



Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Triwulan 1 Tahun 2024 di RSI Sultan Agung Semarang

Julia Nur Rizki^{1*}, Arum Astika Sari¹, Yektiningtyastuti¹, Ani Suprihatin²

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

juliakbm123@gmail.com, arumastika.md@gmail.com, yektiningtyastuti@ump.ac.id

²Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
enislover403@gmail.com

Keywords:

Health Insurance,
Claim,
Pending Claims,
Inpatient Care

ABSTRACT

The process of submitting BPJS Kesehatan reimbursement claims in hospitals often encounters issues related to administration, regulatory discrepancies, and delays, affecting patient services and satisfaction. This study aimed to analyze the factors causing the return of BPJS inpatient claims during the first quarter of 2024 and strategies to reduce claim disputes. Utilizing a descriptive research design, the study examined 282 claim files returned by BPJS Kesehatan to Sultan Agung Islamic Hospital Semarang in the first quarter of 2024. The predominant reasons for claim returns were medical aspects (242 cases), coding issues (25 cases), and administrative factors (15 cases). Coding issues included inaccurate diagnosis codes due to files containing dual diagnoses and errors by BPJS Kesehatan verifiers in reviewing submission data. Medical and administrative returns were primarily due to incomplete supporting documents, as some results were not available at the time of submission, leading to their exclusion. Submissions were still made to avoid rejection due to predetermined deadlines. Improving the claims process is essential to stabilize hospital finances and enhance service quality.

Kata Kunci

Asuransi Kesehatan,
Klaim,
Pending Klaim,
Rawat Inap

ABSTRAK

Proses pengajuan penggantian biaya BPJS Kesehatan di rumah sakit sering bermasalah karena administrasi, perbedaan aturan, dan keterlambatan. Hal ini mempengaruhi pelayanan dan kepuasan pasien. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis faktor penyebab pengembalian klaim BPJS dari pasien rawat inap pada kuartal pertama tahun 2024 dan bagaimana mengurangi terjadinya sengketa klaim. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Berkas pengaduan yang dikembalikan BPJS Kesehatan ke RSI Sultan Agung Semarang pada triwulan I tahun 2024 sebanyak 282 berkas. Alasan pengembalian aduan BPJS ke RSI Sultan Agung Semarang didominasi aspek koding sebanyak 25 kasus, aspek medis 242 kasus, dan aspek administratif 15 kasus. Karena aspek pengkodean, yakni: ketidakakuratan kode diagnosis disebabkan adanya berkas yang memuat dua kode diagnosis, ketidakakuratan verifikator BPJS Kesehatan dalam memeriksa data pengajuan permohonan. Alasan aspek medis dan administratif disebabkan karena dokumen pendukung tidak lengkap, karena hasil pendukung belum disampaikan sampai dengan pengajuan permohonan, sehingga tidak dapat disertakan. Namun, tetap diajukan untuk menghindari penolakan permohonan karena batas waktu yang telah ditentukan. Perbaikan proses klaim sangat penting untuk menstabilkan keuangan rumah sakit dan

meningkatkan kualitas pelayanan.

Korespondensi Penulis:

Julia Nur Rizki,
Universitas Muhammadiyah Purwokerto,
Kampus Soepardjo Roestam Jl. Letjen Soepardjo
Roestam, Purwokerto
Telepon: +6288216756502
Email: juliakbm123@gmail.com

**Submitted : 22-01-2025; Accepted : 24-03-2025;
Published : 30-03-2025**

Copyright (c) 2025 The Author (s)

*This article is distributed under a Creative Commons
Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA
4.0)*

1. PENDAHULUAN

Sejak 1 Januari 2014, pemerintahan Indonesia telah menginisiasi dan mengimplementasikan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini bertujuan untuk memberikan akses layanan kesehatan yang merata bagi seluruh masyarakat Indonesia. Pelaksanaan JKN dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) [1]. Rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan akan mengajukan klaim, selanjutnya pihak BPJS Kesehatan akan menyatakan klaim layak dan membayarkan klaim tersebut kepada pihak rumah sakit dengan sejumlah nominal yang disepakati melalui BAHV (Berita Acara Hasil Verifikasi) [2]. Namun, pengajuan klaim BPJS seringkali menjadi sumber tantangan bagi banyak rumah sakit [3].

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, klaim merupakan pengajuan pembayaran pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan oleh penyelenggara pelayanan kesehatan [4]. Permintaan ini dapat diajukan oleh rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan lain yang telah berkolaborasi dengan BPJS Kesehatan. Rumah sakit mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan sebagai bentuk permintaan pembayaran atas layanan medis yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, dan apoteker kepada peserta BPJS, baik itu pasien rawat darurat, rawat jalan maupun rawat inap. Klaim dilakukan melalui proses administratif, dimana petugas klaim rumah sakit mengumpulkan bukti utama dan bukti pendukung terkait penyakit atau prosedur yang telah diterima oleh pasien kemudian melakukan pengecekan kesesuaian dengan ketentuan PKS (Perjanjian Kerja Sama) untuk menentukan besaran manfaat yang akan dibayarkan [5].

Oleh sebab itu, kelengkapan dokumen yang menjadi syarat pengajuan permohonan klaim BPJS adalah hal yang sangat penting untuk menjamin keberhasilan proses pengembalian biaya layanan. Proses verifikasi klaim yang kompleks dan ketat dapat menyebabkan keterlambatan pembayaran, kesalahan administrasi, bahkan penolakan klaim yang berdampak negatif pada arus kas rumah sakit. Saat ini, banyak sekali tantangan saat pengajuan klaim yang memberikan dampak cukup signifikan terhadap keuangan rumah sakit, khususnya terkait arus kas (*cashflow*) karena proses tersebut mengakibatkan tertundanya penerimaan pendapatan yang seharusnya segera diterima oleh rumah sakit [6].

Program JKN dengan sistem asuransi mengacu pada biaya kelompok berbasis kasus yang selanjutnya disebut INA CBG's (*Indonesian Case Based Group*), dimana pembayaran bertujuan untuk mengatur pembiayaan dan penyedia layanan kesehatan berdasarkan pada kelompok penyakit atau kasus yang serupa. Pada metode pembayaran INA-CBGs, rincian tagihan pelayanan kesehatan tidak lagi menjadi dasar perhitungan klaim. Sebaliknya, klaim hanya didasarkan pada diagnosis penyakit pasien yang keluar dan kode DRG (*Diagnostic Related Group*). Besaran penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah melalui kesepakatan antara penyedia layanan kesehatan dengan pihak asuransi maupun melalui regulasi pemerintah. Selain itu, perkiraan durasi perawatan pasien (*length of stay*) juga telah ditentukan berdasarkan jenis penyakitnya. Dalam mengajukan klaim BPJS, rumah sakit wajib menggunakan resume medis dengan diagnosis dan prosedur yang mengacu pada ICD-10 atau ICD-9-CM [7].

