

## TINJAUAN PENYEBAB PENGEMBALIAN BERKAS KLAIM BPJS KESEHATAN INSTALASI RAWAT JALAN KASUS FISIOTERAPI

Faik Agiwahyunto<sup>1\*</sup>, Sylvia Anjani<sup>2</sup>, Sherly Candra Stacey<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup>Dosen Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan D3, Fakultas Kesehatan,  
Universitas Dian Nuswantoro Semarang, Indonesia

<sup>3</sup>Alumni Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan D3, Fakultas Kesehatan,  
Universitas Dian Nuswantoro Semarang, Indonesia

\*Corresponding author: faik.agiwahyunto@dsn.dinus.ac.id

### ABSTRACT

*Hospital claims towards BPJS Health were demands for compensation for services provided by hospital through its workforce, both doctors, nurses, pharmacists and others for BPJS Health participants who seek treatment or are treated at hospital. Claims were made by hospitals or other health facilities through claims administration process. Claims returned are claims that have been verified but have not been able to be paid by BPJS Health due to incomplete claim documents. This study purpose was to determine causes of returning BPJS Health claim files to outpatient physiotherapy cases. Research type was qualitative with descriptive design. Research was conducted in January 2020. Data were obtained by in-depth interviews, processing and research data analysis used content analysis. Results showed that coding accuracy was cause of inconsistency due to provision of action codes, completeness of medical diagnosis files, and completeness of medical action files. The conclusion was BPJS Health claim files in outpatient installation for physiotherapy cases will be returned to hospital if it is incomplete.*

*Keywords: BPJS Health claim file, cause of return, outpatient, physiotherapy case*

### ABSTRAK

Klaim Rumah Sakit (RS) terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan RS melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di RS. Klaim dilakukan oleh RS atau fasilitas kesehatan lainnya melalui proses administrasi klaim. Klaim dikembalikan adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan dokumen klaim. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pada instalasi rawat jalan kasus fisioterapi. Jenis penelitian kualitatif dengan rancangan deskriptif. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2020. Data diperoleh dengan wawancara mendalam (*indepth interview*), dan pengolahan dan analisa data penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode analisis isi (*content analysis*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketepatan koding menjadi penyebab ketidaksesuain disebabkan dalam pemberian kode tindakan, kelengkapan berkas penegakan diagnosis medis, dan kelengkapan berkas tindakan medis. Simpulan penelitian ini adalah berkas klaim BPJS Kesehatan pada instalasi rawat jalan kasus fisioterapi akan dikembalikan ke RS apabila tidak lengkap.

Kata Kunci : Berkas klaim BPJS Kesehatan, Kasus fisioterapi, Penyebab pengembalian, Rawat jalan

## PENDAHULUAN

Rumah Sakit (RS) adalah unit kesehatan masyarakat sebagai rujukan mempunyai fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan bersifat penyembuhan, perawatan, pemulihan, pengobatan, serta pendidikan dan pelatihan (Arwati, 2016). 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.

Pelaksanaan program JKN di RS membuat RS hanya melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik (PMK No. 59 Tahun 2014). Hal ini menunjukkan bahwa diperlukan pengelolaan khusus untuk pelaksanaan program JKN di RS.

JKN adalah program pemerintah yang mempunyai tujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap penduduk Indonesia, agar hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Program JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014. UU No 40 tahun 2004

pasal 22 disebutkan jika manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Untuk manfaat pelayanan promotif dan preventif yang diberikan, meliputi penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, keluarga berencana, skrining kesehatan tertentu, dan pemeriksaan penunjang pelayanan skrining kesehatan.

Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Klaim RS terhadap BPJS Kesehatan adalah tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan RS melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di RS (Artanto, 2018). Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosis merujuk pada ICD-10 atau ICD-9 Catatan Medis (CM) (Dumaris, 2015).

Cara pembayaran klaim BPJS Kesehatan dengan sistem *Indonesia Case Base Groups*

(INA-CBGs). Berdasarkan Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 440/Menkes/SK/XII/2012 INA-CBGs yaitu sebuah aplikasi yang digunakan RS untuk mengajukan klaim pada pemerintah (Agiwahyunto, 2016). Case Base Groups (CBGs) adalah cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Faktor-faktor yang mempengaruhi besarnya biaya INA-CBGs, yaitu diagnosis utama, diagnosis sekunder berupa penyerta (*comorbidity*) atau penyulit (*complication*), tingkat keparahan, bentuk intervensi, dan umur pasien. Tarif INA-CBGs dibayarkan per episode pelayanan kesehatan, yaitu rangkaian perawatan pasien sampai selesai (Megawati, 2016). Sistem INA-CBGs telah diterapkan di FKRTL sejak pelaksanaan Jamkesmas tahun 2010 (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2014).

Klaim dilakukan oleh RS atau fasilitas kesehatan lainnya melalui proses administrasi klaim. Administrasi klaim adalah proses mengumpulkan bukti atau fakta yang berkaitan dengan sakit atau cedera, membandingkan fakta-fakta tersebut dengan perjanjian kerja sama serta menentukan manfaat yang dibayarkan kepada peserta asuransi.

Tujuan utama dari administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang valid, sesuai dan segera dengan bijaksana dan sesuai dengan polis (Agiwahyunto, 2019).

Pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan dan proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan INA-CBGs. Administrasi klaim dalam INA-CBGs adalah rangkaian proses penyiapan berkas atau dokumen pelayanan yang diajukan dengan pengajuan klaim oleh RS dan penilaian kelayakan atas klaim yang diajukan melalui proses verifikasi klaim sampai pembayaran klaim. Administrasi klaim merupakan suatu kesatuan dimulai dari proses di RS mengajukan klaim sampai di BPJS kesehatan dalam melakukan verifikasi klaim dan pembayaran klaim. RS akan mengajukan klaim dalam bentuk hardcopy untuk rekapitulasi dan softcopy untuk data individu klaim. Verifikasi dilakukan dengan menggunakan aplikasi verifikasi klaim. Apabila sudah ada kesepakatan terkait pengajuan klaim maka akan dibuatkan berita acara sehingga layak untuk pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan sesuai dengan ketentuan (Pradani, 2017). Kasus penyakit selama ini yang dikembalikan oleh BPJS, karena tidak sesuai dengan Buku Panduan

Verifikasi Klaim INA-CBGs Edisi 1 BPJS Kesehatan, yaitu diagnosis sesuai dengan KMK RI No. HK.02.02/MENKES/514/2015 (BPJS Kesehatan, 2014b, 2018). Apabila tidak sesuai dengan diagnosis utama maka pengembalian klaim diganti diagnosisnya, dengan persetujuan dokter yang menangani pasien itu.

Dengan demikian maka peneliti melaksanakan penelitian di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang karena di saat ini pengguna pelayanan kesehatan paling banyak sudah memakai sistem pembiayaan JKN-KIS. Profil RSUD KRMT Wongsonegoro adalah RS tipe B yang terletak di wilayah Kota Semarang, Jawa Tengah, dan bentuk pelayanan medis sudah mengarah ke sub spesialis khususnya spesialis konsultan fisioterapi atau di unit layanan rehabilitasi medik dan pelayanan ini membawahi tindakan fisioterapi (Rumah Sakit Umum Daerah KRMT Wongsonegoro Kota Semarang, 2020).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes RI) Nomor 1363/Menkes/SK/XII/2001 tentang registrasi dan izin praktik fisioterapis bahwa fisioterapi adalah bentuk pelayanan kesehatan yang

ditujukan kepada individu atau kelompok untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang rentang kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan (*physics, elektroterapeutis* dan mekanis) pelatihan fungsi, dan komunikasi. yang terdiri dari tindakan yang menggunakan *Infra Red, Micro Wafe Diatermi, Sort Wafe Diatermi, Shock Wafe Terapi, Ultrasound, Tens, Traction, Terapi latihan, hydro therapy.*

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 65 Tahun 2015 tentang standar pelayanan fisioterapi bahwa fisioterapi didasari pada teori ilmiah dan dinamis yang diaplikasikan secara luas dalam hal penyembuhan, pemulihan, pemeliharaan, dan promosi fungsi gerak tubuh yang optimal, meliputi mengelola gangguan gerak dan fungsi, meningkatkan kemampuan fisik dan fungsional tubuh, mengembalikan, memelihara, dan mempromosikan fungsi fisik yang optimal, kebugaran dan kesehatan jasmani, kualitas hidup yang berhubungan dengan gerakan dan kesehatan, mencegah terjadinya gangguan, gejala, dan perkembangan, keterbatasan kemampuan fungsi, serta kecacatan yang mungkin dihasilkan oleh penyakit, gangguan, kondisi, ataupun cedera.

Berdasarkan hasil survei awal yang dilakukan di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang ada beberapa masalah mengenai pengembalian berkas klaim pada pasien fisioterapi tahun 2019. Pada survey awal peneliti mengambil data 10 kasus berkas klaim yang dikembalikan pada periode tahun 2019, dimana 10 berkas klaim tersebut masalahnya yaitu, 70% (7 buah) karena kontrol berulang 30% (3 buah) koding tidak sama dengan penetapan aturan BPJS. Berkas klaim BPJS rawat jalan kasus fisioterapi dikirim ke BPJS cabang Semarang pada tanggal 10 setiap bulannya (Rumah Sakit Umum Daerah KRMT Wongsonegoro Kota Semarang, 2020).

Tahun 2017 telah diberlakukan v-dika klaim (v-klaim). V-dika klaim merupakan teknik verifikasi baru yang dilakukan BPJS atas klaim pelayanan RS terhadap peserta JKN dengan tujuan verifikasi dan pembayaran lebih cepat dengan syarat semua berkas telah di klaim oleh BPJS Kesehatan. Apabila ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan RS karena memperlambat proses pembayaran klaim (Nuraini, 2019).

Permasalahan proses klaim juga dapat mempengaruhi kegiatan operasional rumah sakit sebagai akibat dapat tidak tercukupinya data yang diperlukan. Kendala proses penagihan oleh pihak rumah sakit kepada BPJS Kesehatan sebagian besar karena berkas klaim dinyatakan tidak layak oleh BPJS Kesehatan sesuai alur pengajuan klaim pada Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2018). Beberapa definisi klaim dikembalikan yaitu klaim yang ditunda pembayarannya dikarenakan ada beberapa hal yang belum disepakati. Klaim dikembalikan adalah klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan dokumen klaim. Klaim dikembalikan adalah semua klaim yang sudah diajukan ke BPJS Kesehatan dan setelah diverifikasi oleh verifikator ada yang perlu dikonfirmasi lagi dan menyebabkan klaim yang diajukan tertunda (BPJS Kesehatan, 2014a; BPJS Kesehatan, 2014b; BPJS Kesehatan, 2018).

Terdapat beberapa penelitian tentang permasalahan pengembalian klaim BPJS Kesehatan. Hasil penelitian Malonda (2015) menyebutkan rekapitulasi pelayanan dan semua syarat pengajuan

klaim harus dilengkapi untuk mempercepat proses klaim BPJS Kesehatan (Malonda, 2015). Penelitian Sabriyah (2016) bahwa semua masalah Klaim sudah di sepakati bersama oleh pihak Rumah Sakit dengan Kantor BPJS bahwa klaim yang terlambat tetap diklaimkan (Sabriyah, 2016). Jika klaim dikembalikan maka RS dapat mengalami kerugian dan akan kehilangan biaya yang sudah dikeluarkan. Apabila klaim diikembalikan atau ditolak dapat menyebabkan kerugian bagi RS, khususnya RS milik pemerintah yang banyak menerima pasien jaminan kesehatan akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan.

