan pembacaan diagnosis dan perbedaan interpretasi terhadap panduan INA-CBG's. Untuk mengatasi masalah ini, diperlukan koordinasi yang lebih baik antara verifikator rumah sakit dan BPJS Kesehatan, serta peningkatan pemahaman terhadap panduan INA-CBG's.

2. Ketidakkuratan verifikator BPJS Kesehatan dan verifikator internal dalam mengkaji data pengajuan klaim

Di RSUD Majenang, ketidakkuratan data dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor, mulai dari kurangnya pemahaman petugas terhadap pedoman BPJS Kesehatan yang sering berubah, hingga beban kerja yang tinggi yang berdampak pada ketelitian petugas verifikasi internal rumah sakit dan petugas verifikasi BPJS Kesehatan serta motivasi kerja. Salah satu Contohnya, kasus pneumonia seringkali terlewatkan dalam pengkodean, meskipun gejala pasien sangat jelas serta ada indikasi bahwa beberapa DPJP telah familiar dengan nilai finansial dari kode-kode yang digunakan dalam klaim. Selain itu, faktor manusia seperti kelelahan juga turut berkontribusi pada masalah ini. Semua faktor tersebut saling terkait dan berpotensi menyebabkan ketidakkuratan dalam pengkodean diagnosis pasien. Berikut adalah contoh ketidakkuratan verifikator BPJS Kesehatan dan verifikator internal.

Tabel 3. Contoh Ketidakkuratan Verifikator BPJS Kesehatan dan Verifikator Internal

No SEP	Kode INA-CBG's	Keterangan
1112RXXXXXXXXVXXXX65	J-4-16-II	Koding pneumonia dg PPOK seharusnya cukup di kode J44.0
1112RXXXXXXXXVXXXX19	J-4-16-II	Jika terdapat PPOK (J44.8-J44.9) dengan Pneumonia (J12-J18) maka cukup dikode J44.0
1112RXXXXXXXXVXXXX49	N-4-10-III	Entran tidak sesuai resume medis, sesuai resume medis tdk ada dx Pneumonia dan Udema pulmo kode J81 & j18.9 tdk entr
1112RXXXXXXXXVXXXX24	E-4-10-III	Jika terdapat PPOK (J44.8-J44.9) dengan Pneumonia (J12- J18) maka dikode J44.0
1112RXXXXXXXXVXXXX00	D-4-13-III	Sesuai resume medis DPJP tidak ada dx pneumonia kode J18.9 tdk entri

Contoh koding pneumonia dengan PPOK seharusnya cukup di kode J44.0, dikarenakan kode J44.0 pada *International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification* (ICD-10CM) merujuk pada "*Pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*". Kode ini secara spesifik menggabungkan diagnosis pneumonia dengan kondisi dasar PPOK. Dengan demikian, penggunaan kode ini sudah cukup untuk menggambarkan kondisi pasien secara komprehensif.

Studi dari Agiwahyunto et al. (2022) dikatakan bahwa koder kurang teliti dan tidak melakukan pengecekan kembali setelah pemberian kode sehingga besar kemungkinan kode yang ditulis salah [14]. Pengisian dokumen rekam medis secara lengkap sangat penting karena informasi pasien akan berkurang jika berkas tidak lengkap. Akibatnya, pelayanan yang diberikan untuk proses pengobatan dan penyembuhan di bawah standar. Tenaga Rekam Medis yang memberikan kode diagnosis berperan penting dalam keakuratan kode diagnosis yang ditetapkan.

3. Ada indikasi bahwa beberapa DPJP telah familiar dengan nilai finansial dari kode-kode yang digunakan dalam klaim

Di RSUD Majenang, kemungkinan besar dokter tersebut memiliki pengalaman yang lebih dalam mengelola kode diagnosis dibandingkan dengan DPJP lainnya dari pengalaman kerja sebelumnya, terutama dalam lingkungan yang sudah terbiasa dengan sistem e-claim seperti BPJS Kesehatan, membuatnya sangat mahir dalam hal ini. Keahlian ini memungkinkan ia memiliki pemahaman yang lebih mendalam tentang hubungan antara kode diagnosis dengan nilai finansial yang terkait, sehingga ada indikasi bahwa ia telah familiar dengan nilai finansial dari kode-kode yang digunakan dalam klaim.