Mekanisme pengajuan persyaratan 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 guna meningkatkan koordinasi antara rumah sakit dengan BPJS 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.

Rumah sakit harus melalui beberapa tahapan dalam proses pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan. Tahap awal dalam proses pengajuan klaim yaitu perlunya menyiapkan berkas klaim oleh fasilitas kesehatan. Berkas kemudian melalui beberapa tahap verifikasi, baik secara internal maupun oleh pihak BPJS Kesehatan, yang meliputi verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan kesehatan, verifikasi pelayanan kesehatan, dan verifikasi menggunakan *software* INA-CBG's [8]. Berdasarkan hasil verifikasi, klaim akan dikategorikan menjadi tiga status klaim, yaitu: klaim layak, klaim tidak layak/pending, dan status klaim *dispute* yang terinci dalam Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV). Klaim yang dinyatakan layak akan disetujui dan dibayarkan, sedangkan klaim yang tidak memenuhi persyaratan akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi.

Peraturan BPJS No. 7 Tahun 2018 menetapkan bahwa dokumen yang dikirim ke BPJS Kesehatan harus lengkap agar dapat diproses [9]. Klaim dapat ditunda atau bahkan tidak dapat diproses sepanjang proses verifikasi jika berkas klaim ditemukan ketidaklengkapan. Rumah sakit mengalami kerugian yang signifikan karena klaim yang tidak diproses dan tidak dicatat. Keterlambatan pengembalian berkas rekam medis menyebabkan rendahnya kualitas layanan rumah sakit [10]. Berdasarkan hasil dari studi pendahuluan yang dilakukan di RSI Sultan Agung Semarang terdapat pengembalian berkas klaim BPJS pada pelayanan rawat inap periode Januari hingga Maret tahun 2024.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Pending Klaim Pasien Rawat Inap Tahun 2024

No	Bulan	Jumlah
1.	Januari	94
2.	Februari	95
3.	Maret	93
Total		282

Pengajuan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit seringkali terhambat oleh pengembalian berkas klaim, khususnya pada pelayanan rawat inap. Masalah utama terletak pada ketidaklengkapan dokumen pendukung dan ketidaksesuaian kode diagnosis yang diajukan oleh rumah sakit dengan verifikasi BPJS Kesehatan. Perbedaan interpretasi aturan, keterlambatan pengajuan, beban kerja yang tinggi, serta sistem informasi kesehatan yang belum optimal menambah kondisi ini. Akibatnya, rumah sakit mengalami kerugian finansial akibat penundaan pembayaran serta terhambatnya pelaporan morbiditas dan mortalitas. Hal ini sesuai dengan penelitian Suryani *et al.* (2023) yang menyebutkan dampak lain dari pengembalian berkas rekam medis yaitu terhambatnya pelaporan morbiditas dan mortalitas [11].

Oleh karena itu, perbaikan dalam proses pengajuan klaim sangat diperlukan untuk menjamin kelancaran operasional dan stabilitas keuangan rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap di RSI Sultan Agung Semarang. Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan efisiensi operasional, mutu pelayanan, dan stabilitas keuangan RSI Sultan Agung Semarang melalui optimalisasi proses pengajuan klaim. Dengan memperbaiki prosedur klaim, rumah sakit dapat memaksimalkan penerimaan pendapatan BPJS Kesehatan, meningkatkan kepuasan pasien, serta menstabilkan kondisi keuangan rumah sakit dengan memastikan kelancaran pembayaran klaim.

2. METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif. Penelitian deskriptif bertujuan untuk menguraikan fenomena yang ada tanpa melakukan manipulasi terhadap variabel yang diteliti [12]. Pengumpulan data dilakukan melalui analisis dokumen klaim yang dikembalikan pada periode pada 2 Desember sampai 28 Desember 2024. Selain itu, dilakukan juga observasi terhadap proses klaim untuk memperoleh hasil penelitian yang lebih komprehensif.

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu *purposive sampling*. Kriteria yang digunakan adalah berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan ke RSI Sultan Agung Semarang. Populasi pada penelitian ini yaitu total seluruh klaim BPJS pada bulan Januari hingga Maret 2024 sebanyak 5.861 berkas klaim, yang kemudian dihitung menggunakan rumus slovin untuk menentukan sampel penelitian. Sampel yang digunakan untuk dianalisis sebanyak 282 berkas klaim pending. Seluruh prosedur penelitian telah menjunjung tinggi prinsip-prinsip etika penelitian.

3. HASIL DAN ANALISIS

Sejak penerapan sistem pembayaran prospektif dengan model *casemix* berbasis *Diagnosis Related Groups* (DRG) di berbagai negara, ketepatan kode data klinis menjadi faktor utama dalam pembiayaan rumah sakit. Penggantian biaya pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit sangat bergantung pada ketepatan kode data klinis yang diolah menjadi kode DRG, yang kemudian menentukan tarif pelayanan yang akan diganti [13]. Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional menjadi acuan utama dalam memahami proses pengajuan dan pembayaran klaim BPJS Kesehatan [9]. RSI Sultan Agung Semarang secara berkala mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal tiga setiap bulannya. Jika ditemukan kekurangan pada berkas permohonan yang diajukan, BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas tersebut kepada rumah sakit agar dilengkapi dan diajukan kembali.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pending klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap pada bulan Januari sampai Maret Tahun 2024, ditemukan tiga kategori status berkas klaim yang berbeda setelah berkas tersebut diterima oleh unit *casemix*, yaitu:

1. Status klaim layak

Berkas klaim telah melalui proses validasi sistem DIVA (*Digital Validation*) dan dinyatakan memenuhi persyaratan, sehingga berhak atas pembayaran.

