

Tinjauan Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap

Literature Review on Causes of Claim Return for Inpatients' Social Security for Health Agency

Nina Dwi Astuti¹
Andrika Nurul Hidayah²

^{1,2}Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang
Dengan alamat Jl. Tirto Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang
E-mail : ninadwiasuti@gmail.com

Abstract

Claim returns for Social Security for Health Agency (*BPJS Kesehatan*) always become a cliché in the field of health budgeting in the National Health Security (JKN) era. Some studies have examined factors causing claim return; however, the issue has not been figured out yet because every hospital has different troubles. This study was conducted to identify the troubles possibly causing claim returns faced by hospitals. This qualitative study was conducted at a type-C hospital owned by the government in Central Java province. In-depth interviews were conducted with assembling staff, coder, case-mix officer, internal verifactory, and head of the medical record unit. Results showed that claim returns occurred because the hospital information system had not been integrated with e-claim and v-claim apps. The hospital lacked the number of case-mix officers, and old-fashioned information about the INA CBGs payment scheme from the officers including coders, doctors, and other medical officers; the hospital also had inadequate supporting facilities such as echocardiography and endoscopy, and its staff had a lack of work experience and training for coders. Managerial support is tremendously required to solve the issues related to claim returns for *BPJS Kesehatan*.

Keywords: claim return; *BPJS Kesehatan*

Abstrak

Pengembalian klaim BPJS Kesehatan selalu menjadi masalah klasik di bidang pembiayaan kesehatan di era JKN. Beberapa penelitian telah mengkaji apa saja faktor yang menjadi penyebab pengembalian klaim, namun permasalahan tersebut tidak pernah selesai, karena permasalahan yang dihadapi tiap rumah sakit berbeda. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui permasalahan rumah sakit yang menyebabkan terjadinya pengembalian klaim. Penelitian kualitatif dilakukan di rumah sakit tipe C milik pemerintah di Jawa Tengah. Wawancara mendalam dilakukan terhadap petugas assembling, koder, petugas casemix, verifikator internal dan kepala instalasi rekam medis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyebab pengembalian klaim terjadi karena sistem informasi rumah sakit yang belum terbridging dengan aplikasi *e-claim* dan *v-claim*, kurangnya jumlah petugas di bagian casemix, kurangnya *update* informasi petugas baik koder, dokter maupun tenaga medis lainnya terkait regulasi pembayaran INA CBGs, kurangnya fasilitas penunjang seperti *echocardiography* dan *endoscopy*, kurangnya pengalaman kerja dan pelatihan petugas koder. Dukungan manajemen sangat diperlukan dalam penyelesaian permasalahan pengembalian klaim BPJS Kesehatan.

Kata kunci: pengembalian klaim; *BPJS Kesehatan*

1. Pendahuluan

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah dilaksanakan sejak 1 Januari 2014. Program ini bertujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang komprehensif bagi setiap rakyat Indonesia agar seluruh masyarakat Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Pelayanan kesehatan pada program JKN ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran. (Noviatri et al, 2016) (Santiasih, 2021). Upaya pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh fasilitas pelayanan Kesehatan tingkat lanjut diselenggarakan oleh rumah sakit.

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Permenkes RI No. 3 tahun 2020). Rumah Sakit yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dapat mengajukan klaim untuk selanjutnya dibayarkan oleh BPJS Kesehatan jika telah dinyatakan layak klaim (Kusumawati & Pujiyanto, 2018).

Metode pembayaran INA CBGs merupakan metode yang digunakan untuk pembayaran di rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan Kesehatan tingkat lanjut (FKRTL). Pada model pembayaran ini, diagnosa dan prosedur dikelompokkan sesuai dengan karakteristik klinis yang serupa dengan penggunaan sumber daya serupa yang kemudian dikelompokkan berdasarkan tingkat keparahannya (Nurdiah et al, 2016).