Studi dari Artanto (2018) tentang penyebab keterlambatan klaim di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo menemukan bahwa beberapa DPJP memiliki kode yang biasanya digunakan untuk pasien tertentu karena nilainya jelas dan dia melakukan pertanyaan berdasarkan kasus manajer untuk melengkapi kode diagnosis apa pun yang mereka inginkan, meskipun diagnosis penyakitnya kadang-kadang berbeda [15]. Ini menyebabkan verifikasi gagal karena verifikator BPJS Kesehatan berhak menilai kode sesuai diagnosis dan tindakan DPJP. Dalam kasus seperti ini, unit asuransi harus bekerja sama dengan DPJP untuk melakukan pengodean ulang agar klaim dapat dibayarkan.

Penelitian yang dilakukan oleh Loren et al (2020) mengenai faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis diabetes melitus di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya menyatakan data dan informasi INA-CBG's akan dipengaruhi oleh ketidakakuratan kode diagnosis [16]. Jika pembuat kode melakukan kesalahan dalam menentukan kode diagnosis, maka besaran dana klaim akan berbeda dan proses pembayaran asuransi akan tertunda karena kelengkapan diagnosis dan gejala pasien tidak konsisten atau lengkap dan memerlukan perbaikan, yang memakan waktu yang lama. Hal ini akan berdampak pada bagaimana dokumen riwayat kesehatan diurus selanjutnya. Studi yang dilakukan Ariyanti & Gifari (2019) mengenai Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap disebutkan bahwa sangat penting untuk mengkodekan diagnosis yang benar tentang tindakan yang dilakukan pada pasien karena memfasilitasi penyampaian informasi, terutama tentang menentukan biaya pengobatan bagi pasien [17].

4. Perbedaan persepsi dalam hal keakuratan pengkodean antara verifikator BPJS Kesehatan dengan verifikator rumah sakit

Di RSUD Majenang Secara prinsip serta tujuan semua sama, yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik bagi pasien. Namun, dalam praktiknya, terdapat perbedaan yang signifikan dalam penerapan prinsip tersebut. Salah satu perbedaan yang mencolok adalah tingkat ketepatan dalam memberikan kode diagnosis. Jika petugas medis tidak cermat dalam memberikan kode, maka klaim yang diajukan bisa ditolak. Selain itu, perbedaan juga terlihat pada tingkat ketepatan dokter dalam memberikan diagnosis. Kadangkala, ada dokter yang memberikan diagnosis tanpa didukung oleh tindakan medis yang relevan, sehingga menimbulkan pertanyaan mengenai validitas diagnosis tersebut. Perbedaan persepsi dalam hal keakuratan pengkodean antara verifikator BPJS Kesehatan dengan verifikator rumah sakit semakin memperumit masalah ini. Hal ini seringkali menyebabkan perbedaan interpretasi terhadap kode diagnosis yang digunakan, sehingga berdampak pada proses klaim dan kualitas data kesehatan.

Menurut hasil wawancara diketahui bahwa untuk memperbaiki ketidakakuratan diagnosis dalam pengembalian berkas klaim, pihak rumah sakit akan berdiskusi dan berkoordinasi kembali dengan dokter *casemix* yang akan mentransfernya ke DPJP untuk dilakukan peninjauan kembali diagnosis tersebut untuk mempertahankan kode klaim yang telah diajukan. Seperti pernyataan berikut.

“Sekarang sudah dibantu oleh dokter *casemix*, jadi lebih mudah mengkomunikasikannya dengan DPJP untuk penghubung antara RM dengan DPJP.” (Informan 1)

“Kalo perbaikan kan kalo disinimah biasanya sebagian besar sudah dihandle dokter *casemix* kecuali khusus kode kan dokter *casemix* kurang paham tapi kalo misalkan kita perlu didiskusikan sama dokter pasti lewat dokter *casemix* ke DPJP.” (Informan 2)

Berikut adalah contoh perbedaan persepsi dalam hal keakuratan pengkodean antara verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan verifikator rumah sakit.

