



Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga

Erlia Safa Maulida¹, Achmad Djunawan²

¹⁻² Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya

*Corresponding author : 201812009.erliasafamaulida@gmail.com

Info Artikel : Diterima ..bulan...201x ; Disetujui ...bulan 201x ; Publikasi ...bulan ..201x (tidak perlu diisi)

ABSTRAK

Latar belakang: Klaim BPJS Kesehatan merupakan penyerahan biaya pengobatan peserta BPJS Kesehatan oleh Rumah Sakit kepada BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada BPJS Kesehatan setiap bulan. Pembiayaan kesehatan merupakan bagian terpenting dari implementasi Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan di Rumah Sakit oleh BPJS Kesehatan melalui pengajuan klaim. Namun, hasil akhir pengajuan klaim berupa status klaim layak atau status klaim tidak layak (Pending Claim), oleh karena itu tidak semua berkas yang diajukan dapat terklaimitkan, sehingga status klaim dinyatakan tidak layak atau pending klaim terjadi apabila berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit belum lengkap. Tujuan penelitian ini menganalisis penyebab pending claim berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap berdasarkan pengumpulan data.

Metode: Metode penelitian ini kuantitatif *desain cross-sectional* yaitu pendekatan yang berdasarkan pengumpulan data yang dapat menyajikan informasi dalam waktu yang singkat. Periode 02 Februari 2022 sampai dengan 02 Maret 2022.

Hasil: Hasil dari penelitian ini adalah 720 berkas pengajuan klaim pada pelayanan rawat inap RS Universitas Airlangga dengan tiga (3) status klaim yaitu, terdapat 720 berkas dengan status klaim layak, 88 berkas dengan status klaim tidak sesuai atau pending, dan 0 dengan status klaim dispute.

Simpulan: Penyebab terjadinya pending klaim di Rumah Sakit Universitas Airlangga dikarenakan 4 faktor yaitu: Berkas tidak lengkap, Kurang tepatnya coding, Kurangnya pemeriksaan penunjang dan Kurangnya eviden terapi.

Kata kunci: Klaim BPJS Kesehatan, Status Klaim, Penyebab Pending Klaim.

ABSTRACT

Title: Analysis of the Causes of Pending BPJS Health Claims on Inpatients at the Airlangga University Hospital.

Background: BPJS Health claims are medical expenses for BPJS Health participants by the Hospital to BPJS Health which are carried out collectively and billed to BPJS Health every month. Health financing is the most important part of the implementation of the National Health Insurance which is held in hospitals by BPJS Health through filing claims. However, the final result of submitting a claim is in the form of a proper status or an improper claim status (Pending Claim), therefore not all files submitted can be claimed, so that the claim status is declared inappropriate or a claim pending occurs if the claim file submitted by the Hospital is incomplete. The purpose of this study was to analyze the causes of delayed claims for BPJS Health files for inpatient services based on data collection.

Method: This research method is quantitative with a cross-sectional design, namely an approach based on data collection that can present information in a short time. Period 02 February 2022 to 02 March 2022.

Result: The results of this study were 720 submissions for claims for inpatient services at Universitas Airlangga Hospital with three (3) claim statuses, namely, there were 720 files with proper claim status, 88 files with inappropriate or pending claim status, and 0 with claim status. dispute.

Conclusion: *The cause of claims at the Airlangga University Hospital was due to 4 factors, namely: incomplete files, lack of precise coding, lack of examination and evidence of therapy.*

Keywords: *BPJS Health Claims, Claim Status, Causes of Pending Claims.*

PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN⁽¹⁾. Pelaksanaan program JKN di rumah sakit membuat rumah sakit hanya melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik. Hal ini menunjukkan bahwa diperlukan pengelolaan khusus untuk pelaksanaan program JKN di rumah sakit⁽²⁾.