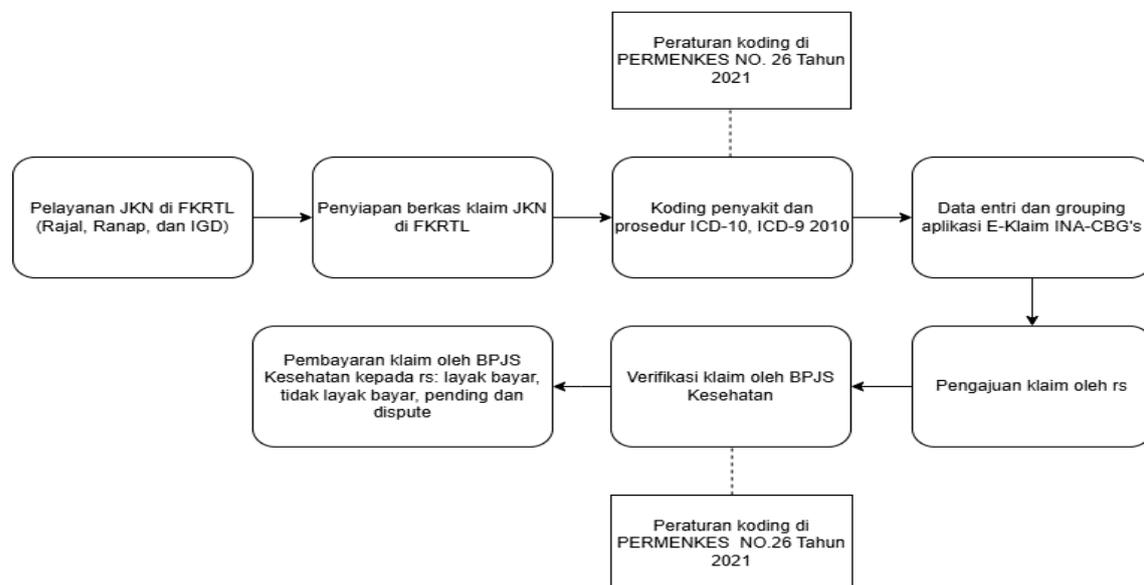
2. Status klaim tidak layak atau pending

Klaim dinyatakan belum layak untuk diproses karena terdapat kekurangan atau ketidaksesuaian pada berkas yang diajukan.

3. Status klaim dispute

Terdapat perbedaan pendapat antara fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan terkait klaim tersebut. Sehingga memerlukan penyelesaian lebih lanjut melalui mekanisme yang sudah ditetapkan.

Proses pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan bertujuan untuk memperoleh penggantian pembiayaan dari pihak BPJS. Berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang telah ditetapkan adapun alur prosedur pengajuan klaim rawat inap, sebagai berikut.



Gambar 1. Alur Klaim Pembiayaan BPJS Kesehatan di FKRTL

Prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap di RSI Sultan Agung Semarang adalah sebagai berikut:

1. Pengembalian rekam medis pasien ke unit rekam medis paling lambat 1x24 jam setelah pasien pulang;
2. Rekam medis dari petugas assembling setelah selesai pengecekan kelengkapan dokumen kemudian diserahkan kepada dokter verifikasi internal untuk dilakukan analisis kuantitatif rekam medis;
3. Rekam medis selesai diverifikasi internal diserahkan kepada petugas koding untuk dilakukan pengkodean penyakit dan tindakan medis sesuai dengan standar ICD-10 dan ICD-9 CM;

4. Selesai dilakukan pengkodean, petugas koding memverifikasi berkas klaim dan syarat pemeriksaan penunjang yang harus disertakan dalam klaim;
5. Petugas koding melakukan verifikasi dan entri koding pada sistem *brigding* RS dengan sistem INA-CBG's, kemudian cetak hasil entri;
6. Berkas klaim diserahkan ke petugas keuangan dengan menggunakan ekspedisi untuk proses entri jaminan tarif INA-CBG's, kemudian tutup transaksi atau pembayaran dan rekam medis diserahkan ke unit rekam medis menggunakan ekspedisi;
7. Dari petugas keuangan, berkas klaim diserahkan ke petugas *casemix* untuk dilakukan scan;
8. Berkas klaim diubah dalam bentuk file pdf;
9. File pdf dikirim online atau melalui flashdisk ke kantor BPJS Kesehatan disertai dengan surat pengajuan klaim;
10. Untuk file TXT dari INA-CBG's dikirim melalui aplikasi DIVA oleh petugas *casemix*.

Pending klaim RSI Sultan Agung Semarang telah melewati proses verifikator oleh petugas BPJS Kesehatan pada proses pengajuan klaim. Pending klaim terjadi apabila berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit belum lengkap. Berikut adalah data status klaim rawat inap di RSI Sultan Agung Semarang pada triwulan pertama tahun 2024, yaitu pada bulan Januari, Februari dan Maret.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Data Klaim Pasien Rawat Inap Tahun 2024

No.	Bulan	Jumlah Klaim	Layak Klaim	Pending
1.	Januari	1.977	1.883	94
2.	Februari	1.979	1.884	95
3.	Maret	1.905	1.812	93
Jumlah		5.861	5.579	282
Persentase (%)		-	95,19%	4,81%

Berdasarkan data pada tabel 2 di atas, tercatat pada bulan Januari terdapat pengajuan berkas klaim 1.977, pada bulan Februari terdapat 1.979 pengajuan berkas klaim, dan pada bulan Maret terdapat 1.905 berkas klaim yang diajukan kepada BPJS. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSI Sultan Agung Semarang, ditemukan bahwa terdapat pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap pada bulan Januari hingga Maret 2024. Analisis mendalam menunjukkan tiga faktor utama penyebab pengembalian klaim, yaitu aspek koding, aspek medis, dan aspek administratif. Kriteria penyebab pengembalian klaim ini merupakan indikator yang digunakan BPJS untuk mengevaluasi dan memberikan *feedback* ke rumah sakit. Adapun tabel data kriteria pengembalian berkas klaim sebagai berikut.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Faktor Penyebab Pending Triwulan 1 Tahun 2024

No	Aspek	Januari	Februari	Maret	Persentase (%)
1.	Koding	9	8	8	8,87%
2.	Medis	82	87	73	85,82%
3.	Administratif	3	0	12	5,32%
Total		94	95	93	-
Persentase (%)		95,24%	95,20%	95,12%	-

Dari tabel 3 di atas, jumlah kasus perbaikan atau pending rawat inap bulan pelayanan Januari 2024 sebanyak 94 kasus, dengan rincian perbaikan kasus medis (untuk dokter) sebanyak 82 kasus, perbaikan kasus koding (untuk koder) sebanyak 9 kasus, dan perbaikan kasus administratif (untuk *casemix*) sebanyak 3 kasus. Jumlah kasus perbaikan atau pending rawat inap bulan pelayanan Februari 2024 sebanyak 95 kasus, dengan rincian perbaikan kasus medis (untuk dokter) sebanyak 87 kasus, perbaikan kasus koding (untuk koder) sebanyak 8 kasus, dan perbaikan kasus administratif (untuk *casemix*) sebanyak 0 kasus. Hasil analisis jumlah kasus perbaikan atau pending rawat inap bulan pelayanan Maret 2024 sebanyak 93 kasus, dengan rincian perbaikan kasus medis (untuk dokter) sebanyak 73 kasus, perbaikan kasus koding (untuk koder) sebanyak 8 kasus, dan perbaikan kasus administratif (untuk *casemix*) sebanyak 12 kasus.

