

Analisis Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X

Gevi Larasty^{1*}, Fani Farhansyah², Desfa Anisa³

^{1,2,3}Fakultas Ilmu Kesehatan, Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Awal Bros,
Kota Batam, Indonesia

Email: ^{1*}gevilarasty@gmail.com, ²fanifarhansyah26@gmail.com, ³desfaanisa12@gmail.com

(* : coresponding author)

Abstrak – Berkas klaim BPJS Kesehatan Triwulan 1 Januari, Februari dan Maret tahun 2023 dengan 129 berkas klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap yang terpending. Alasan pengembaliannya karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan, perbedaan koding diagnosa antara koder BPJS dengan kode diagnosa rumah sakit dan ketidaklengkapan berkas klaim. Sehingga penyelesaian klaim, mengakibatkan adanya pending klaim yang mengganggu aliran keuangan rumah sakit. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui klaim berkas BPJS Kesehatan pelayanan pasien rawat inap yang terpending di Rumah Sakit X. Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif kuantitatif dengan checklist dokumen berdasarkan pendekatan cross-sectional dari variabel administrasi kepesertaan, pelayanan dan kesehatan. Hasil dari penelitian ini berupa Presentase faktor penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap berdasarkan kesesuaian administrasi kepesertaan yakni sesuai 100%. Presentase faktor penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap berdasarkan kesesuaian administrasi pelayanan yakni sesuai 91,6% yang tidak sesuai 8,4%, dan presentase faktor penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap berdasarkan kesesuaian administrasi kesehatan yakni sesuai 94,7% yang tidak sesuai 5,3 %.

Kata Kunci: BPJS, Pengajuan Klaim, Pasien Rawat Inap

Abstract – *BPJS Health claim files for Quarter 1 January, February and March 2023 with 129 BPJS health claim files for the most important inpatient services. The reason for the return was because it did not pass the service administration verification, the difference in diagnosis coding between the BPJS coder and the hospital diagnosis code and the incompleteness of the claim file. So the settlement of claims results in pending claims which disrupt the hospital's financial flow. The aim of this research is to find out the most important BPJS Health file claims for inpatient services at Hospital The results of this research are the percentage of factors causing pending BPJS health claims for inpatient services based on the suitability of membership administration, namely 100%. The percentage of factors causing pending BPJS health claims for inpatient services based on suitability of service administration is 91.6% appropriate and 8.4% inappropriate. And the percentage of factors that cause pending BPJS health claims for inpatient services based on suitability of health administration is 94.7% appropriate and 5.3% inappropriate.*

Keywords: *BPJS, Filing A Claim, Inpatients*

1. PENDAHULUAN

Peraturan Pemerintah (PP) No 47 Tahun 2016 Tentang fasilitas pelayanan kesehatan bahwa penyelenggaraan fasilitas pelayanan kesehatan wajib dilaksanakan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Penyelenggaraan sarana dan pelayanan kesehatan oleh pemerintah pusat berupa pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan serta pengadaan fasilitas pelayanan kesehatan disetiap daerah di Indonesia. Pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas dapat diperoleh dari fasilitas pelayanan kesehatan baik puskesmas maupun rumah sakit (Permenkes, 2016).

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No 3 Tahun 2020, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit mempunyai kewajiban salah satunya yaitu membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien. Standar mutu pelayanan rumah sakit dapat dipengaruhi dengan pelaksanaan rekam medis. Pelaksanaan rekam medis meliputi proses penerimaan pasien, perekaman kegiatan pelayanan medis, pengelolaan data rekam medis, penyimpanan rekam medis, pelaporan data, serta pembiayaan kesehatan. Pelayanan pembiayaan



kesehatan pada unit kerja rekam medis berupa proses pemenuhan syarat-syarat pengajuan berkas klaim kepada pihak BPJS Kesehatan (Kemenkes RI, 2020).

Menurut (Sander *et al.*, 2022) Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Di Indonesia menggunakan sistem pembayaran prospektif untuk metode pembayaran pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Lanjutan (FKRTL). Metode pembayaran prospektif dikenal dengan case based payment (casemix). Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama. Pengelompokan dilakukan dengan menggunakan software grouper atau sistem INACBGs (Pemerintah RI, 2016).