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS Kesehatan oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya⁽³⁾. Pembiayaan kesehatan ini merupakan bagian terpenting implementasi JKN yang diselenggarakan di rumah sakit oleh BPJS melalui pengajuan klaim. Untuk mendapatkan biaya ini, pihak rumah sakit wajib menyerahkan dokumen bukti sebagai syarat pengajuan klaim⁽⁴⁾. Pihak Rumah sakit akan mengajukan klaim dalam bentuk hardcopy maupun softcopy. Dikarenakan kelengkapan dokumen pengajuan klaim JKN merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan.

Dalam Peraturan menteri kesehatan No. 69 tahun 2013 Tentang tarif pelayanan kesehatan program JKN tarif Indonesian case based groups yang selanjutnya disebutkan tarif INA CBG's adalah pembayaran menggunakan INA CBG's baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis dan tindakan pasien dari kode INA CBG's⁽⁵⁾.

Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnose merujuk pada ICD-10 atau ICD-9-CM. Dikarenakan Proses Pengajuan pada pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan merupakan suatu proses administrasi klaim yang dilakukan dengan menggunakan INA-CBG's, dimana dilakukan pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita⁽⁶⁾. INA CBG's bisa dilakukan apabila telah melakukan pengodean. Menurut Permenkes Nomor 27 tahun 2014, coding INA CBG's adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM⁽⁷⁾. Pemberian coding sangat menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke rumah sakit. Setelah melakukan pengodean menggunakan coding INA CBG's kemudian melakukan proses klaim BPJS. Prosesi klaim dilakukan untuk memastikan bahwa biaya program

Jaminan Kesehatan dimanfaatkan secara tepat maka perlu melakukan verifikasi klaim.

Berdasarkan Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN, setelah melalui proses entri dan pengkodean tahapan terakhir dalam pengajuan klaim adalah verifikasi klaim yang bertujuan menguji kebenaran administrasi pertanggung jawaban pelayanan yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan⁽⁸⁾. Verifikasi dokumen klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu, dan tepat sasaran.⁽⁹⁾

Verifikasi klaim ini akan dilakukan oleh verifikator BPJS Kesehatan. Verifikator akan memverifikasi berkas klaim yang masuk dan menentukan jumlah klaim yang akan diajukan dan selanjutnya akan dibuatkan laporan penagihan oleh pihak rumah sakit yang akan di serahkan ke kantor cabang BPJS Kesehatan. Pelaksanaan prosesi klaim BPJS Kesehatan dan proses administrasi klaim pada Rumah Sakit Universitas Airlangga dengan menggunakan E-Klaim dan V-Klaim.

Hasil akhir setelah dilakukan verifikasi klaim adalah status klaim. Terdapat tiga tipe status klaim yang berbeda setelah berkas klaim di terima oleh pihak asuransi di Rumah Sakit Universitas Airlangga, yaitu status klaim layak, status klaim tidak layak atau pending dan status klaim disput.

Pada Rumah Sakit Universitas Airlangga telah ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap pada pelayanan rawat inap. Oleh karena itu besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim⁽¹⁰⁾. Berdasarkan uraian masalah diatas, tujuan penelitian ini untuk menganalisis penyebab pending claim berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap berdasarkan pengumpulan data yang diperoleh langsung dari lapangan yaitu di Rumah Sakit Universitas Airlangan bagian pelayanan asuransi sosial (casemix).

MATERI DAN METODE

Metode penulisan artikel yang digunakan adalah kuantitatif desain crosssectional, yaitu pendekatan yang berdasarkan pengumpulan data yang dapat menyajikan informasi dalam waktu yang singkat. Pelaksanaan dilakukan pada tanggal 2 Februari sampai dengan 2 Maret tahun 2022.

HASIL DAN PEMBAHASAN
HASIL

a. Status Klaim Rumah Sakit Universitas Airlangga

Berdasarkan hasil analisis mengenai pending klaim BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap bulan Desember 2021 yang didapatkan dari data hasil perhitungan berkas klaim di Rumah Sakit Universitas terdapat tiga (3) tipe status klaim yang berbeda setelah berkas klaim di terima oleh pihak asuransi (*casemix*) di Rumah Sakit Universitas Airlangga, yaitu :