Salah satu faktor penting yang menentukan suatu klaim, dikembalikan, ditolak, atau diterima adalah pengkodean (coding) diagnosis dan tindakan pada dokumen rekam medis. Hasil penelitian Artanto bahwa klaim BPJS Kesehatan yang dikembalikan atau ditolak disebabkan karena ketidaksamaan koding dan diagnosis dari RS dengan koding dari verifikasi BPJS Kesehatan (Artanto, 2018). Koding merupakan fungsi yang sangat penting dalam jasa pelayanan informasi kesehatan (Windari, 2016). Keakurasian dalam pengkodean penyakit dan tindakan sangatlah penting karena

terkait dengan pembiayaan pelayanan kesehatan. Dalam pelaksanaan casemix INA-CBGs peran koder sangat menentukan. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam software INA CBGs ditentukan oleh diagnosis dan prosedur. Kesalahan dalam menuliskan koding akan mempengaruhi tarif. Tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil. Untuk mendapatkan *reimbursement* yang sesuai bagi jasa pelayanan kesehatan yang diberikan dibutuhkan ketepatan koding. Dari beberapa penyebab pengembalian klaim hasil verifikasi BPJS terkait konfirmasi koding, yang menjadi hambatan terbesar oleh koder adalah kurang lengkapnya pengisian pemeriksaan fisik dan hasil pemeriksaan penunjang pada resume medis serta ketidaksesuaian penulisan diagnosis dengan ICD-10 sehingga koding yang sudah dibuat dipertanyakan kembali karena penegakan diagnosis belum disertai dengan pemeriksaan pendukung. Informasi yang kurang jelas menyebabkan koder salah dalam penentuan kode penyakit maupun tindakan (Indawati, 2019).

Berdasarkan penjelasan di atas, permasalahan penelitian ini adalah penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pada instalasi rawat jalan kasus fisioterapi merupakan masalah

penting. Penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pada instalasi rawat jalan kasus fisioterapi merupakan tema penelitian ini. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yaitu penelitian korelasi dan komparasi, sedangkan pada penelitian ini dengan metode deskripsi. Penelitian sebelumnya menggunakan jenis penelitian kuantitatif sedangkan penelitian ini jenis penelitian kualitatif. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pada instalasi rawat jalan kasus fisioterapi.

#### **METODE PENELITIAN**

Desain penelitian adalah kualitatif dan rancangan penelitian deskriptif. Peneliti mendeskripsikan penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan pada instalasi rawat jalan kasus fisioterapi. Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2020 di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang. Variabel penelitian yaitu kelengkapan administrasi kepesertaan, kelengkapan berkas pendukung klaim (pemeriksaan penunjang, formulir kendali pasien, billing, dan surat kontrol rehab medik), ketepatan koding ICD-9 dan 10, koding tepat atau tidak tepat, dan penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan rawat jalan kasus fisioterapi.

Kelengkapan administrasi meliputi fotokopi KTP, fotokopi kartu BPJS Kesehatan, fotokopi surat rujukan dan fotokopi surat kontrol merupakan persyaratan yang wajib dibawa peserta BPJS Kesehatan untuk mendapatkan fasilitas BPJS Kesehatan. Berkas klaim BPJS Kesehatan dikatakan lengkap apabila ada SEP, resume medis yang mencantumkan bukti tindakan, diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung jawab Pasien (DPJP), resume medis elektronik, laboratorium/radiologi, x-ray, CT scan, bukti pemeriksaan penunjang lainnya, perincian obat, resep pasien. Ketepatan koding ICD-9 dan 10 adalah ketepatan penentuan koding diagnosis dan tindakan sesuai dengan kaidah ICD-9 CM dan 10. ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9CM untuk tindakan/prosedur untuk kasus fisioterapi menurut Permenkes Nomor 65 tahun 2015 tentang standar pelayanan fisioterapi dan Permenkes Nomor 28 tahun 2014 tentang manfaat jaminan kesehatan kasus di FKRTL. Penyebab pengembalian klaim BPJS Kesehatan rawat jalan kasus fisioterapi adalah Pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan rawat jalan kasus fisioterapi yang disebabkan faktor medis seperti konfirmasi aturan kontrol, konfirmasi tanggal kontrol, konfirmasi kode tindakan

atau prosedur, dan konfirmasi hasil pemeriksaan penunjang.

Subyek penelitian berjumlah 2 informan yang ditetapkan secara *purposive* untuk menyesuaikan dengan tujuan penelitian. Informan utama berjumlah 1 informan yaitu koder dan koordinator casemix. Informan triangulasi berjumlah 1 informan yaitu Kepala Unit Rekam Medis. Penelitian ini menggunakan triangulasi sumber dalam menguji validitas data untuk mendapatkan temuan dan interpretasi data yang lebih akurat dan kredibel dengan menggunakan sumber di luar data utama. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu melalui wawancara mendalam (*indepth interview*). Sumber data dalam penelitian ini adalah sumber data primer dan sekunder. Sumber data primer berupa hasil wawancara. Sumber data sekunder berupa berkas klaim rawat jalan kasus fisioterapi yang dikembalikan. Metode pengumpulan data dengan wawancara mendalam dengan teknik *snowball* (wawancara mendalam dan sistem pertanyaan yang bergulir). Instrumen penelitian menggunakan daftar wawancara untuk menggali dan mendalami informasi terkait tujuan penelitian.