Sesuai Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim yang disahkan oleh Direktorat Pelayanan tahun 2014 bahwa terdapat berkas yang perlu dilengkapi dalam pengajuan klaim pasien rawat inap maupun rawat jalan. Pengajuan berkas klaim rawat inap dan rawat jalan mempunyai kesamaan pada lembar tambahan bukti pendukung pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA-CBG. Tambahan persyaratan lainnya yang perlu dilengkapi pada berkas klaim pasien rawat inap yaitu Surat Perintah Rawat Inap (SPRI), Surat Eligibilitas Peserta (SEP), dan resume medis. Berkas yang perlu dilengkapi untuk pasien rawat jalan yaitu SEP serta bukti pelayanan rawat jalan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur. Oleh karena itu, proses pengklaiman yang tidak lengkap menyebabkan terjadi pending klaim. Administrasi persyaratan klaim pasien harus lengkap agar persyaratan klaim tidak dikembalikan oleh verifikator BPJS dan pihak BPJS bisa melakukan penggantian biaya secara efektif dan efisien (Putri & Budi, 2020)

Menurut (Astuti & Hidayah, 2022) Pending klaim merupakan pengembalian klaim dimana belum ada kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit terkait kaidah coding maupun medis (BPJS Kesehatan, 2018) Persyaratan yang belum lengkap atau tidak sesuai sehingga perlu direvisi kembali oleh petugas casemix sesuai Petunjuk Teknik Verifikasi Klaim tahun 2014, persyaratan yang diajukan kepada BPJS Kesehatan akan melewati proses verifikasi dan perlu kesesuaian dengan tiga aspek verifikasi. Aspek verifikasi tersebut antara lain yaitu aspek verifikasi administrasi kepesertaan, aspek verifikasi administrasi pelayanan, dan aspek verifikasi pelayanan kesehatan.

Berkas klaim pasien yang tidak sesuai dengan ketiga aspek verifikasi tersebut maka pihak BPJS akan mengembalikan berkas klaim tersebut atau mengalami pending klaim. Dampak terjadinya pending klaim akan menghambat dalam proses penggantian biaya pelayanan kesehatan sehingga rumah sakit akan mengalami kerugian karena belum mendapatkan penggantian biaya yang telah dilakukan untuk pelayanan pasien BPJS Kesehatan. Pending klaim juga memengaruhi perencanaan kebutuhan pelayanan kesehatan di FKRTL karena melihat kondisi penggantian biaya yang belum terpenuhi. Penyelesaian pending klaim menjadi kewajiban bagi unit kerja rekam medis sehingga beban kerja petugas bertambah dengan mengadakan evaluasi kembali terkait berkas klaim pending. Jenis pelayanan kesehatan pada rumah sakit lebih banyak dibandingkan dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama sehingga persyaratan pengajuan penggantian pembayaran berupa berkas klaim jumlahnya lebih banyak dan beragam.

Berdasarkan studi pendahuluan dan observasi yang telah dilakukan di Rumah Sakit X. Peneliti mengambil seluruh berkas klaim BPJS Kesehatan Triwulan 1 Januari, Februari dan Maret tahun 2023 dengan 129 berkas klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap yang *terpending*. Alasan pengembaliannya karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan, perbedaan coding diagnosa antara koder BPJS dengan kode diagnosa rumah sakit dan ketidaklengkapan berkas klaim BPJS (scan berkas tidak jelas) sehingga susah dibaca. Karena kesulitan dalam penyelesaian klaim tersebut, hal ini mengakibatkan adanya tunggakan klaim yang mengganggu aliran keuangan rumah sakit. Rumah sakit dapat mengalami kerugian akibat klaim yang tertunda. Akibat ketidakseimbangan antara pembiayaan pelayanan dan volume klaim yang dibayarkan, asuransi kesehatan mengalami kerugian.