1. Status Klaim Layak
Status Klaim Layak yaitu klaim sudah di terima oleh sistem klaim, menandakan klaim sudah di proses dan klaim sudah sesuai.
2. Status Klaim Tidak Layak atau Pending
Status Klaim Tidak Layak atau Pending ialah klaim pending yang terjadi apabila berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit belum lengkap.
3. Status Klaim Dispute
Status Klaim Dispute terjadi jika dari hasil verifikasi klaim yang diajukan Rumah Sakit terdapat ketidaksesuaian atau ketidaksepakatan yang menyangkut pelayanan atau tindakan klinis sehingga, harus diselesaikan oleh Provinsi atau Daerah bersama organisasi profesi melalui Tim Penyelesaian Klaim Dispute di daerah tersebut.

b. Pending Klaim Rumah Sakit Universitas Airlangga

Pending Klaim Rumah Sakit Universitas Airlangga merupakan salah satu tipe status klaim yang telah melewati proses verifikator oleh dokter BPJS Kesehatan pada proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Berkas pending klaim terjadi apabila berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit belum lengkap.

Berikut penjelasan data dibawah ini mengenai pending klaim rawat inap bulan Desember 2021 .

Tabel 1. Data Status Klaim Rawat Inap Bulan Desember 2021

No	Status Klaim	Jumlah	Presentase
1	Layak	632	88%
2	Pending	88	12%
Total Pengajuan Klaim RANAP		720	100%

Sumber : File Excel Pending Klaim Rawat Inap Desember 2021 RS.UNAIR

Berdasarkan Tabel 1, status klaim rawat inap mempunyai 2 status. Status klaim pertama terdapat 88% berkas yang layak, sedangkan status

klaim yang kedua sebanyak 12% berkas yang pending

Dari hasil perhitungan analisis status klaim BPJS Kesehatan pada unit rawat inap didapatkan faktor – faktor penyebab status klaim BPJS Pending dengan penjelasan dibawah berikut ini :

Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Pada Bulan Desember 2021 Rumah Sakit Universitas Airlangga :

Tabel 2. Data Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Bulan Desember 2021

No	Penyebab Pending Klaim Rawat Inap	Jumlah Berkas Rawat Inap	Perkiraan Presentase
1	Berkas Tidak lengkap	30	34%
2	Kurang Tepatnya Coding	29	33%
3	Kurangnya Pemeriksaan Penunjang	20	23%
4	Kurangnya Eviden Terapi	9	10%
Total		88	100%

Sumber : File Excel Pending Klaim Rawat Inap Desember 2021 RS.UNAIR

Berdasarkan Tabel 2, penyebab pending klaim rawat inap bulan Desember 2021 terdapat empat faktor penyebab terjadinya pending, yaitu berkas tidak lengkap, kurang tepatnya coding, kurangnya pemeriksaan penunjang dan kurangnya eviden terapi. Pending klaim rawat inap terbanyak bulan Desember 2021 disebabkan oleh berkas tidak lengkap, sedangkan penyebab pending klaim rawat inap bulan Desember 2021 paling rendah disebabkan oleh kurangnya eviden terapi.

c. Skala Prioritas Penyebab Klaim Pending Rawat Inap Bulan Desember 2021 Di Rumah Sakit Universitas Airlangga.

Dalam penjelasan dibawah ini akan menjelaskan mengenai Satus Klaim Tidak Layak atau Pending yang terjadi di layanan asuransi sosial (*casemix*) di Rumah Sakit Universitas Airlangga. Terdapat empat penyebab klaim pending pelayanan rawat inap pada bulan Desember 2021 yang akan dibahas berdasarkan skala prioritas pending klaim yang diperoleh dari hasil analisis perhitungan data, yaitu :

Tabel. 3 Prioritas Penyebab Masalah Pending Klaim unit Rawat Inap Bulan Desember 2021

No	Penyebab Pending Klaim Rawat Inap	Jumlah	Perkiraan Presentase	Skala Prioritas Penyebab Pending Klaim
1	Berkas Tidak lengkap	30	34%	1
2	Kurang Tepatnya Coding	29	33%	2
3	Kurangnya Pemeriksaan Penunjang	20	23%	3
4	Kurangnya Eviden Terapi	9	10%	4
Total			88	100%