Pada pelayanan bulan Januari 2024, RSI Sultan Agung Semarang menerima pengembalian dokumen klaim dari pihak BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh berbagai kasus pending klaim. Kasus tersebut meliputi permasalahan koding, medis, dan administratif yang diringkas sebagai berikut.

Tabel 4. Contoh Kasus Pending Rawat Inap Bulan Januari 2024

Kriteria Pending	Contoh Kasus	Jumlah per Kriteria
Koding	<ol style="list-style-type: none"> Konfirmasi Kode <i>Agranulositosis</i> (D70) pada pasien kanker yaitu harusnya <i>leukosit</i> dibawah 3000 dan harus dituliskan diluar diagnosis kanker, karena ini mempengaruhi pada pemberian <i>GCSF</i> setelah kemoterapi sampai <i>leukosit</i> lebih besar atau sama dengan 4000. Konfirmasi kecelakaan kerja sesuai kronologi? Konfirmasi hasil pemeriksaan laboratorium cairan pleura jika 1. Jika <i>efusi pleura</i> menunjukkan keganasan yang dikonfirmasi secara medis, gunakan kode C78.2. Jika tidak ada riwayat <i>primary cancer</i>, tetapi tumor ganas terdeteksi dalam cairan <i>pleura</i>, maka kode diagnosis nya C38. 	9
Medis	<ol style="list-style-type: none"> Konfirmasi Kode <i>Respiratory Failure</i> harus sesuai standar tatalaksana PPK Potensi readmisi Konfirmasi jenis anestesi yang dilakukan? indikasi inap prosedur 12.91 Konfirmasi terkait CAG standby PCI. Pemasangan PCI terpisah dg CAG (riwayat CAG 13/11/23) Apakah ada HT? Cek kode kombinasi Konfirmasi tindakan pain berulang tiap bulan. Target tindakan? Konfirmasi hasil echo I50.0 Konfirmasi kejang demam sebagai DU. Konfirmasi kode <i>Bacterial Infection</i>. Kode ini digunakan jika sumber infeksi tidak dapat ditentukan pada akhir episode perawatan. Aff DJ stent dijamin rawat jalan Konfirmasikan kode <i>Bacterial Infection</i>. Kode ini digunakan jika sumber infeksi tidak dapat ditentukan pada akhir episode perawatan. Konfirmasi penunjang DHF sesuai PNPk Konfirmasi Kode Syok hypovolemik (R57.1) dapat dikode sekunder bila ada manifestasi klinis dan tata laksana loading cairan (BA Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim Ina-CBGs Tahun 2018, B. Apek Medis, No. 8). Konfirmasi loading cairan per KgBB sesuai PPK? Konfirmasi terkait pemeriksaan penunjang (CT-Scan) untuk <i>Stroke</i> selama periode rawat inap Berdasarkan BA Kesepakatan, konfirmasi terkait hasil pemeriksaan penunjang (Lab) untuk N17.9 selama rawat inap Rawat inap LOS 2, Konfirmasi indikasi medis rawat inap. Kondisi pasien sudah diketahui sejak awal masuk dapat langsung dirujuk Konfirmasi Penagihan kondisi anemia tanpa pemberian transfuse Konfirmasi tindakan 45.23 dijamin rawat jalan Konfirmasi reseleksi DU J90 Konfirmasi Gagal Ginjal Akut sesuai BA kesepakatan (2) Konfirmasi terkait pemeriksaan penunjang (CT-Scan) untuk <i>Stroke</i> selama periode rawat inap. Mohon lampirkan hasil ct scan, keterangan kapan ct scan dilakukan Konfirmasi Raber Sp.JP 	83
Administratif	<ol style="list-style-type: none"> Rawat Peristi -- Perawatan Non kelas -- dijamin kelas 3 	3

Dari tabel 4 di atas terdapat contoh kasus pending yang sudah dikelompokkan sesuai kriteria dan jenis kasusnya, diantaranya yaitu: (1) kriteria pending koding dengan jumlah 9 kasus dengan jenis kasusnya yaitu konfirmasi kode diagnosis terkait kondisi medis pasien, konfirmasi kecelakaan kerja berdasarkan kronologi, dan konfirmasi hasil pemeriksaan laboratorium; (2) kriteria pending medis dengan jumlah 83 kasus dengan jenis kasusnya yaitu konfirmasi kode diagnosis dan tindakan medis sesuai standar pelayanan, konfirmasi indikasi medis rawat inap, konfirmasi hasil pemeriksaan penunjang, konfirmasi potensi readmisi, dan konfirmasi prosedur tindakan; (3) kriteria pending administratif dengan jumlah 3 kasus dengan jenis kasusnya yaitu konfirmasi status rawat inap pasien terkait kelas perawatan.

Pada pelayanan bulan Februari 2024, RSI Sultan Agung Semarang menerima pengembalian dokumen klaim dari pihak BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh berbagai kasus pending klaim. Kasus tersebut meliputi permasalahan koding dan medis yang diringkas sebagai berikut.

Tabel 5. Contoh Kasus Pending Rawat Inap Bulan Februari 2024

Kriteria Pending	Contoh Kasus	Jumlah per Kriteria
Koding	1. Mohon konfirmasi kode persalinan dengan penyulit, reseleksi O80.9 -> O83.9 2. Mohon Konfirmasi kode DU <i>Prolonged Pregnancy</i> jika usia kehamilan 42 minggu atau lebih, 38 minggu tertera pada formulir diagnosis, persalinan dengan komplikasi, kode ulang O80.0 -> O83.9 3. Konfirmasi kesesuaian kode prosedur <i>Open</i> menggunakan kode 51.22	8
Medis	1. Mohon konfirmasi indikasi rawat inap Los 2 hari 2. Mohon konfirmasi apakah ada HT? Cek kode kombinasi 3. Mohon konfirmasi penegakkan DU. Jam masuk & jam meninggal pasien, lembar surat kematian tidak terbaca, pasien mendapatkan perawatan di IGD, ditagihkan rawat jalan? 4. Konfirmasi terkait CAG standby PCI. Pemasangan PCI terpisah dengan CAG (riwayat CAG 09/01/24 sep 1101R0060124V004435) 5. Mohon Konfirmasi tindakan pain berulang tiap bulan. Target tindakan? 6. Mohon konfirmasi nilai <i>leukosit urine</i> brp / LPB? Hasil <i>kultur urine</i> dbn, penegakkan ISK belum sesuai BA kesepakatan, drop N39.0 7. Mohon konfirmasi aff djstent dijamin rawat jalan 8. Mohon Konfirmasi penunjang DHF sesuai PNPk 9. Mohon konfirmasi potensi readmisi 10. Mohon konfirmasi jenis anestesi yang dilakukan? indikasi inap prosedur 12.91 11. Mohon konfirmasi penggunaan ventilator? Jam masuk dan jam meninggal pasien? 12. Mohon konfirmasi penegakkan & tatalaksana R56.8 (<i>Other and unspecified convulsions</i>)?	87
Administratif	-	0