## HASIL

Cara pengolahan dan analisis data penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode analisis isi (*content analysis*), yaitu: 1) pengumpulan data, menggunakan teknik wawancara mendalam yang dicatat dan direkam dengan menggunakan kamera dan *recorder*, selanjutnya hasil akan direkapitulasi dalam transkrip hasil wawancara untuk masing-masing informan, 2) reduksi data, dilakukan dengan melakukan identifikasi bagian yang ditemukan dalam data yang memiliki makna apabila dikaitkan dengan fokus masalah penelitian dilanjutkan dengan memberi kode pada setiap data agar dapat ditelusuri darimana data tersebut bersumber (koding) dan dikelompokkan ke dalam bagian yang memiliki kesamaan dan dicari kaitan antara satu kategori dengan kategori lainnya (kategorisasi), 3) verifikasi data dan penyajian analisis, dilakukan dengan telaah ulang data yang diperoleh terhadap teori dan hasil penelitian terdahulu untuk selanjutnya akan disajikan dalam naratif yang sesuai dengan fenomena yang diteliti, 4) penarikan kesimpulan dalam bentuk deskriptif, dengan membandingkan pertanyaan penelitian dengan hasil penelitian, tujuan penelitian dan konsep teori untuk mengambil kesimpulan atas hasil penelitian.



## 1. Pengetahuan Masalah Klaim dan Pengaturan Pegawai Secara Tupoksi

**Tabel 1.** Pengetahuan Masalah Klaim dan Pengaturan Pegawai Secara Tupoksi

Kotak 1
Pengetahuan masalah klaim dan pengaturan pegawai secara tupoksi
Jawaban Informan
IU-1
Klaim itu merupakan suatu tindakan yang dilakukan oleh pihak RS untuk mengirimkan berkas apa yang telah dilakukan oleh tim medis dan rekam medis kepada BPJS Kesehatan, yang nantinya akan bisa cair berbentuk uang untuk agenda RS kembali. Untuk pegawai merasa ditempatkan di area yang sudah tepat, jadi penempatan di casemix menurut saya sudah sangat tepat, karena saya memiliki kemampuan untuk mengkodekan dan casemix.
IT-1
Klaim yaitu adalah uang hasil dari berkas pasien yang pakai JKN diserahkan ke BPJS Kesehatan dan setuju. Itu semua adalah tindakan untuk mencairkan dana yang memang hak RS untuk pelayanan. Untuk pekerjaan di semua pegawai sudah sesuai, dan saya selalu berpedoman untuk monitoring dan evaluasi kerja. Jadi tupoksi selalu jalan.
Kesimpulan :
Pengetahuan para informan di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang bahwa klaim adalah kegiatan mencairkan dana tuntutan yang harus dipenuhi oleh penanggung yang diberikan kepada yang mempunyai hak yaitu RS yang sudah memberikan pelayanan kepada pasien yang menggunakan jasa asuransi karna sistem pembayarannya dilayani oleh rumah sakit terlebih dahulu baru meminta dana ganti pelayanannya kepada pihak asuransi. Untuk pekerjaan dan semua petugas sudah sesuai tupoksi.

## 2. Penulisan Koding Klaim

**Tabel 2.** Penulisan Koding Klaim

Kotak 2
Penulisan koding di klaim dengan aturan dari ICD serta pemberian pemeriksaan penunjang
Jawaban Informan
IU-1
Pihak koding casemix selalu memakai kaidah koding ICD 9 dan ICD 10, itu sudah menjadi keputusan bagi kami. Memang kalau masalah pengembalian klaim selalu aja ada dari pihak BPJS Kesehatan, karena kami sudah memasukkan ke program INA-CBGs tetapi memang hal itu terjadi. Untuk data pendukung dari klaim selalu kami sertakan, sehingga masalah ini tidak ada kendala. Hanya kendala paling banyak dihadapi adalah ke koding dan surat perintah fisioterapi yang dimana beda hari atau tanggal atau jumlah tindakan fisioterapi antara dokter dengan BPJS Kesehatan.
IT-1
Menurut saya mereka sudah benar kok. Data pendukung lengkap. Kalau dibalikin ya itu manusiawi lah.
Kesimpulan :
Dalam pengkodean sudah tepat karena selalu menggunakan koding ICD 9 dan ICD 10 sebagai pedoman, petugas sudah benar, data pendukung juga sudah tepat jika masih ada klaim yang kembali seperti yang sering terjadi yaitu ketidaktepatan penentuan koding dan kasus kunjungan berulang adalah hal yang wajar terjadi karna jumlahnya pun berkurang dibandingkan dengan presentase tahun tahun sebelumnya.

### 3. Kendala Pada Klaim Fisioterapi

**Tabel 3.** Kendala Pada Klaim Fisioterapi

Kotak 3
Kendala yang dihadapi pada klaim fisioterapi
Jawaban Informan
IU-1
Pihak koding casemix selalu memakai kaidah koding ICD 9 dan ICD 10, itu sudah menjadi keputusan bagi kami. Memang kalau masalah pengembalian klaim selalu aja ada dari pihak BPJS Kesehatan, karena kami sudah memasukkan ke program INA-CBGs tetapi memang hal itu terjadi. Untuk data pendukung dari klaim selalu kami sertakan, sehingga masalah ini tidak ada kendala. Hanya kendala paling banyak dihadapi adalah ke koding dan surat perintah fisioterapi yang dimana beda hari atau tanggal atau jumlah tindakan fisioterapi antara dokter dengan BPJS Kesehatan.
IT-1
Menurut saya mereka sudah benar kok. Data pendukung lengkap. Kalau dibalikin ya itu manusiawi lah.
Kesimpulan : Dalam pengkodean sudah tepat karena selalu menggunakan koding ICD 9 dan ICD 10 sebagai pedoman, petugas sudah benar, data pendukung juga sudah tepat jika masih ada klaim yang kembali seperti yang sering terjadi yaitu ketidaktepatan penentuan koding dan kasus kunjungan berulang adalah hal yang wajar terjadi karna jumlahnya pun berkurang dibandingkan dengan presentase tahun tahun sebelumnya.