Tabel 4. Contoh Perbedaan Persepsi dalam Hal Keakuratan Pengkodean Antara Verifikator BPJS Kesehatan

No SEP	Kode INA-CBG's	Keterangan
1112RXXXXXXXXVXXXX76	G-4-15-III	Koreksi sesuai berkas klaim ada riwayat stroke Menggunakan kode I69.4
1112RXXXXXXXXVXXXX99	L-1-40-I	Koreksi sesuai laporan ada PA, jika pengambilan jaringan dilakukan hanya untuk biopsi, maka kode yang tepat adalah Biopsy of skin subcutaneous tissue (86.11)
1112RXXXXXXXXVXXXX27	A-4-12-I	Koreksi sesuai resume medis dx utama Typoid fever kode A01.0, demam jika merupakan bagian tanda dan gejala dari suatu penyakit; maka tidak dapat dikoding terpisah

No SEP	Kode INA-CBG's	Keterangan
1112RXXXXXXXXVXXXX04	N-1-12-III	Koreksi sesuai berkas yang diajukan seharusnya CKD on HD menjadi dx utama, kode I12.0 menjadi Kondisi utama
1112RXXXXXXXXVXXXX52	O-6-12-II	Koreksi sesuai resume medis dx utama pre eklamsia menggunakan kode O14.0, kesalahan koding pre eklamsia Berat kode O14.1 revisi

Contoh perbedaan persepsi dalam hal keakuratan pengkodean antara verifikator BPJS Kesehatan yaitu koreksi sesuai resume medis dx utama pre eklamsia menggunakan kode O14.0, kesalahan koding pre eklamsia Berat kode O14.1 revisi. Verifikator rumah sakit mungkin berpendapat bahwa kondisi pasien sesuai dengan kriteria pre-eklamsia berat (O14.1) berdasarkan gejala klinis, hasil laboratorium, atau komplikasi yang muncul. Sedangkan verifikator BPJS Kesehatan mungkin lebih berhati-hati dalam memberikan kode berat dan lebih cenderung memilih kode yang lebih ringan (O14.0) jika tidak ada bukti yang sangat kuat mendukung diagnosis pre-eklamsia berat. Adanya perbedaan waktu dalam pembaruan berita acara kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit dapat menyebabkan kesenjangan dalam pemahaman terhadap pedoman terbaru.

Sesuai dengan hasil penelitian Fitriyanti (2022) perbedaan waktu dalam pembaruan berita acara kesepakatan dapat menyebabkan ketidaksinkronan antara sistem informasi BPJS Kesehatan dan sistem informasi rumah sakit, sehingga berimplikasi pada perbedaan interpretasi terhadap pedoman pengkodean terbaru [18]. Sejalan dengan penelitian Anggi et al., (2024) penyamaan persepsi antara BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan (fasyankes) sangat penting [19]. Adanya aturan berita acara yang jelas dan terstruktur dari BPJS Kesehatan ke fasyankes dapat menjadi instrumen kunci untuk mencapai keselarasan dalam interpretasi pedoman, sehingga meminimalkan perbedaan persepsi dalam pengkodean dan klaim. Sedangkan temuan dari Ni'maturrochmah et al., (2024), berita acara berperan penting dalam menjaga kualitas data klaim [20]. Dengan adanya kesepakatan yang jelas dalam berita acara, kedua belah pihak dapat memastikan bahwa data yang dilaporkan akurat dan konsisten, sehingga mendukung analisis data yang lebih baik untuk pengambilan keputusan.

Faktor Ketidaklengkapan Bukti Penunjang

Pengesahan medis adalah bukti yang digunakan saat seorang dokter meninjau layanan diagnostik dan terapeutik mereka. Berdasarkan Permenkes Nomor 52 Tahun 2016 tentang Peraturan Tarif Pelayanan Kesehatan Bagi Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan, fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dapat mengajukan klaim ke petugas pemeriksa BPJS kesehatan. Paket INA-CBG's digunakan untuk membayar biaya rawat inap lanjutan [21]. Berikut adalah contoh data untuk ketidaklengkapan bukti penunjang.