Prioritas Penyebab Masalah Pending Klaim unit rawat inap Bulan Desember 2021 :

1. Berkas tidak lengkap

Berkas Tidak Lengkap memasuki urutan pertama (Prioritas Utama) penyebab pending klaim unit pelayanan rawat inap pada bulan Desember 2021 dengan hasil analisis 30 berkas pending klaim dengan presentase 34%. Faktor penyebab berkas tidak lengkap di Rumah Sakit Universitas Airlangga mempunyai kriteria, yaitu :

- a. Identitas lengkap pasien, catatan tentang penyakit (diagnosis, terapi PDF INA-CBG's tidak ada dan isi File tidak sinkron dengan persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan.
- b. Tidak dilampirkan billing yang sesuai dengan kelas pelayanan yang ditagihkan pasien (peserta BPJS Kesehatan).
- c. Tidak dilampirkan lembar rawat inap / surat pengantar rawat inap.
- d. Tidak dilampirkan laporan tindakan medis seperti resume medis.
Rekam medis menurut (IDI No.315/PB/A.4/88) menyebutkan :
Resume medis (kesehatan) harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya paling lambat 48 jam setelah pasien pulang atau meninggal⁽¹¹⁾. Resume medis meliputi, dan pengamatan perjalanan penyakit), catatan dari pihak ketiga, hasil pemeriksaan laboratorium, foto rotgen, pemeriksaan USG, dan lain – lain serta resume.

- e. Tidak dilampirkan SKL (Surat Keterangan Lahir) bayi pada kasus bayi lahir dan ibu melahirkan.
- f. Tidak dilampirkan eviden ventilator.

1. Kurang tepatnya coding

Kurang Tepatnya Coding memasuki prioritas kedua dengan faktor penyebab pending klaim unit pelayanan rawat inap pada bulan Desember 2021 dengan hasil analisis 29 berkas pending klaim dengan presentase 33%. Faktor penyebab kurang tepatnya coding di Rumah Sakit Universitas Airlangga mempunyai kriteria, yaitu : kurangnya Acc Recording pada ICD-9-CM, atau ICD-10-CM.

2. Kurangnya pemeriksaan penunjang

Kurangnya Pemeriksaan Penunjang memasuki prioritas dengan urutan ketiga penyebab pending klaim unit pelayanan rawat inap pada bulan Desember 2021 dengan hasil analisis 20 berkas pending klaim dengan presentase 23%. Faktor penyebab kurangnya pemeriksaan penunjang Rumah Sakit Universitas Airlangga mempunyai kriteria, yaitu :

- a. Pending pelayanan penunjang
- b. Pending Kurang EKG
- c. Penangihan tidak sesuai kelas 3
- d. Penunjang laporan Laboratorium
- e. Penunjang laporan HIV.
- f. Pending Eviden CT Scan, ICH.
- g. Kurangnya eviden terapi

Kurangnya Eviden Terapi memasuki prioritas dengan urutan ke empat penyebab pending klaim unit pelayanan rawat inap pada bulan Desember 2021 dengan hasil analisis 9 berkas pending klaim dengan presentase 10%. Faktor kurangnya eviden terapi di Rumah Sakit Universitas Airlangga, mempunyai kriteria, yaitu :

- a. Pending Terapi CVA
- b. Pending Terapi Ca

PEMBAHASAN

Penyebab pending klaim pelayanan rawat inap bulan Desember 2021 Rumah Sakit Universitas Airlangga, yaitu :

1. Berkas Tidak Lengkap

Faktor penyebab berkas tidak lengkap yaitu, kelengkapan berkas sesuai dengan diagnosis dan prosedur yang tidak dilampirkan pada saat klaim. Berkas yang tidak dilengkapi dan tidak dilampirkan pada hasil akhir dalam penenuhan syarat pengajuan klaim BPJS kesehatan.