Dari tabel 5 di atas, terdapat kasus pending yang memerlukan konfirmasi lebih lanjut sesuai terkait dengan bagian koding dan bagian medis. Pada bagian koding, terdapat 8 kasus yang memerlukan konfirmasi terkait ketepatan kode diagnosis dan prosedur tindakan, terutama pada kasus persalinan dengan komplikasi dan prosedur bedah. Sementara itu, pada bagian medis terdapat 87 kasus yang memerlukan konfirmasi terkait indikasi medis rawat inap, diagnosis utama, pemeriksaan penunjang, tindakan medis, dan potensi readmisi. Konfirmasi ini diperlukan untuk memastikan ketepatan kode diagnosis dan tindakan, serta kepatuhan terhadap standar pelayanan medis yang berlaku.

Pada pelayanan bulan Maret 2024, RSI Sultan Agung Semarang menerima pengembalian dokumen klaim dari pihak BPJS Kesehatan yang disebabkan oleh berbagai kasus pending klaim. Kasus tersebut meliputi permasalahan koding, medis, dan administratif yang diringkaskan sebagai berikut.

Tabel 6. Contoh Kasus Pending Rawat Inap Bulan Maret 2024

Kriteria Pending	Contoh Kasus	Jumlah per Kriteria
Koding	1. Konfirmasi kode <i>Bacterial Infection</i> . Kode ini digunakan jika sumber infeksi tidak dapat ditentukan sampai akhir episode perawatan. 2. Konfirmasi kode <i>Bacterial Infection</i> . Kode ini digunakan jika sumber infeksi tidak dapat ditentukan sampai akhir episode perawatan. 3. Konfirmasi terkait <i>stunting</i> (E45) dengan obat program ataupun <i>skrining</i> , tidak menjadi penjaminan dari program JKN. 4. Kode <i>Syok hypovolemik</i> (R57.1) dapat dikode sekunder bila ada <i>manifestasi</i> klinis dan tata laksana loading cairan, mohon Konfirmasi loading cairan per Kg BB sesuai PPK? 5. Konfirmasi kode diagnosis <i>Malnutrisi</i> pada kanker seharusnya dikode C809.	8
Medis	6. Konfirmasi kode prosedur Angkat PEN seharusnya dikode 786. 1. Mohon Konfirmasi penunjang DHF sesuai PNPk 2. Mohon konfirmasi tindakan CAG terpisah dg tindakan PCI. Sp.PD KKV apakah mempunyai kompetensi intervensi PCI? Kompetensi tidak menjadi indikasi pemecahan pelayanan CAG dan PCI 3. Mohon konfirmasi tindakan tidak langsung dilanjutkan PCI tetapi direncanakan	73

	kan dilakukan pada episode lain	
	4. Konfirmasi penyebab spesifik demam berdasarkan pemeriksaan klinis dan prosedur.	
	5. Mohon konfirmasi aff <i>djstent</i> dijamin rawat jalan	
	6. Mohon Konfirmasi penunjang DHF sesuai PNPK	
	7. Konfirmasi indikasi rawat inap, LOS 2 hari	
	8. Konfirmasi penegakan dan tata laksana brpn sebagai diagnosis sekunder sesuai dengan PNPK	
	9. Konfirmasi kode <i>Respiratory distress</i> pada Bayi Baru Lahir (P22.0) yang seharusnya menjadi kondisi utama karena membutuhkan lebih banyak sumber daya.	
	10. Konfirmasi tindakan pain berulang tiap bulan. Target tindakan?	
	11. Konfirmasi mengenai pemeriksaan penunjang untuk A41.9 selama rawat inap. Kode diagnosis <i>sepsis</i> tanpa kultur darah bakteri seharusnya R65.	
	12. Mohon konfirmasi penggunaan <i>ventilator</i> ? Jam masuk dan jam meninggal pasien?	
	13. Mohon konfirmasi indikasi ranap <i>colonoscopy</i>	
Administratif	1. Konfirmasi terkait CAG standby PCI. Pemasangan PCI terpisah dg CAG (riwayat CAG 17/01/24 1101R0060124V009099)	12
	2. Mohon konfirmasi terkait hasil pemeriksaan penunjang (<i>echokardiografi</i>) untuk heart failure.	
	3. Mohon konfirmasi terkait hasil pemeriksaan penunjang (<i>echokardiografi</i>) untuk <i>heart failure</i> .	
	4. Konfirmasi apakah jaminan JR? konfirmasi sisa plafon	

Tabel 6 menunjukkan bahwa terdapat kasus pending yang memerlukan konfirmasi lebih lanjut dari bagian koding, medis, dan administratif. Pada bagian koding, terdapat 8 kasus yang memerlukan konfirmasi terkait ketepatan kode diagnosis dan prosedur tindakan, termasuk penggunaan kode infeksi bakteri, malnutrisi pada kanker, dan prosedur bedah. Pada bagian medis, terdapat 73 kasus yang memerlukan konfirmasi terkait diagnosis utama, pemeriksaan penunjang tindakan medis, penggunaan ventilator, dan indikasi rawat inap. Sementara itu, pada bagian administratif, terdapat 12 kasus yang memerlukan konfirmasi terkait prosedur tindakan, hasil pemeriksaan penunjang, dan status jaminan pasien.

Total kasus pending klaim pada pelayanan rawat inap di RSI Sultan Agung Semarang setiap bulannya tidaklah sama jumlahnya. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSI Sultan Agung Semarang, ketidaktepatan kode diagnosis menjadi salah satu penyebab pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap. Faktor yang mempengaruhi ketidaktepatan kode diagnosis, antara lain: (1) perbedaan pemahaman antara rumah sakit dengan verifikator BPJS mengenai koding penyakit dan tindakan; (2) kurangnya data pendukung sebagai penegakkan diagnosis; (3) tulisan diagnosis dan tindakan dokter/DPJP yang kurang jelas terbaca; (4) dan penggunaan singkatan diagnosis dan tindakan yang masih belum dipatuhi secara maksimal di RSI Sultan Agung Semarang.