Tabel 5. Contoh Data untuk Ketidaklengkapan Bukti Penunjang

No SEP	Kode INA-CBG's	Keterangan
1112RXXXXXXXX43	I-4-10-III	Koreksi kode cardiogenik syok R57.0 tdk entri tdk ada penunjang echokardiografi dg penurunan Ejection Fraction (EF < 50%)
1112RXXXXXXXX53	B-4-13-II	Tidak ada lampiran bukti penunjang mendapatkan pelayanan transfusi darah/bukti transfusi darah
1112RXXXXXXXX55	L-4-10-III	Koreksi sesuai berkas klaim tidak ada bukti klinik perdarahan, revisi kode A91 menjadi A90
1112RXXXXXXXX04	D-4-13-III	Tidak ada lampiran penunjang hasil radiologi pneumonia kode J18.9 tdk perlu entri
1112RXXXXXXXX06	K-4-17-II	Tidak ada lampiran penunjang hasil echo, kode I50.0 tdk perlu entri

Hasil analisis dokumentasi terhadap 79 berkas yang gagal melewati verifikasi administrasi pelayanan menunjukkan bahwa ada masalah tambahan dimana 35 berkas tidak memiliki lembar atau laporan bukti pelayanan yang lengkap. Berdasarkan wawancara, kondisi tersebut disebabkan oleh belum lengkapnya data pendukung diagnosis yang ditegaskan, karena belum tersedianya hasil pendukung pada saat pengajuan klaim. Namun berkas klaim tetap harus diserahkan untuk menghindari penolakan klaim karena batas waktu penyerahan berkas klaim. Seperti pernyataan berikut.

“Untuk kelengkapan kadang bisa berpengaruh dari SDM di rumah sakit sendiri, kurang ketelitian dari petugas, terutama verifikator internal saya sendiri mungkin kurang teliti dari situ juga.” (Informan 1)

“Dari penunjangnya misal hasil rontgen nih... kadang hasilnya belum keluar, jadi kita pas setor ke BPJS itu belum ketarik si hasil rontgen itu, atau misalkan hasil EKG sama belum dibacain jadi pas kesana itu belum ada penunjang gitu...” (Informan 2)

Hal ini diperkuat dengan penelitian Nurhayati (2021) yang menyatakan bahwa proses pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik akan tertunda karena tidak lengkapnya hasil pendukung ringkasan keluarannya pasien rawat inap untuk menegakkan diagnosis [22]. Sementara itu, ketidaklengkapan data dalam menggunakan hasil penunjang diagnostik, terutama untuk pasien BPJS Kesehatan, akan berdampak pada pengendalian anggaran dalam pelayanan pasien, sehingga dapat menyebabkan dugaan kecurangan. Pihak rumah sakit harus segera melengkapi dokumen pendukung yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan.

Sedangkan menurut penelitian Aminah et al (2021), penyebab pengembalian berkas klaim pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) pada layanan rawat jalan tingkat lanjut (RJTL) di Rumah Sakit Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo tahun 2019 karena adanya ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan pada berkas klaim diantaranya terdiri dari salah entri tarif kelas rumah sakit, tidak adanya laporan penunjang dan kunjungan berulang [23]. Sejalan dengan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim 2014, rekam medis akan dikembalikan ke rumah sakit untuk finalisasi jika terdapat ketidaksesuaian antara keutuhan dan keabsahan rekam medis. Petunjuk teknis verifikasi deklarasi BPJS Kesehatan tahun 2014 menyatakan bahwa petugas harus memastikan bahwa data yang dimasukkan ke INA-CBG's sesuai dengan berkas pendukung yang ada. Tidak ada verifikasi ganda yang dilakukan [24].

Berdasarkan hasil wawancara, kekurangan bukti pendukung pengembalian berkas klaim diperbaiki dengan melampirkan hasil laporan pendukung. Seperti pernyataan berikut.

“Dari penunjangnya misal hasil rontgen nih... kadang hasilnya belum keluar, jadi kita pas setor ke BPJS itu belum ketarik si hasil rontgen itu, atau misalkan hasil EKG sama belum dibacain jadi pas kesana itu belum ada penunjang gitu... nanti pas pengembalian kita lengkapin lagi karena hasil penunjangnya sudah ada” (Informan 2)

Menurut pernyataan Hatta (2016) dalam penelitian Oktamianiza (2022), keutuhan informasi medis tentang riwayat kesehatan pasien dari awal pengobatan hingga akhir, termasuk informasi tentang pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lainnya, adalah komponen penting yang harus diperhatikan oleh petugas rekam medis dalam menjaga kualitas dokumen rekam medis [25]. Penelitian Megawati & Pratiwi (2016) menyatakan bahwa laporan pendukung adalah laporan yang mengandung catatan penting tentang hasil pemeriksaan atau pengobatan tambahan atau penunjang yang diminta oleh dokter untuk mendukung diagnosis. Karena dokter menggunakan rekam medis yang lengkap, seperti pemeriksaan penunjang, untuk mendukung diagnosis, dan bagi pembuat kode, adanya bukti pendukung dapat membuat kode diagnosis yang sesuai [26].