## PEMBAHASAN

### 1. Pengetahuan Masalah Klaim dan Pengaturan Pegawai Secara Tupoksi

Petugas klaim memasukkan data kode diagnosis dan tindakan serta data sosial pasien pada aplikasi INA-CBGs. Dalam proses penginputan kode diagnosis utama rawat jalan menggunakan kode Z bagi pasien yang kontrol rawat jalan di rumah sakit. Setelah semua berkas sudah dimasukan ke aplikasi dan sudah direkap, kemudian data dikirimkan ke pusat Kemenkes serta terkirim ke BPJS Kesehatan. Dan mencetak hasil grouping untuk disiapkan bukti fisik yaitu berkas klaim yang akan dikirimkan juga ke

BPJS Kesehatan. Pihak BPJS Kesehatan akan mengoreksi terhadap berkas yang telah dikirimkan oleh RS. Jika terdapat ketidaksesuaian atau kekurangan maka berkas tersebut akan dikembalikan ke RS untuk diperbaiki atau dilengkapi. Menurut peneliti, alur pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang sudah sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014.

Ketidaklengkapan berkas dan informasi tersebut menjadikan penyebab klaim mengalami penundaan, dampaknya secara tidak langsung keuangan rumah sakit akan terganggu dan juga dapat

mengakibatkan kerugian. Sesuai panduan teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti bahwa berkas klaim masih tidak sesuai, maka klaim akan dikembalikan kepada RS untuk dilengkapi atau diperbaiki (BPJS Kesehatan, 2014b). Ketelitian dan pengetahuan koder terhadap aturan terbaru dan kaidah koding yang berlaku sangat berpengaruh terhadap jumlah kesalahan koding yang menjadi penyebab terjadinya klaim pending. Oleh karena itu, sosialisasi tentang aturan terbaru oleh pihak yang terkait sangat diperlukan yang dalam hal ini adalah BPJS Kesehatan agar proses pengajuan klaim menjadi lebih cepat dan lancar sesuai dengan target yang ditetapkan. Apabila sebuah klaim tidak dikoding dengan benar dan tepat, tentu saja nominal klaim yang ditagihkan tidak akan maksimal sesuai dengan layanan yang telah diberikan atau *undercoding*. Bisa jadi peningkatan nominal klaim dikarenakan telah meningkatnya kemampuan dan pengetahuan koder didalam proses koding sehingga memaksimalkan jumlah nominal klaim tanpa melakukan *upcoding*.

Hasil penelitian Kusumawati (2018) bahwa kurangnya pengetahuan koder tentang aturan koding pada Surat Edaran BPJS Kesehatan yang terbaru menambah kemungkinan terjadinya kesalahan koding (Kusumawati, 2018). Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan informasi mengenai surat edaran tersebut tidak tersampaikan secara merata ke seluruh koder rumah sakit sehingga para koder masih memiliki kemungkinan melakukan koding yang tidak sesuai aturan. Sosialisasi tentang aturan terbaru dapat dilakukan pada saat rapat unit setiap bulan, selain itu dapat dibentuk Whatsapp grup agar dapat saling membagikan informasi bila mendapatkan aturan terbaru terkait dengan koding. Ketidakeragaman informasi tentang aturan dan kaidah koding masih berkaitan dengan pengetahuan. Koder yang melakukan proses koding memiliki pengetahuan yang berbeda antara satu sama lain. Ini dimungkinkan terjadi dikarenakan komunikasi antar koder yang kurang terjalin dengan baik sehingga ada koder yang tidak mengetahui kaidah koding tertentu yang akhirnya menyebabkan terjadinya kesalahan koding. Komunikasi yang kurang baik antar koder dapat diminimalisir dengan mengadakan Team Building rutin yang dapat dilakukan 1 tahun sekali untuk melatih kekompakan

dan kerjasama, sehingga kedepannya diharapkan antar koder dapat bekerjasama dengan lebih baik lagi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Qudsiah dan Indrawati (2018) bahwa hasil analisis bivariat pada variabel pengetahuan diketahui bahwa nilai  $p(0,000) < \alpha(0,05)$  dengan interval kepercayaan 1,252 – 3,822 (tidak mencakup angka 1), yang artinya ada hubungan antara pengetahuan dengan pemanfaatan kartu JKN-KIS dan diperoleh nilai PR (Prevalence Ratio) sebesar 2,188, artinya pasien dengan pengetahuan tinggi tentang Program JKN memiliki peluang 2,188 kali untuk memanfaatkan kartu JKN-KIS di RSUD Ungaran (Qudsiah, 2018). Ketika pengetahuan berpengaruh terhadap perilaku seseorang, maka apabila seseorang memiliki pengetahuan yang baik tentang layanan BPJS Kesehatan dapat menimbulkan perilaku dalam bentuk pemanfaatan layanan BPJS Kesehatan, sehingga, terdapat hubungan antara pengetahuan dengan pemanfaatan kartu JKN-KIS KIS pada pasien rawat inap di RSUD Ungaran. Pengetahuan responden tentang pencarian pengobatan kemungkinan dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, misalnya pengalaman, serta sarana prasarana informasi.

Pengetahuan tidak hanya didapat secara formal melainkan juga melalui pengalaman, selain itu pengetahuan juga didapat melalui sarana informasi yang tersedia seperti internet, radio, leaflet, dan sebagainya (Pratiwi, 2017).