Rumah sakit mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Klaim yang diajukan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan dengan tujuannya

untuk menguji kebenaran administrasi pertanggungjawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh rumah sakit (BPJS Kesehatan). Apabila terjadi ketidaksesuaian, maka berkas dikembalikan ke rumah sakit atau terjadi *pending* klaim (S. Nabila, 2020).

Pending klaim merupakan pengembalian klaim dimana belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit terkait kaidah coding maupun medis (BPJS Kesehatan, 2018). *Pending* klaim terjadi setelah BPJS Kesehatan mengeluarkan berita acara *dispute* klaim, dan pengajuan kembali dilakukan pada bulan berikutnya dengan maksimal pengajuan 6 (enam) bulan. Dampak pengembalian klaim adalah mengganggu *cash flow* rumah sakit karena proses pembayaran baru dapat dilakukan BPJS Kesehatan setelah proses konfirmasi selesai. Permasalahan tersebut secara tidak langsung akan mempengaruhi pelayanan pasien, seperti ketersediaan obat. Penyebab pengembalian klaim rawat inap perlu diidentifikasi, dianalisis, dan diperbaiki untuk memperlancar pendapatan rumah sakit dan pelayanan peserta JKN (Kusumawati & Pujiyanto, 2018).

Pengajuan klaim pasien rawat inap mempunyai porsi yang cukup besar pada pengajuan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit. Data studi pendahuluan di salah satu rumah sakit Tipe C milik Pemerintah di Jawa Tengah pada bulan Januari - Juni 2021 memperoleh rata-rata *pending* klaim sebesar 9,47% dengan angka tertinggi pada bulan Januari sebesar 19%. Pengembalian klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan selalu menjadi permasalahan yang berkelanjutan di setiap bulan.

Upaya yang telah dilakukan pihak rumah sakit untuk menangani masalah pengembalian klaim adalah dengan

melengkapi kekurangan yang dipersyaratkan baik dari isi rekam medis ataupun kelengkapan berkas klaim pasien rawat inap. Rumah sakit telah berusaha menyelesaikan *feedback* BPJS Kesehatan dalam waktu paling lambat 1 minggu dengan berpedoman pada kebijakan Permenkes No. 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Penelitian tentang pengembalian klaim telah banyak dilakukan, namun permasalahan yang dihadapi tiap rumah sakit cenderung berbeda. Melakukan tinjauan terhadap pengembalian klaim BPJS Kesehatan menjadi hal penting untuk dilakukan agar dapat menemukan solusi dari permasalahan yang dihadapi.

2. Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini ingin menggali secara mendalam permasalahan-permasalahan yang menimbulkan pengembalian klaim BPJS Kesehatan. Wawancara mendalam dilakukan terhadap petugas assembling, koder, petugas casemix, verifikator internal, dan kepala instalasi rekam medis yang merupakan informan penelitian ini. Observasi dilakukan terhadap *feedback* klaim BPJS Kesehatan bulan Juli - Desember 2021 sebanyak 109 klaim *pending*. Hasil observasi dijadikan dasar untuk menggali permasalahan pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap.

3. Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Ringkasan keterangan *feedback* BPJS Kesehatan Juli - Desember 2021

No	Keterangan
1	Kelas rawat di berkas klaim individual pasien di kelas 3, di SEP kelas 2