Menurut penelitian Ariyanti & Gifari (2019) mengenai analisis persetujuan klaim BPJS kesehatan pasien rawat inap menunjukkan bahwa data pasien merupakan bagian yang paling penting dari proses klaim BPJS kesehatan. Tingkat keakuratan jaminan finansial BPJS Kesehatan bergantung pada integritas rekam medis pasien. Untuk memastikan bahwa anggaran yang diberikan sudah tepat dan sesuai dengan spesifikasi layanan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan, petugas Bagian Klaim BPJS Kesehatan harus memverifikasi integritas informasi pasien. Dalam hal ini, rekam medis harus sesuai dengan pengobatan dan intervensi pasien, termasuk pemeriksaan penunjang [17].

4. KESIMPULAN

Penelitian ini berhasil mengidentifikasi beberapa faktor utama yang menyebabkan pengembalian berkas klaim rawat inap di RSUD Majenang. Ketidakakuratan kode diagnosis dan ketidaklengkapan dokumen pendukung menjadi penyebab utama. Faktor-faktor lain seperti perbedaan persepsi antara verifikator, kurangnya koordinasi antar bagian, dan kurangnya pemahaman terhadap panduan klaim juga turut berkontribusi. Untuk mengatasi masalah pengembalian berkas klaim, disarankan untuk meningkatkan kompetensi petugas melalui pelatihan berkelanjutan, memperkuat koordinasi antar bagian terkait, melakukan evaluasi periodik terhadap prosedur klaim, dan meningkatkan kualitas dokumentasi medis.

Dengan demikian, diharapkan dapat mengurangi jumlah pengembalian klaim dan meningkatkan kepuasan pasien.