Rekam Medis Elektronik (RME) di RSI Sultan Agung Semarang sendiri masih belum sempurna, dikarenakan dalam tahap peralihan dari manual ke elektronik. Sehingga, untuk formulir rekam medis masih terdapat beberapa formulir yang diisi secara manual. Untuk resume medis dan laporan operasi yang menjadi syarat klaim juga masih menggunakan formulir manual. Oleh karena itu, peningkatan komunikasi antar bagian dan penerapan sistem pengelolaan berkas yang lebih terstruktur berbasis elektronik menjadi solusi utama dalam mengatasi kendala tersebut guna mempercepat proses klaim BPJS dan meningkatkan efisiensi pelayanan rumah sakit [3].

Akurasi kode diagnosis adalah penentuan kode diagnosis yang sesuai dengan ICD-10 sebagai sistem klasifikasi penyakit yang digunakan di Indonesia. Pengkodean diagnosis harus dilakukan dengan akurat (sesuai dengan aturan ICD-10) dan tepat waktu (sesuai dengan episode layanan). Oleh karena itu, untuk pengkodean diagnosis perlu memperhatikan aturan atau langkah-langkah pengkodean ICD-10. Hasil penelitian Hapsari *et al* (2024) menunjukkan bahwa ketepatan kode diagnosis dipengaruhi oleh kerjasama penulisan dan kelengkapan diagnosis. Diagnosis yang akurat akan menghasilkan data kode yang tepat. Jika terjadi kesalahan pengkodean akan mempengaruhi klaim biaya pelayanan kesehatan [14]. Ketepatan pengkodean dan tindakan berdampak pada hasil grouper di aplikasi INA – CBG's. Dalam Permenkes No. 26 Tahun 2021 menyebutkan bahwa koding sangat penting dalam sistem pembiayaan

prospektif yang akan menentukan besaran biaya yang dibayarkan ke FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan). Aturan dan pedoman coding yang digunakan pada aplikasi INA – CBG's adalah aturan coding morbiditas. Adanya komunikasi yang baik dan efektif akan menunjang ketepatan pengkodean diagnosis sehingga mengurangi ketidaktepatan pengkodean baik itu upcoding ataupun undercoding [15].

Untuk memperbaiki ketidaktepatan diagnosis pada pengembalian berkas klaim, rumah sakit akan berdiskusi dan berkoordinasi kembali dengan kepala tim *casemix* yang akan menyampaikan kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dalam melakukan perbaikan kode diagnosis untuk mempertahankan klaim yang telah diserahkan. Hasil penelitian Loren *et al* (2020) menunjukkan bahwa ketidaktepatan kode diagnosis disebabkan oleh ketidakakuratan kode diagnosis. Jika koder melakukan kesalahan dalam menentukan kode diagnosis, maka jumlah pembiayaan klaim akan terpengaruh dan proses pembayaran asuransi akan terhambat. Kesalahan ini sering terjadi akibat pengisian gejala-gejala dan diagnosis pasien yang kurang tepat dan tidak lengkap, sehingga perlu dilakukan perbaikan.

Proses perbaikan tersebut memerlukan waktu yang cukup lama, yang pada gilirannya dapat memperlambat proses klaim asuransi. Hal ini tentunya akan berdampak pada pengelolaan rekam medis di kemudian hari [16]. Pengkodean diagnosis yang akurat terhadap tindakan yang diberikan kepada pasien sangat krusial [17]. Hal ini tidak hanya mendukung pelayanan yang lebih baik, tetapi juga berpengaruh pada penentuan biaya pengobatan yang harus dibayar oleh pasien. Proses pengkodean ini dilakukan oleh koder sesuai dengan standar ICD 10. Selain itu, hasil penelitian Hapsari *et al* (2024) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara ketepatan pengkodean diagnosis penyakit dan persetujuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan [14].

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengembalian klaim BPJS berdasarkan adanya perbaikan medis. Pengembalian klaim dari BPJS yang diberikan kepada rumah sakit mengenai perbaikan untuk medis yaitu perlunya konfirmasi indikasi rawat inap *length of stay* (LOS) 2 hari, perlunya konfirmasi kode *respiratory failure* harus sesuai standar tatalaksana Panduan Praktik Klinis (PPK), dan perlunya Konfirmasi penunjang *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF) sesuai Pedoman Nasional Penanganan Kasus (PNPK). Berkas klaim yang dikembalikan akibat konfirmasi rawat inap akan mendapatkan klarifikasi dari koder bersama dokter. Hal ini dilakukan untuk memastikan keakuratan penulisan indikasi rawat inap. Jika konfirmasi indikasi rawat inap dikembalikan, biasanya disebabkan oleh kriteria indikasi kegawatdaruratan yang diajukan oleh dokter yang belum memenuhi persyaratan yang diharapkan [18].

Selain itu juga disebabkan karena tidak terdapat tata laksana yang mendukung penetapan kode diagnosis tersebut, serta kurangnya penilaian yang mendalam dari Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), sehingga berakibat pada pengembalian berkas klaim dari BPJS ke RSI Sultan Agung Semarang. Penggunaan pengkodean yang tepat oleh DPJP, terutama untuk pasien tertentu, dapat meningkatkan akurasi diagnosis serta pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan. Namun, kurangnya kesesuaian antara kode yang diajukan dengan diagnosis dan tindakan yang dilakukan dapat menyebabkan gagal verifikasi, karena verifikator BPJS Kesehatan memiliki hak untuk menilai kesesuaian tersebut. Situasi ini memaksa unit penjaminan untuk berkoordinasi dengan DPJP guna melakukan pengkodean ulang, sehingga klaim dapat disetujui dan dibayarkan.

Penyebab lain ketidaklolosan klaim yaitu tidak adanya lembar atau laporan bukti pendukung. Tidak adanya data pendukung untuk diagnosis yang dibuat dikarenakan hasil penunjang belum keluar sampai pengajuan klaim sehingga tidak bisa dicantumkan tetapi tetap diajukan agar menghindari penolakan klaim akibat batas waktu pengajuan berkas klaim. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Nurhayati (2021) yang menyatakan bahwa ketidaklengkapan hasil pemeriksaan penunjang dalam ringkasan pulang pasien rawat inap dapat menghambat proses pengajuan klaim BPJS [19]. Selain itu, kekurangan dalam hasil penunjang diagnosis, terutama untuk pasien BPJS, dapat berdampak pada pengendalian biaya pelayanan kesehatan. Hal ini berpotensi menimbulkan kecurigaan terhadap adanya tindakan fraud.