2	Kesalahan penulisan No. RM
3	Klaim bayi dicetakkan SEP sendiri, seharusnya dijadikan satu dengan ibu
4	Di resume tidak terisi, kondisi saat pulang
5	DS stroke belum spesifik apakah stroke baru atau sequele
6	Konfirmasi kode O11
7	Assesmen kronologis pasien belum jelas
8	Konfirmasi diagnosa primer HNP
9	Konfirmasi diagnosa yang tepat dikode hanya ca mammae
10	SPRI tidak lengkap pada pengisian asal poli, kebutuhan pelayanan, rencana, dan terapi + ttd dokter
11	Resume medis tidak tertulis indikasi rawat
12	HIV komplikasi TB Paru dikode kombinasi B20.0
13	Konfirmasi kode terkait USG kehamilan pasien dan penunjang yang dilakukan
14	Konfirmasi kode untuk Hydronefrosis dengan Calculus
15	Konfirmasi diagnosa primer (DM)
16	Konfirmasi lama waktu penggunaan ventilator
17	Konfirmasi kode efusi pleura
18	Konfirm I21.3 sebagai DU
19	Kode CHF dan IHD seharusnya dikode terpisah
20	Konfirmasi adanya stroke baru
21	SPRI tidak lengkap pada pengisian asal poli, kebutuhan pelayanan, menuju bagian, rencana, dan terapi + ttd dokter,
22	Assesmen kronologis pasien belum jelas
23	Penjaminan bayi lahir sehat pada resume medic SPRI tidak lengkap pada rencana, dan terapi
24	Konfirmasi P39
25	Penggunaan kode hepatitis yang tidak spesifik
26	Konfirmasi SOP neonatal infeksi pada bayi dan ruang rawat bayi (PICU NICU)
27	Kesalahan kodifikasi bayi lahir

	sehat
28	Bukti penunjang untuk pengkodean DU demam
29	Konfirmasi penunjang laboratorium pada bayi
30	Belum melampirkan SOP neonatal infeksi pada bayi dari ruang rawat
31	Bukti penunjang hasil AS bayi asfiksia
32	Konfirmasi kejadian stroke baru
33	Konfirmasi penunjang anemia
34	Konfirmasi kode closure of thoracostomy
35	Pengkodean multiple HIV (DU:B20.7)(DS:B22.0 dan B20.4) belum disertai bukti penunjang
36	Kode seharusnya 73.6 bukan 75.69
37	Konfirmasi I61.9 sebagai DU
38	Laparotomy merupakan omit code pada tindakan Appendectomy, Herniotomy, konfir bukti penunjang transfusi anemia
39	Diagnosa diare sudah termasuk dalam typhoid
40	Rumah sakit tidak punya fasilitas endoskopi
41	Penegakan HHD sebagai DS
42	Konfirmasi kode tindakan 54.3
43	Kode Z37 belum dientrikan
44	Resume pasien belum ditulis kode ICD 10
45	Konfirmasi CHF sebagai DU atau DS
46	Tidak melampirkan hasil ECHO
47	Kode O11 seharusnya O14.9
48	Mengacu peraturan baru PMK 76 tahun 2016 terkait penyakit disertai kehamilan
49	Tidak ada kronologis terjadinya fraktur
50	Readmisi

Pengembalian klaim diantaranya disebabkan ketidaksesuaian data SEP dengan data yang dimasukkan pada aplikasi *e-claim*. Berdasarkan hasil penelitian, terdapat kesalahan penulisan nomor rekam medis yaitu 1 pasien dengan 2 nomor rekam medis. Penyebabnya adalah rumah sakit tersebut belum melakukan *bridging*

SIMRS dengan aplikasi *e-claim* maupun *v-claim* sehingga petugas *casemix* masih menginput secara manual. Hal ini mengakibatkan waktu yang dibutuhkan petugas dalam menyelesaikan klaim pasien lebih lama. Kesalahan *input* data nomor rekam medis tersebut disebabkan oleh beban kerja berlebih petugas, karena hanya ada 1 (satu) orang petugas *casemix*. Hal ini sesuai dengan penelitian Nunung Khoerunisa (2019) bahwa ketidaksesuaian data sebagian besar karena kesalahan pengentrian item data oleh petugas seperti perbedaan data pasien pada SEP dengan berkas penunjang lainnya.

Penyebab lain pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap adalah klaim penjaminan bayi baru lahir sebelum dan sesudah bulan September tahun 2021. Berdasarkan data observasi, terdapat 15 berkas klaim memiliki penjaminan bayi belum sesuai kelas dan kesalahan proses klaim penjaminan bayi baru lahir bulan September - Desember 2021. Telaah lebih lanjut mendapatkan bahwa jumlah penjaminan bayi belum sesuai kelas sebanyak 6 berkas. Sesuai dengan hasil pengamatan, hal tersebut karena kesalahan petugas dalam memilih kelas rawat bayi lahir sehat yang seharusnya dijamin pada kelas 3.