REFERENSI

- [1] Hasrillah, Y. Cikusin, and Hayat, "Implementasi Pelayanan Kesehatan Masyarakat Melalui Program BPJS Kesehatan," *JAMI J. Ahli Muda Indones.*, vol. 2, no. 2, pp. 121–136, Dec. 2021, doi: 10.46510/jami.v2i2.64.
- [2] L. Indawati, D. R. Dewi, A. E. Pramono, and Y. Maryati, *Manajemen Informasi Kesehatan V: Sistem Klaim dan Asuransi Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018.
- [3] M. A. Majid, M. H. Rahman, Rustam, and R. Purnamasari, "Prediksi Kode International Classification of Diseases (ICD) untuk Klaim Biaya BPJS Menggunakan Pendekatan Machine Learning," *JSI J. Sist. Inf.*, vol. 16, no. 2, pp. 370–377, 2024, doi: <https://doi.org/10.18495/jsi.v16i2.169>.
- [4] BPJS Kesehatan, *Panduan Praktis: Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan, 2014.
- [5] BPJS Kesehatan, *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan, 2018.
- [6] R. Ningtyas, S. H. Kriswanto, and C. T. Setiawan, "Literature Review: Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Ketidakterlengkapan Berkas Rekam Medis," Politeknik Yakpermas Banyumas, 2023.
- [7] M. K. M. Wirajaya and V. F. C. Rettobjaan, "Faktor yang Mempengaruhi Keterlambatan Pengembalian Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit: Kajian Literatur," *J. Kesehat. Vokasional*, vol. 6, no. 3, pp. 147–158, Aug. 2021, doi: 10.22146/jkesvo.66282.
- [8] A. Sander, L. Indawati, L. Widjaja, and N. A. Rumana, "Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021," *Sehat Rakyat J. Kesehat. Masy.*, vol. 1, no. 4, pp. 387–398, Nov. 2022, doi: 10.54259/sehatriakyat.v1i4.1180.
- [9] L. Sahir and R. A. Wijayanti, "Faktor Penyebab Pending Claim Ranap JKN dengan Fishbone Diagram Di RSUP Dr Kariadi," *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 10, no. 2, pp. 182–190, Oct. 2022, doi: 10.33560/jmiki.v10i2.480.
- [10] W. M. Putra, "Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan Tahun 2014," Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta, 2014.
- [11] T. A. Ayuningrum, R. A. Wijayanti, A. Deharja, and M. W. Santi, "Pendekatan Sistem Dalam Pengelolaan Rekam Medis di Rumah Sakit Mitra Sehat Situbondo," *J-REMI J. Rekam Med. dan Inf. Kesehat.*, vol. 1, no. 4, pp. 400–411, Oct. 2020, doi: 10.25047/j-remi.v1i4.2199.
- [12] Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, *Laporan Akuntabilitas Kinerja Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2021*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021.
- [13] L. Indawati, "Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016," *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 7, no. 2, pp. 105–113, Oct. 2019, doi: 10.33560/jmiki.v7i2.230.
- [14] F. Agiwahyunto, S. Setyana, J. Prasetya, and S. Anjani, "Tinjauan Penyebab Pengembalian Klaim Rawat Jalan Kasus Radioterapi di RSUD Tugurejo Semarang Periode Mei-Desember Tahun 2019," *J. Kesehat. Vokasional*, vol. 7, no. 2, pp. 119–128, May 2022, doi: 10.22146/jkesvo.72216.
- [15] A. Artanto, "Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016," *J. Adm. Rumah Sakit Indones.*, vol. 4, no. 2, pp. 122–134, Jun. 2018, doi: 10.7454/arsi.v4i2.2564.
- [16] E. R. Loren, R. A. Wijayanti, and N. Nikmatun, "Analisis Faktor Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosis Penyakit Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya," *J-REMI J. Rekam Med. dan Inf. Kesehat.*, vol. 1, no. 3, pp. 129–140, Aug. 2020, doi: 10.25047/j-remi.v1i3.1974.
- [17] M. T. Gifari and F. Ariyanti, "Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap," *J. Ilmu Kesehat. Masy.*, vol. 8, no. 4, pp. 156–166, 2019.
- [18] D. Fitriyanti, "Perlindungan Hukum Data Pasien Pada Aplikasi Satusihat Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis," Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta, 2024.
- [19] M. A. N. Fauzi and S. Wahab, "Tinjauan Kodefikasi Rawat Jalan Guna Menunjang Efektivitas Klaim BPJS Kesehatan Di RS Muhammadiyah," *PREPOTIF J. Kesehat. Masy.*, vol. 8, no. 2, pp. 4255–4261, 2024, doi: <https://doi.org/10.31004/prepotif.v8i2.33182>.
- [20] R. Ni'maturrochmah, "Analisis SWOT Keakuratan Kode Diagnosis Pada Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang," Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2024.
- [21] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016.
- [22] E. Nurhayati, "Upaya Perbaikan Kelengkapan Pengisian Hasil Penunjang Pada Ringkasan Pulang Pasien

- Rawat Inap Untuk Mencegah Pengembalian Klaim BPJS Di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik,” *J-REMI J. Rekam Med. dan Inf. Kesehat.*, vol. 3, no. 1, pp. 84–95, Dec. 2021, doi: 10.25047/j-remi.v3i1.2475.
- [23] S. Aminah, S. K. Parinduri, and E. Dwimawati, “Analisis Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Pada Layanan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) Di Rumah Sakit Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo Tahun 2019,” *Promot. J. Mhs. Kesehat. Masy.*, vol. 4, no. 5, pp. 447–457, Oct. 2021, doi: 10.32832/pro.v4i5.5657.
- [24] BPJS Kesehatan, *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. Jakarta: BPJS Kesehatan, 2014.
- [25] Oktamianiza, YulfaYulia, K. A. Putri, Rahmadhani, and Aditiya, “Faktor Penyebab Pending Klaim Pada Pasien Rawat Inap Di RSUD dr. Rasidin Padang Tahun 2022,” *J. Kesehat. Lentera ‘Aisyiyah*, vol. 5, no. 2, pp. 635–638, 2022.
- [26] L. Megawati and R. D. Pratiwi, “Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta,” *J. Kesehat. Vokasional*, vol. 1, no. 1, pp. 36–43, Oct. 2016, doi: 10.22146/jkesvo.27476.