## 2. Penulisan Koding Klaim

Penyebab ketidaksesuaiannya disebabkan dalam pemberian kode tindakan. Dimana dalam memberikan kode tindakan seringkali tidak melampirkan hasil pemeriksaan penunjang. Hasil pemeriksaan penunjang tersebut belum jadi dan yang tidak ada hasil pemeriksaan penunjang, Tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang yaitu karena unit rekam medis atau INA CBGs belum menerima dari bagian yang bersangkutan seperti laboratorium, radiologi dan pemeriksaan penunjang yang bersangkutan. Petugas INA CBGs menunggu kiriman hasil pemeriksaan penunjang dari unit yang bersangkutan untuk merevisi berkas klaim. Tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang mengakibatkan perubahan pada penetapan kode tindakan. Hal ini akan membuat tarif akan turun dari pengajuan yang pertama. Dampaknya secara tidak langsung keuangan rumah sakit akan terganggu dan juga dapat mengakibatkan kerugian. Sesuai panduan teknis verifikasi

klaim BPJS Kesehatan Tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti bahwa berkas klaim masih tidak sesuai, maka klaim akan di kembalikan Kepada RS untuk dilengkapi atau diperbaiki. Dalam hal tersebut petugas INA-CBGs mengubah penetapan tindakan yang semula dengan cara mengecek ulang penyebab kesalahan dan berdiskusi dengan dokter yang bersangkutan jika ada berkas pemeriksaan penunjang atau alasan tertentu penyebab ditegakkannya kode tersebut untuk mendukung penegakan kode maka petugas akan melampirkannya dan menjelakannya sebagai bukti sebab ditegakkannya kode tersebut, jika kode dari BPJS Kesehatan-lah yang benar maka petugas akan mengganti kode tindakan tersebut sesuai permintaan dari BPJS Kesehatan agar berkas klaim tersebut dapat diterima BPJS Kesehatan serta tidak perlu bukti pendukung hasil pemeriksaan penunjang lalu mengajukan klaim ulang agar disetujui oleh BPJS Kesehatan.

Hasil penelitian Kusumawati (2020) bahwa salah satu penyebab pengembalian berkas kepada RS untuk konfirmasi adalah ketidaktelitian petugas koder dan

grouper dalam melakukan proses koding dan input ke sistem National Casemix Center (NCC) (Kusumawati, 2020). Kesalahan koding tersebut karena kurangnya pengetahuan koder tentang aturan surat edaran BPJS Kesehatan terbaru dan pengerjaan berkas klaim secara terburu-buru. Selain itu, koder juga belum sepenuhnya terbiasa dengan kode gabung, yaitu sebuah 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 masih sering dikoding oleh koder menjadi dua kode terpisah, sehingga terjadi kesalahan yang menyebabkan klaim pending. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan, dapat diketahui bahwa kesalahan proses koding terkait kode gabung karena koder hanya membaca ICD 10 jilid 3, sedangkan penjelasan tentang kode gabung ini terdapat pada ICD 10 jilid 1.

Menurut Octaria (2017) dalam catatan manual atau elektronik, dokter sering menggunakan sinonim dan singkatan untuk menggambarkan kondisi yang sama. Hal ini bermasalah karena setiap kode diagnostik harus mewakili satu dan hanya satu entitas penyakit. Dari catatan

diagnosis yang ditulis oleh dokter, petugas coder harus memilih kode ICD yang tepat dan cocok dengan terminologi medis. Penggunaan sinonim dan singkatan menyebabkan ketidaktepatan. Dengan demikian, maka sebaiknya ada komunikasi antara coder dan dokter agar persepsi antara keduanya sama dan menghasilkan kode yang akurat. Selain dengan adanya komunikasi, untuk lebih memperlancar pengkodean maka perlu juga dibuat mengenai aturan tertulis tentang penulisan diagnosis pada rekam medis. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Octaria (2018) bahwa keakuratan kode diagnosis penyakit di RS Syafira sudah baik, karena keakuratan persentasi kesalahan hanya sedikit. Keakuratan diagnosis sangat penting untuk dapat menciptakan keakuratan kode karena dengan akuratnya diagnosis akan mempermudah petugas coder dalam menentukan kode diagnosis suatu penyakit (Octaria, 2017).

### **3. Kendala Pada Klaim Fisioterapi**

Pengajuan klaim di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang secara kolektif setiap bulannya mengajukan ke pihak BPJS. Berkas-berkas yang menjadi syarat klaim diantaranya yaitu Asesmen/hasil pemeriksaan pasien, formulir kendali pasien, Billing, SEP,

Kronologi, bukti pemeriksaan penunjang. Dari hasil wawancara ditemukan kendala ketidaktepatan koding yang disebabkan tidak adanya bukti pemeriksaan penunjang karena keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan penunjang, Ketidaksesuaian jadwal fisioterapi karna kurangnya bukti-bukti sebab dilakukannya perubahan jadwal kontrol fisioterapi. Dengan demikian perlu adanya kroscek ulang saat akan dilakukan pengajuan klaim agar jumlah klaim yang dikembalikan bisa semakin menurun.