Berkas tidak lengkap yang yang ditemukan dalam penelitian berasal dari berkas rekam medis pasien rawat inap. Berkas rekam medis rawat inap merupakan faktor yang sangat penting dalam

pengklaiman BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Universitas Airlangga. Kelengkapan berkas medis pasien rawat inap ini menunjukkan kepada akurasi pemberian jaminan oleh BPJS Kesehatan. Oleh karena itu penting bagi petugas untuk melakukan pemeriksaan kelengkapan rekam medis dan memastikan sudah terpenuhinya persyaratan klaim BPJS Kesehatan yang nantinya dapat memberikan pembiayaan dengan tepat dan sesuai dengan spesifikasi jenis-jenis perawatan.

Hasil penelitian ini dijumpai sejalan dengan penelitian Irmawati dkk (2018), dijumpai Ketidaklengkapan lembar formulir-formulir tersebut menjadi penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap karena berdasarkan panduan praktis teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikasi BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti maka klaim dikembalikan kepada petugas klaim RS untuk dilengkapi atau diperbaiki. Kelengkapan dan kesesuaian administrasi kepesertaan menunjukkan kurangnya berkas penunjang. Administrasi pelayanan menunjukkan diagnosa dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai⁽¹²⁾.

2. Kurang Tepatnya Coding

Kurang tepatnya *coding* adalah ketidaksesuaian *coding* INA-CBG's dengan diagnosis yang menggunakan ICD-10 atau ICD -9-CM.

Kode diagnosis merupakan salah satu variabel perhitungan biaya rumah sakit. Verifikator BPJS dapat melakukan terkait tidak sesuai kode penyakit dan tindakan yang diberikan oleh koder untuk memperoleh bukti terhadap klaim yang ditagihkan⁽¹³⁾. Berkas klaim yang masih pending harus menunggu sampai rumah sakit melakukan perbaikan *coding diagnose* dan prosedur sampai dengan diajukan kembali sebagai klaim susulan. Resume medis pasien yang menyertakan diagnosis perawatan pasien masih ditulis secara manual, sehingga petugas *coding* di Rumah Sakit Universitas Airlangga menginput satu persatu *coding* dengan menggunakan sistem INA-CBG's. Oleh karena itu kurang tepatnya *coding* menjadi salah satu penyebab pending klaim berkas pelayanan rawat inap, karena proses resume medis yang belum sepenuhnya berfungsi online yang menyebabkan proses pemasukan data ke sistem INA-CBG's harus diketik satu persatu.

Penelitian ini sejalan dengan RSUD Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Kota Pontianak ditemukan kesalahan proses input, baik tanggal maupun belum diparaf resume medis oleh DPJP. Penyebab kesalahan input dikarenakan koder kurang teliti dengan faktor banyaknya berkas klaim yang harus dikerjakan, sedangkan tenaga proses koding hanya dua orang⁽¹⁴⁾.

3. Kurangnya Pemeriksaan Penunjang.

Laporan penunjang pasien merupakan laporan hasil pelayanan tambahan untuk pasien yang melakukan pelayanan tambahan. Hal ini sama dengan

yang diungkapkan oleh Basaryadi (2013) laporan penunjang merupakan laporan dari suatu rangkaian pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh keterangan yang lebih lengkap. Apabila laporan penunjang tidak ada atau tidak lengkap dalam pengajuan syarat klaim BPJS kesehatan pada verifikator BPJS maka akan dikembalikan untuk di lengkapi atau dilampirkan⁽¹⁵⁾.

Laporan penunjang pasien pelayanan rawat inap merupakan persyaratan penting dalam pengajuan klaim BPJS kesehatan di Rumah Sakit Universitas Airlangga. Dengan demikian pasien rawat inap yang melakukan pelayanan penunjang harus disertakan atau dilampirkan bukti laporan penunjang supaya dapat diketahui kisaran biaya tambahan yang harus ditagih kepada pihak BPJS kesehatan.

Penelitian yang dilakukan Noviatry (2016) menyebutkan Faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor man adalah petugas verifikator kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. Ketidaklengkapan laporan penunjang dapat mempengaruhi jumlah biaya yang ditanggung. Faktor materials karena persyaratan yang tidak sesuai dalam pelaksanaannya masih terdapat resume medis yang tidak terisi atau terlambat pengembaliannya sehingga memperlambat proses pengajuan klaim BPJS karena harus menunggu dokter mengisi terlebih dahulu⁽¹⁶⁾.