Kesalahan pengajuan klaim penjaminan bayi baru lahir bulan September - Desember 2021 berjumlah 9 berkas. Mulai bulan September 2021, proses penjaminan bayi baru lahir mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian *Case Base Groups* (INA-CBGs) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Pengajuan klaim penjaminan bayi baru lahir dijadikan satu dengan ibu. Hal ini disebabkan kurangnya *update* informasi dari petugas terkait peraturan pembayaran INA CBGs yang baru.

Penyebab pengembalian klaim lainnya yaitu terdapat 8 berkas ditemukan ketidaksesuaian resume medis yang mencantumkan diagnosis dan tindakan serta ditandatangani oleh (DPJP), serta 47 berkas terdapat ketidaksesuaian bukti penunjang dan bukti tindakan. Ini merupakan masalah terbesar pada pengembalian klaim BPJS Kesehatan.

Hasil observasi dan wawancara menunjukkan bahwa rumah sakit yang diteliti tidak mempunyai fasilitas seperti *echocardiography* dan *endoscopy*. Sehingga dari pihak rumah sakit sendiri melakukan penyesuaian berdasarkan keinginan dan kesepakatan dengan pihak BPJS Kesehatan.

Ketidaksesuaian bukti penunjang dan Tindakan lainnya yaitu terdapat konfirmasi terkait penunjang apa saja yang telah dilakukan pada pasien, contohnya pasien anemia yang bisa ditegakkan diagnosisnya sebagai anemia, maka perlu ada data dukung seperti hasil transfusi darah. Petugas baik koder maupun dokter perlu memahami dan *update* informasi terkait regulasi pembayaran INA CBGs. Hal ini sejalan dengan penelitian Megawati, Linda (2016) bahwa laporan penunjang merupakan laporan dari suatu rangkaian pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh keterangan yang lebih lengkap. Jika bukti penunjang tidak ada atau tidak lengkap dalam syarat pengajuan klaim BPJS Kesehatan maka akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi.

Permasalahan lain terkait ketidaksesuaian bukti penunjang dan tindakan adalah tidak dilampirkan syarat administrasi seperti SOP neonatal infeksi pada bayi dari ruang rawat dan surat keterangan kronologis pasien *fracture* bermaterai. Hasil wawancara dengan verifikator internal rumah sakit menyebutkan bahwa proses pengecekan dilakukan pada

semua berkas klaim, akan tetapi lebih difokuskan pada kasus tertentu saja, hal ini karena SDM yang terbatas. Selain itu, petugas verifikator internal juga merangkap jabatan sebagai kepala instalasi rekam medis. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Irmawati et al., 2016, bahwa berkas klaim tidak lengkap dan pelayanan medis yang tidak sesuai merupakan penyebab utama berkas klaim rawat inap dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan ke rumah sakit. Kelengkapan yang dimaksud adalah terdapat surat eligibilitas peserta (SEP), terdapat surat perintah rawat inap, terdapat resume medis, terdapat bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur, terdapat laporan operasi, terdapat protokol terapi dan regimen obat, terdapat resep alat Kesehatan, terdapat tanda terima alat kesehatan dan berkas penunjang lainnya.

Resume medis yang tidak lengkap menjadi penyebab lain terjadinya pengembalian klaim BPJS Kesehatan. Permasalahan yang dihadapi adalah DPJP belum dapat melengkapi resume medis secara komprehensif. Beberapa item yang sering tidak terisi diantaranya indikasi rawat, diagnosa masuk dan keluar, kondisi saat pulang serta cara pulang pasien. Wawancara dengan kepala instalasi rekam medis mendapatkan hasil bahwa sudah terdapat SOP terkait kelengkapan berkas klaim, akan tetapi perlu disosialisasikan kembali kepada DPJP serta bagian perawat di bangsal perawatan pasien. Komitmen dan dukungan manajemen sangat diperlukan agar DPJP dan tenaga medis lainnya dapat melengkapi rekam medis secara konsisten.