Petugas koder RS sudah melakukan tugasnya sesuai prosedur dan dengan memakai ICD sebagai pedoman dalam pengkodean. Jika ada klaim kembali dari BPJS Kesehatan maka harus dikoreksi lagi kemungkinan bisa saja ada berkas penunjang pelayanan yang belum dimasukkan ke dalam syarat klaim sehingga kode menjadi tidak sesuai menurut BPJS Kesehatan karena kurangnya bukti bukti yang mengharuskan kode ditulis sesuai kode yang diajukan oleh RS. Jika ada kode yang tidak sesuai dengan kode yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, petugas akan melakukan koreksi lagi dan diskusi dengan dokter yang bersangkutan perihal menanyakan kenapa kode tersebut di kode seperti ini tidak di kode seperti yang

ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, dan dokter akan menjelaskan jika ada bukti bukti penunjang akan dimasukan kembali ke syarat klaim yang diajukan guna menjelaskan alasan kenapa kode tersebut di kode sesuai dengan kode yang diajukan RS agar klaim nya di setujui oleh BPJS Kesehatan. Jika setelah dilakukan koreksi lagi ternyata kode yang dari BPJS Kesehatan-lah yang benar maka pihak RS akan mengubah kodenya sesuai perintah pihak BPJS Kesehatan.

Hasil penelitian Irmawati (2019) menunjukkan sebagian besar berkas klaim yang dikembalikan adalah kasus dengan klasifikasi kelompok *Case-Mix Main Groups* (CMG) kode A (*Infectious and parasitic diseases Groups*) sebanyak 35,82%. Gambaran *dispute* kode diagnosis oleh BPJS dan rumah sakit terjadi pada kondisi kode tidak spesifik, kode DU (Diagnosis Utama) atau kode DS (Diagnosis Sekunder) tidak didukung oleh data pemeriksaan penunjang, kode DS menjadi bagian atau lanjutan dari kode, kode pada kondisi diagnosis *suspect*. Penyelesaian berkas klaim pengembalian karena *dispute* kode dengan reseleksi kode rule MB2 sebanyak 59,70%. Penentuan kode hendaknya selalu membaca kembali dan mengikuti kaidah-kaidah. Tenaga medis perlu memahami

bahwa kelengkapan dan kekonsistensian dalam pengisian rekam medis sangat dibutuhkan untuk menghasilkan kode yang akurat. Jika beberapa kondisi yang tidak bisa dikode bersamaan tercatat sebagai diagnosis utama, maka dilakukan reseleksi kode dengan memilih salah satu kondisi yang menunjukkan bahwa satu di antaranya adalah diagnosis utama pada pasien yang selama episode perawatan diberikan asuhan dan menghabiskan sumber daya paling banyak selama episode perawatan, selain itu juga dapat dipilih sesuai dengan dokter penanggung jawab pasien (DPJP) yang menangani pasien tersebut. Di dalam resume medis tercatat lebih dari satu kondisi utama, sehingga untuk menentukan kode diagnosis utama, koder melaksanakan reseleksi kode rule MB2, kondisi ini yang seringkali membuat kesalahan atau ketidakakuratan kode. Karena pada saat menentukan kode diagnose utama harus benar-benar menentukan kode yang akurat dan presisi. Hal ini membutuhkan kemampuan koder dalam menganalisis resume medis dan data-data penunjang lainnya di dalam berkas rekam medis untuk mendukung penegakan kode diagnosis utama (Irmawati, 2019).

Penelitian Pradani (2017) menemukan bahwa salah satu akar masalah penyebab

keterlambatan penyerahan berkas verifikasi disebabkan oleh tidak adanya umpan balik tertulis oleh IJP. Selama ini, tidak ada umpan balik yang terprogram dan menyeluruh untuk semua unit rawat jalan dan rawat inap, sehingga masalah ini tidak pernah dapat diselesaikan. Unit rawat jalan dan rawat inap juga tidak mengetahui kesalahan unit masing-masing yang berkontribusi menyebabkan keterlambatan klaim BPJS turun ke rumah sakit. Umpan balik tertulis ini diharapkan agar dapat menjadi sarana sosialisasi sekaligus evaluasi terhadap seluruh unit yang selama ini kurang maksimal kinerjanya dalam pengantaran berkas ke IJP. Umpan balik ini juga dapat mengatasi masalah lainnya, yaitu ketidakpatuhan DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) dalam melengkapi rekam medis, yang merupakan akar masalah yang paling sulit untuk diselesaikan (Pradani, 2017).

## **KESIMPULAN**

Penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan instalasi rawat jalan kasus fisioterapi, *pertama*, ketepatan koding menjadi penyebab ketidaksesuaian disebabkan dalam pemberian kode tindakan. Dimana dalam memberikan kode tindakan seringkali tidak melampirkan hasil pemeriksaan

penunjang. Tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang karena unit INA CBGS belum menerima dari bagian yang bersangkutan seperti laboratorium, radiologi dan pemeriksaan penunjang yang bersangkutan. Tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang mengakibatkan perubahan pada penetapan kode tindakan. *Kedua*, kelengkapan berkas penegakan diagnosis medis, petugas klaim memasukkan data kode diagnosis dan tindakan serta data sosial pasien pada aplikasi INA CBGs. Dalam proses penginputan kode diagnosis utama rawat jalan menggunakan kode Z bagi pasien yang kontrol rawat jalan di rumah sakit. Alur pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang sudah sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014. *Ketiga*, kelengkapan berkas tindakan medis, kelengkapan berkas kasus fisioterapi yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan ke RS disebabkan karena ketidaksesuaian jadwal kontrol fisioterapi dan tidak ada tindakan fisioterapi pada billing. Ketidaklengkapan berkas dan informasi tersebut menjadikan penyebab klaim mengalami penundaan, dampaknya secara tidak langsung keuangan RS akan terganggu dan juga dapat mengakibatkan kerugian. Keterbatasan penelitian ini yaitu wawancara mendalam terbatas hanya



hasil informasi dari peserta diskusi sedangkan di luar informan wawancara diskusi tidak dilakukan pengumpulan informasi lebih lanjut. Jumlah informan terbatas 2 yaitu informan utama (IU) sebanyak 1 orang dan informan triangulasi (IT) sebanyak 1 orang sehingga hasil informasi berbeda ditinjau dari informan yang berbeda. Metode pengambilan data menggunakan daftar wawancara sehingga bisa memiliki informasi yang berbeda dari informasi informan penelitian lain sehingga tidak bisa digeneralisasikan. Saran yang diberikan yaitu perlu adanya kajian mutu, melakukan kajian SOP lalu membuat alur perlu kroscek SOP dan panduan untuk dikroscek lagi yang isinya perlu adanya kroscek total sebelum berkas klaim dikirimkan ke BPJS Kesehatan, membangun tim divisi baru untuk kroscek lagi sebelum berkas klaim dikirim ke BPJS Kesehatan, dan membuat capaian indikator minimal untuk total pengembalian klaim setiap tahun untuk meningkatkan dan memotivasi kinerja bagian casemix dan verifikasi.

#### UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terima kasih diberikan kepada semua jajarannya yang telah memfasilitasi terlaksananya penelitian ini.

#### REFERENSI

- Agiwahyunto, F., Octaviasuni, S., & Fajri, M. U. N. (2019). Analisis Implementasi Total Quality Management (TQM) Pada Kasus Pending Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di RSUD Kendal Tahun 2018. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 7(3), 171–180. <https://doi.org/10.14710/jmki.7.3.2019.15-24>
- Agiwahyunto, F., Sudiro, & Hartini, I. (2016). Upaya Pencegahan Perbedaan Diagnosis Klinis Dan Diagnosis Asuransi Dengan Diberlakukan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Pelayanan BPJS Kesehatan Studi Di RSUD Kota Semarang. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 4(02), 84–90. <https://doi.org/10.14710/jmki.v4i2.13594>
- Artanto, A. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr . Kanujoso Djatiwibowo, Periode Januari-Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit (ARSI)*, 4(2), 122–134. Retrieved from <http://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2564>
- Arwati, N. K. A., Sedana, I. B. P., & Artini, L. G. S. (2016). Studi Kelayakan Pengembangan Investasi Pada Rumah Sakit Gigi dan Mulut FKG Universitas Mahasaraswati Denpasar. *E-Jurnal Ekonomi Dan Bisnis Universitas Udayana*, 5(6), 1459–1484.
- BPJS Kesehatan. (2014a). *Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*. Jakarta: BPJS Kesehatan.
- BPJS Kesehatan. (2014b). *Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim*. Retrieved from [https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/Teknis\\_Verifikasi\\_Klaim](https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/Teknis_Verifikasi_Klaim)

- 7042014.pdf  
 BPJS Kesehatan. (2018). *Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG*. Retrieved from [https://www.persi.or.id/images/e-library/panduan\\_verifikasi\\_inacbg.pdf](https://www.persi.or.id/images/e-library/panduan_verifikasi_inacbg.pdf)
- Dumaris, H. (2015). Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG's Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 3(1), 20–28.
- Indawati, L. (2019). Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 105–113. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.230>
- Irmawati, Marsum, & Monalisa. (2019). Analisis Dispute Kode Diagnosis Rumah Sakit Dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 93–98. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.235>
- Kusumawati, A. N., & Pujiyanto. (2018). Analisis Kinerja Dokter Verifikator Internal dalam Menurunkan Angka Klaim Pending di RSUD Koja Tahun 2018. *Jurnal ARSI*, 6(1), 1–10.
- Kusumawati, A. N., & Pujiyanto. (2020). Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja tahun 2018. *Cdk-282*, 47(1), 25–28. Retrieved from <http://103.13.36.125/index.php/CDK/article/view/338>
- Malonda, T. D., Rattu, A. J. M., & Soleman, T. (2015). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr . Sam Ratulangi Tondano. *Jikmu*, 5(2b), 436–447.
- 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), 36–43. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27476>
- Nuraini, N., Wijayanti, R. A., Putri, F., Alfiansyah, G., Deharja, A., & Santi, M. W. (2019). Optimalisasi Manajemen Penanganan Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Citra Husada Jember. *Kesmas Indonesia*, 11(1), 24–35. Retrieved from <http://jos.unsoed.ac.id/index.php/kesmasindo/article/view/1314/1031>
- Octaria, H. (2017). Hubungan Beban Kerja Coder Dengan Keakuratan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Syafira Pekanbaru. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 5(1), 92–95. <https://doi.org/10.33560/.v5i1.155>
- Pradani, E. A., Lelonowati, D., & Sujianto. (2017). Keterlambatan Pengumpulan Berkas Verifikasi Klaim BPJS di RS X: Apa Akar Masalah dan Solusinya? *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(2), 107–114. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6134>
- Pratiwi, A., & Raharjo, B. B. (2017). Pemanfaatan Pusat Layanan Kesehatan (Puslakes) Universitas Negeri Semarang. *HIGELA*, 1(4), 49–60.
- Qudsiah, H., & Indrawati, F. (2018). Pemanfaatan Kartu JKN-KIS pada Pasien Rawat Inap di RSUD Ungaran. *HIGELA*, 2(2), 284–294. <https://doi.org/10.15294/higeia.v2i2.19741>

- Rumah Sakit Umum Daerah KRMT Wongsonegoro Kota Semarang. (2020). *Data Rekam Rumah Sakit Umum Daerah KRMT Wongsonegoro Kota Semarang*. Semarang: DRM Rumah Sakit Umum Daerah KRMT Wongsonegoro Kota Semarang.
- Sabriyah, Sudirman, & Nor, A. R. A. C. (2016). Implementasi Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu. *Promotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(2), 118–128. <https://doi.org/10.31934/promotif.v6i2.17>
- Windari, A., & Kristijono, A. (2016). Analisis Ketepatan Koding Yang Dihasilkan Koder Di RSUD Ungaran. *Jurnal Riset Kesehatan*, 5(1), 35–39. Retrieved from <http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jrk>