4. Kurangnya Eviden Terapi

Dalam hal ini kurangnya eviden terapi dikarenakan tidak dilampirkannya bukti perawatan pada saat dilakukannya terapi untuk perawatan CVA dan terapi Ca, yang dilakukan pasien rawat inap di Rumah Sakit Universitas Airlangga.

Eviden terapi digunakan untuk memudahkan suatu pengambilan keputusan klinis seperti dilakukannya terapi kepada pasien dan mungkin menjadi bagian penting dari terjadinya peningkatan kualitas dalam pemberian perawatan kepada pasien.

Hasil penelitian ini dijumpai sejalan dengan penelitian Wayan dkk(2021), Pending klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai terjadi karena ketidaksesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item di dalam pengisian rekam medis pasien, seperti ketidaksesuaian antara diagnosis dengan resume medis, kemudian terapi yang yang diberikan tidak sesuai dengan diagnose yang ada yang telah dibuat oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP)⁽¹⁷⁾.

SIMPULAN

a. Status Klaim Rumah Sakit Universitas Airlangga mempunyai tiga (3) status klaim yaitu :

1. Status Klaim Layak
2. Status Klaim Tidak Layak / Pending

3. Status Klaim Dispute
 - b. Presentase klaim yang mengalami pending di pelayanan rawat inap Rumah Sakit universitas Airlangga yaitu terdapat 88 berkas pending klaim dengan presentase 12 %. faktor penyebab presentasinya pending klaim berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap yaitu : berkas tidak lengkap dengan diperoleh terdapat 30 berkas pending klaim dengan presentase 34 %, kurang tepatnya coding terdapat 29 berkas pending klaim dengan presentase 33%, kurangnya pemeriksaan penunjang 20 berkas pending klaim dengan presentase 23%, dan kurangnya eviden terapi terdapat 9 berkas pending klaim dengan presentase 10%.

DAFTAR PUSTAKA

- 1 & 8 JUNIOR, D. H. M. (2014). *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 28 Tahun 2014 TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL*. 3(2), 1–46. <http://journal.stainkudus.ac.id/index.php/equilibrium/article/view/1268/1127>.
2. Satrianegara, MF. 2014. Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan: Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit. Jakarta: Salemba Medika.
- 3 & 13, Tyas Ardhitya, Agus Perry K, S.KG, M. K. (2015). Faktor-Faktor Yang Melatar Belakang Penolakan Klaim Bpjs Oleh Verifikator Bpjs Di Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015. *Jurnal Universitas Dian Nuswantoro*, 2(2), 1–10
4. Santiasih, W. A. dkk. (2021). *Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan*. 7(2), 1381–1394.
5. Correa, G., & Montero, A. V. (2013). *Permenkes no 69 Tahun 2013*. 1–10
6. Hendra Rohman, Aris Wintolo, E. S. (2021). *Analysis Pending Claim Payments the Indonesian National Health Insurance System in Vedika System Nur Hidayah Hospital Yogyakarta*. *Jurnal Wiyata*, 8, 72–83
7. Kemenkes R.I. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem INA CBGs*.
9. BPJS Kesehatan. (2014). *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesaehatan*, 1–46.
10. Sciences, H. (2016). *PERSI 2016*. 4(1), 1–23.
11. SK PB IDI No 315/PB/A.4/88
12. Irmawati, I., Kristijono, A., Susanto, E., & Belia, Y. (2018). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 1(1), 45. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v1i1.3594>
14. Sulaimana A. Pengembalian berkas klaim pasien peserta jaminan kesehatan nasional (jkn) di rsud sultan syarif mohamad alkadrie kota pontianak [Internet]. 2017;77–8. Available from: http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=130373&obyek_id=4
15. 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>
16. Noviatrri, L. W. (2016). *27473-71233-1-Pb*. 1(1), 22–26.

17. Santiasih, W. A. dkk. (2021). *Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan*. 7(2), 1381–1394.