Penelitian Kusumawati & Pujiyanto (2018) menyebutkan bahwa BPJS Kesehatan akan secara langsung meminta konfirmasi apabila tidak terdapat data yang dibutuhkan dalam

resume medis untuk proses verifikasi. Proses verifikasi membutuhkan kelengkapan data yang ada dalam resume medis untuk menunjang diagnosis baik diagnosis primer maupun sekunder, yaitu anamnesis, pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi beserta interpretasinya, tindakan spesifik, dan terapi.

Kelengkapan dan kesesuaian data pada rekam medis sangat penting agar data dalam rekam medis dan berkas klaim rawat inap selalu terisi lengkap. Sosialisasi dan penertiban kepada bangsal perawatan untuk melengkapi rekam medis sebelum diberikan kepada bagian klaim rekam medis perlu dilakukan. Komitmen dan dukungan manajemen sangat diperlukan agar rekam medis dapat terisi dengan lengkap.

Berdasarkan hasil penelitian terdapat 38 berkas klaim *pending* karena perbedaan kode diagnosis dan tindakan yang dikode oleh koder rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan. Hasil wawancara dengan petugas koding *casemix*, penyebabnya adalah peraturan yang berubah-ubah dari pihak verifikator BPJS Kesehatan. Sebagai contoh pada kasus penyakit disertai kehamilan mengacu pada PMK No.76 Tahun 2016, dimana jika dalam ICD-10 terdapat catatan seperti *Use additional code if desired to identify specified condition*, maka kode tersebut dapat digunakan sesuai dengan kondisi pasien. Koder belum melakukan *update* informasi terkait peraturan pembayaran Ina CBGs dan berita acara kesepakatan yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan.

Hasil penelitian pengembalian berkas dengan alasan revisi kode gabung berjumlah 3 berkas klaim *pending*. Hal ini terjadi karena Koder belum terbiasa dengan kode gabung, yaitu aturan koding yang harus

digunakan apabila koder menemukan dua diagnosis tertentu yang diderita oleh seorang pasien namun secara aturan harus menjadi satu koding yang terintegrasi. Kode gabung ini sering dikoding oleh Koder menjadi dua kode terpisah, sehingga terjadi kesalahan yang menyebabkan klaim *pending*. Sebagai contoh, pada pasien HIV dengan komplikasi *candidiasis* dan *encephalopathy*, sesuai PMK No. 26 Tahun 2021 dalam aturan (g) dapat dikode gabung sebagai *HIV disease resulting in multiple infections* (B20.7). Akan tetapi dikode oleh koder *HIV disease resulting in encephalopathy* (B22.0) sebagai diagnosa utama dan *HIV disease resulting in candidiasis* (B20.4). Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas *casemix*, bahwa petugas *casemix* mempunyai pendidikan terakhir D3 RMIK, namun baru bekerja 1 (satu) tahun dan belum pernah mengikuti pelatihan terkait kodefikasi selama bekerja di rumah sakit tersebut. Hal ini sesuai dengan penelitian Kusumawati & Pujiyanto (2018), bahwa kode gabung masih sering dikode oleh koder menjadi dua kode terpisah, sehingga terjadi kesalahan yang menyebabkan pengembalian klaim. Kesalahan proses koding terkait kode gabung ini disebabkan koder hanya membaca ICD 10 jilid 3, sedangkan penjelasan tentang kode gabung terdapat pada ICD 10 jilid 1.