Ketidaklengkapan hasil pendukung terjadi akibat keterlambatan petugas dalam menyerahkan hasil pemeriksaan penunjang [20]. Hal ini diperkuat oleh penelitian Soliha *et al* (2022) yang menunjukkan bahwa penyusunan laporan penunjang oleh petugas di bagian terkait harus dilakukan sesuai dengan permintaan dokter yang merawat pasien. Hasil penunjang medis yang tepat dan lengkap sangat penting sebagai data pendukung dalam proses penentuan diagnosis yang digunakan sebagai dasar untuk menentukan biaya yang harus dibayarkan. Keterlambatan dalam penyelesaian hasil pemeriksaan penunjang medis menjadi penyebab utama ketidaklengkapan tersebut [21].

Berdasarkan hasil penelitian, ditemukan beberapa penyebab pada aspek administratif, yaitu konfirmasi terkait *Coronary Angiography (CAG) standby Percutaneous Coronary Intervention (PCI)*. Pemasangan PCI terpisah dengan CAG (riwayat CAG 17/01/24 No. SEP XXX1R0060124V00XXXX), konfirmasi terkait hasil pemeriksaan penunjang (*echocardiography*) untuk *heart failure*, dan rawat peristi dengan perawatan non kelas dijamin kelas 3. Konfirmasi diagnosis atau tindakan di RSI Sultan Agung Semarang umumnya dilakukan melalui *echocardiography* dengan diagnosis pasien gagal jantung. Masa berlaku hasil *echocardiography* ini maksimal satu tahun. Jika sudah melebihi satu tahun, pasien diwajibkan untuk melakukan pemeriksaan ulang dan disarankan untuk menjalani *echocardiography* baru guna pengajuan klaim obat yang baru. Selain itu, prosedur lain seperti *CT-Scan* dan endoskopi juga termasuk dalam pemeriksaan yang diperlukan [22].

Kurangnya sosialisasi kebijakan, perbedaan interpretasi, serta kendala teknis dalam sistem pencatatan dan pembayaran menjadi hambatan utama. Selain itu, kapasitas fasilitas kesehatan yang terbatas dalam menyediakan layanan kelas 3 juga turut memperumit masalah [23]. Perbaikan ketidaklengkapan bukti penunjang pada pengembalian berkas klaim dapat dilakukan dengan cara melampirkan kembali laporan penunjang yang sudah keluar hasilnya. Laporan penunjang adalah dokumen yang mencakup catatan penting mengenai hasil pemeriksaan atau pengobatan penunjang yang dilakukan berdasarkan permintaan dokter untuk tujuan diagnosis. Ketidaklengkapan dalam laporan penunjang dapat berdampak pada jumlah biaya yang harus ditanggung sehingga diperlukan rekam medis yang lengkap, termasuk hasil pemeriksaan penunjang. Hal tersebut sangat berperan dalam mendukung diagnosis yang diberikan oleh dokter. Selain itu, bagi petugas koding, adanya bukti penunjang juga sangat membantu dalam menentukan kode diagnosis yang akurat [24]. Hal penting yang harus diperhatikan oleh perekam medis agar mutu dokumen rekam medis tetap terjaga adalah kelengkapan informasi medis mengenai riwayat kesehatan pasien sejak awal perawatan sampai dengan akhir keluar dari rumah sakit, yang meliputi pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang lainnya [25].

Hasil penelitian Ariyanti dan Gifari (2019) mengungkapkan bahwa dokumen pasien merupakan salah satu faktor kunci dalam proses pengajuan klaim. Kelengkapan berkas pasien berpengaruh langsung terhadap akurasi jaminan pembiayaan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, petugas klaim BPJS Kesehatan diharuskan untuk memeriksa kelengkapan informasi yang diajukan agar bantuan pembiayaan dapat dialokasikan secara tepat dan sesuai dengan spesifikasi perawatan yang ditanggung. Oleh karena itu, rekam medis harus mencerminkan tindakan pengobatan serta intervensi yang diterima pasien, termasuk hasil pemeriksaan penunjang. Hal ini sangat penting karena dapat mempengaruhi fluktuasi tarif klaim BPJS. Hasil penelitian Pratama *et al* (2023) mengungkapkan bahwasanya rumah sakit perlu membangun saluran komunikasi yang efektif antar bagian yang terkait, melakukan evaluasi dan perbaikan berkelanjutan terhadap kinerja setiap bagian yang terlibat dalam proses klaim, juga memastikan seluruh proses klaim dilaksanakan sesuai dengan regulasi yang berlaku [26].

4. KESIMPULAN

Penelitian ini mengidentifikasi beberapa faktor yang menyebabkan pengembalian berkas klaim rawat inap di RSI Sultan Agung Semarang. Faktor utama yang ditemukan adalah ketidakakuratan kode diagnosis dan ketidaklengkapan dokumen pendukung. Selain itu, faktor lain yang berkontribusi meliputi perbedaan persepsi di antara verifikator, kurangnya koordinasi antar bagian, serta pemahaman yang belum optimal terhadap panduan klaim. Oleh karena itu, perlu dilakukan koordinasi yang lebih baik dengan verifikator BPJS Kesehatan. Selain itu, penting bagi petugas koding, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), dan verifikator rumah sakit untuk terus mempelajari buku panduan klaim INA-CBG yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan. Dengan demikian, diharapkan dapat mengurangi perbedaan persepsi terkait koding diagnosis antara pihak rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan.

Koder rumah sakit diharapkan untuk lebih teliti lagi dalam melakukan pengkodean diagnosis dan tindakan supaya kasus pending klaim yang disebabkan karena kesalahan kode dapat diminimalisir. Tenaga medis atau dokter perlu menghindari penggunaan singkatan yang tidak diberlakukan di RSI Sultan Agung Semarang. Selain itu, perlu untuk mengoptimalkan implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) sebagai syarat klaim, misalnya untuk resume medis dan laporan operasi guna menghindari kesalahan kode diagnosis dan kode tindakan karena kurang jelasnya tulisan DPJP.