Penyebab lain pengembalian klaim adalah terjadinya readmisi, dimana pasien dirawat kembali yang sebelumnya telah mendapat pelayanan di rumah sakit. Pengembalian klaim karena kasus readmisi ada 2 berkas. Menurut penelitian Agiwahyunto et al., 2014, contoh kasus readmisi adalah pada kasus *asma attack* pasien datang kemudian ditangani oleh dokter lalu kondisi pasien membaik pasien dan diminta pulang atau berobat jalan, namun setelah itu pasien datang kembali karena sakit lagi dengan

keluhan yang sama. Kejadian disebut dianggap readmisi oleh BPJS Kesehatan sehingga menyebabkan pengembalian klaim dan dianggap satu episode dengan kunjungan sebelumnya. Kasus readmisi termasuk dalam tindakan fraud sehingga akan dikembalikan oleh BPJS Kesehatan.

4. Simpulan dan Saran

Pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap pada rumah sakit yang diteliti disebabkan oleh beberapa permasalahan diantaranya sistem informasi rumah sakit yang berlu terbridging dengan aplikasi *e-claim* dan *v-claim*, kurangnya jumlah petugas dibagian casemix, kurangnya update informasi terkait Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBGs) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan bagi petugas baik koder, dokter maupun tenaga medis lainnya, kurangnya fasilitas penunjang seperti *echocardiography* dan *endoskopi*, kurangnya pengalaman kerja dan kurangnya pelatihan petugas koder. Komitmen dan dukungan manajemen sangat diperlukan dalam menyelesaikan masalah pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap, baik penambahan SDM dan peningkatan kompetensi pegawai, penambahan fasilitas penunjang medis dan pengembangan teknologi informasi.

5. Daftar Pustaka

Agiwahyunto, F., Anjani, S., & Juwita, A. (2014). Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Kasus Gawat Darurat. 113–125. BPJS Kesehatan. (2018). Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

- Irmawati, Sugiharto, Susanto, E., & Astrianingrum, M. (2016). Faktor-faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap oleh Verifikator BPJS Kesehatan di RSUD Tugurejo. Seminar Nasional Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, pp. 124–130.
- Kemkes RI. 2021. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesia Case Base Groups (INA CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan.
- Khoirunnisa, N., & Khoirunnisa, N. (2020). Pengklasifikasian Faktor-Faktor Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Periode Juni-Agustus 2019 di RSUD dr. Tjitrowardjo Purworejo. [//repository.poltekkes-smg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=22107&keywords=nunung](https://repository.poltekkes-smg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=22107&keywords=nunung)
- Kusumawati, A. N., & Pujiyanto. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018. *Cdk-282*, 47(1), 25–28.
- Megawati, L., & Pratiwi, R. D. (2016). Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1), 36. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27476>
- Noviatri, L. W. (2016). 27473-71233-1-Pb. 1(1), 22–26.
- Nurdiah, R. S., & Iman, A. T. (2016). Analisis Penyebab Unclaimed Berkas Bpjs Rawat Inap Di Rsud Dr. Soekardjo Tasikmalaya. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4(1), 23–28.

- <https://doi.org/10.33560/.v4i2.128>
- Peraturan Presiden. (2018). Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
- Republik Indonesia. (2004). UU RI No.40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jdih Bpk Ri, 1-45. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/40787>
- Salma Firyal Nabila, Maya Weka Santi, Atma Deharja. (2020). Analisis faktor penyebab pending klaim akibat koding berkas rekam medis pasien rawat inap di RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo. J-REMI. Vol. 1 No. 4, September 2020.
- Santiasih W, Situmorang A, Satria B. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD DR. RM Djoenham Binjai. Journal of Healthcare Technology and Medicine Vol. 7 No. 2 Oktober 2021
- Susanto,, B., & Susanto,, B. (2021). Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan Di Tinjau dari Aspek Verifikasi Di RSIA Ummu Hani Purbalingga.//repository.poltek kessmg.ac.id/index.php?p=show_detail&id=24090&keywords=bu di+susanto
- UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit [JDIH BPK RI]. (n.d.). Retrieved September 20, 2021, from <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38789/uu-no-44-tahun-2009>