REFERENSI

- [1] C. R. A. Saputro and F. Fathiyah, "Universal Health Coverage: Internalisasi Norma di Indonesia," *J.*

- Jaminan Kesehat. Nas.*, vol. 2, no. 2, pp. 204–216, Dec. 2022, doi: 10.53756/jjkn.v2i2.108.
- [2] A. N. Kusumawati and Pujiyanto, “Faktor – Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018,” *Cermin Dunia Kedokt.*, vol. 47, no. 1, pp. 25–28, 2020, doi: <https://doi.org/10.55175/cdk.v47i1.7>.
- [3] I. K. Talkah, G. Asiani, and C. Zaman, “Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakit,” *J. Aisyiyah Med.*, vol. 10, no. 1, pp. 460–474, 2025.
- [4] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023.
- [5] I. Amalia, P. Fannya, W. Viatiningsih, and N. A. Rumana, “Gambaran Prosedur Klaim Peserta Rawat Inap BPJS Kesehatan Di Rspad Gatot Subroto Tahun 2022,” *Cerdika J. Ilm. Indones.*, vol. 3, no. 4, pp. 359–376, Apr. 2023, doi: 10.59141/cerdika.v3i4.578.
- [6] P. L. R. Ais and A. Akharruddin, “Analisis Pending Claim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Rawat Jalan pada Rumah Sakit Petrokimia Gresik,” *MES Manag. J.*, vol. 3, no. 3, pp. 749–760, Dec. 2024, doi: 10.56709/mesman.v3i3.615.
- [7] R. K. M. Hapsari, A. Nabila, A. Heryana, and D. Nurmayati, “Gambaran Penerapan Kelengkapan Resume Medis Terhadap Pengajuan Klaim JKN Di RSUD Adhyaksa Tahun 2024,” *J. Kesehat. Tambusai*, vol. 5, no. 3, pp. 9613–9620, 2024, doi: <https://doi.org/10.31004/jkt.v5i3.33682>.
- [8] R. Sahrir, “Strategi Pemerintah Dalam Upaya Meningkatkan Partisipasi Masyarakat Menghadapi Tantangan Industri 5.0,” Jul. 13, 2022. doi: 10.31219/osf.io/h6gfn.
- [9] BPJS Kesehatan, *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan* *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Peny.* Jakarta: BPJS Kesehatan, 2018.
- [10] S. Sugiarsi, R. Z. Sholikhah, and E. Novitayanti, “Faktor Penyebab Keterlambatan Pengembalian Dokumen Rekam Medis Rawat Inap,” *Indones. J. Heal. Inf. Manag.*, vol. 1, no. 2, pp. 1–4, Nov. 2021, doi: 10.54877/ijhim.v1i2.26.
- [11] H. D. Suryani, K. K. Arum, and E. Dhiandani, “Gambaran Pendidikan Dan Pengetahuan Petugas Rekam Medis Tentang Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap Di RSIA Bunda Arif Purwokerto,” *Innov. J. Soc. Sci. Res.*, vol. 3, no. 4, pp. 8084–8095, 2023.
- [12] S. Hanyfah, G. R. Fernandes, and I. Budiarmo, “Penerapan Metode Kualitatif Deskriptif Untuk Aplikasi Pengolahan Data Pelanggan Pada Car Wash,” in *Semnas Ristek (Seminar Nasional Riset dan Inovasi Teknologi)*, Jan. 2022, pp. 339–344. doi: 10.30998/semnasristek.v6i1.5697.
- [13] L. Irawati, P. I. R. Manurung, and I. Chandra, “Sosialisasi Tentang Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis Dan Prosedur Medis Pada Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Melati Perbaungan,” *J. Kesehat. Deli Sumatera*, vol. 2, no. 1, pp. 22–25, 2024.
- [14] D. Hapsari, A. S. Wariyanti, and E. A. Kusumawati, “Hubungan Ketepatan Kode Diagnosis Pada Pasien Rawat Inap Dengan Persetujuan Klaim BPJS Di RSUD Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten,” *Indones. J. Heal. Inf. Manag.*, vol. 4, no. 1, pp. 1–7, 2024, doi: <https://doi.org/10.54877/ijhim.v4i1.146>.
- [15] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan No 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021.
- [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] S. Susilawati, N. Yantih, and A. Aritonang, “Analisis Biaya Satuan Pada Pasien Bedah Orthopedi Tindakan ORIF Antara Tarif Rumah Sakit dan INA CBG’s di RSUD Pasar Rebo,” *J. Manaj. dan Adm. Rumah Sakit Indones.*, vol. 8, no. 1, pp. 44–53, Feb. 2024, doi: 10.52643/marsi.v8i1.4048.
- [19] 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.
- [20] M. A. J. Fir, N. K. Y. Sari, and R. R. R. Wasita, “Penyebab Pengembalian Klaim Pasien Rawat Inap Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Surya Husada Denpasar,” *J. Kesehatan, Sains, dan Teknol.*, vol. 2, no. 1, pp. 41–50, Jun. 2023, doi: 10.36002/js.v2i1.2466.
- [21] D. M. Soliha, D. H. Putra, P. Fannya, and N. A. Rumana, “Tinjauan Faktor Penyebab Dispute Klaim BPJS Pasien Covid-19 Di RSUD Kabupaten Tangerang,” *PREPOTIF J. Kesehat. Masy.*, vol. 6, no. 3, pp. 2243–2249, 2022, doi: <https://doi.org/10.31004/prepotif.v6i3.8143>.
- [22] F. R. A. Saputri, Z. N. Indira, and H. Fauzi, “Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Bpjs Rawat Jalan Bulan September Tahun 2022 Di RS X,” *J. Rekam Medis dan Inf. Kesehat.*, vol. 2, no. 1, pp. 12–19, 2023,

- doi: <https://doi.org/10.31004/jkt.v5i3.33079>.
- [23] R. Permadi, "Analisis Kualitas Pelayanan Pasien Rawat Inap Kelas III Peserta BPJS Kesehatan di RSUD Gunung Jati Cirebon," *REFORMASI J. Ilm. Adm.*, vol. 4, no. 1, pp. 31–38, 2019, doi: <https://doi.org/10.33603/v4i1.2648>.
- [24] A. B. Triatmaja, R. A. Wijayanti, and N. Nuraini, "Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Haji Surabaya," *J-REMI J. Rekam Med. dan Inf. Kesehat.*, vol. 3, no. 2, pp. 131–138, Mar. 2022, doi: [10.25047/j-remi.v3i2.2252](https://doi.org/10.25047/j-remi.v3i2.2252).
- [25] Oktamianiza, Y. Yulia, 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] A. Pratama, H. Fauzi, Z. N. Indira, and P. P. Adi, "Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen," *J. Ilm. Perekam dan Inf. Kesehat. Imelda*, vol. 8, no. 1, pp. 124–134, Feb. 2023, doi: [10.52943/jipiki.v8i1.1225](https://doi.org/10.52943/jipiki.v8i1.1225).