Pendapatan layanan kesehatan, yang mungkin terpuak karena perbedaan biaya dalam jumlah klaim yang diproses, sangat bergantung pada kebenaran kode diagnostik yang diberikan pada

aplikasi INA-CBGs. Membayar untuk perawatan medis darisaku. Oleh karena itu, disarankan agar perekam medis yang dipilih untuk melakukan pengkodean memahami standar dan proses pengkodean ICD-10, dan dimaksudkan agar profesional kesehatan lebih berhati-hati saat mengisi resume medis dan mengajukan klaim. Berdasarkan masalah tersebut penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “Analisis Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X”.

2. METODE

Metode penelitian yang dipakai di penelitian ini memakai metode deskriptif kuantitatif dengan melakukan *checklist* dokumen berdasarkan pendekatan cross-sectional dari variabel verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan diamati pada waktu yang bersamaan. Menurut (Olivia & Nurfebiaraning, 2019) metode kuantitatif juga disebut dengan metode discovery, karena dengan metode ini dapat ditemukan dan dikembangkan sebagai iptek baru dengan data penelitian berupa angka-angka dan analisis statistik. Populasi dalam penelitian ini adalah 129 berkas klaim berkas BPJS Kesehatan pelayanan pasien rawat inap yang *terpending* pada Triwulan 1 tahun 2023 Rumah Sakit X. Dengan populasi 129 klaim berkas BPJS Kesehatan pelayanan pasien rawat inap dan tingkat kesalahan 10% maka dilakukan perhitungan dengan rumus slovin. Rumus slovin adalah sebuah rumus untuk menghitung jumlah sampel minimal apabila perilaku dari sebuah populasi tidak diketahui secara pasti. Sampel diambil menggunakan Teknik sampel acak. Berikut adalah perhitungannya :

$$n = \frac{N}{(1 + N (e^2))}$$

$$n = \frac{129}{1 + (129 \times 0,01)}$$

$$n = \frac{129}{2,29}$$

$$n = 56,33$$

$$n = 56 \text{ berkas klaim } \textit{terpending}$$

Keterangan :

n = Ukuran sampel

N = Ukuran populasi

e = Tingkat kelonggaran kesalahan pengambilan sampel sebesar 10% (0,1).

Teknik yang digunakan penulis dalam pengumpulan data yaitu menggunakan data primer dan data sekunder antara lain sebagai berikut :

a. Data Primer

Data primer diperoleh dari sumber data secara langsung, diamati dan dicatat (Asep Nurwanda, 2020). Data primer yang peneliti gunakan adalah sebagai berikut :

1. Observasi

Pelaksanaan observasi dalam penelitian ini dengan melakukan pengamatan langsung terhadap berkas klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap selama triwulan 1 tahun 2023 yang *terpending* di Rumah Sakit X berdasarkan penyebab dalam tahapan verifikasi klaim.

2. Dokumentasi

Dokumentasi adalah Suatu teknik pengumpulan data dengan menghimpun dan menganalisis dokumen-dokumen, baik dokumen tertulis, gambar maupun elektronik

(Mar'atusholihah *et al.*, 2019). Studi dokumentasi bertujuan untuk mengetahui gambaran penyebab pending klaim dari persyaratan verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi klaim, dan verifikasi pelayanan kesehatan.

3. Checklist Dokumen

Checklist adalah salah satu alat observasi yang ditujukan untuk memperoleh data, berbentuk daftar berisi faktor-faktor berikut subjek yang ingin diamati oleh peneliti, di mana peneliti dalam pelaksanaan observasi di lapangan tinggal memberi tanda *check* (cek, atau biasanya dicentang) pada list faktor-faktor sesuai perilaku subjek yang muncul di lembar observasi (Feni Mardila Putri, Hamdi Nur, & Rini Asmariati, 2019).

b. Data Sekunder

Menurut (Asep Nurwanda, 2020) data sekunder adalah informasi yang diperoleh peneliti melalui cara lain. Dalam penelitian ini data sekunder diperoleh dari makalah, buku, jurnal, dan sumber pelengkap lainnya yang mendukung penyusunan penulisan.

3. ANALISA DAN PEMBAHASAN

Proses pelaksanaan pengajuan klaim BPJS kesehatan bertujuan untuk memperoleh penggantian pembiayaan dari BPJS kesehatan. Proses Pengajuan klaim dimulai dari penerimaan berkas pasien pulang ke rekam medis. Berkas pasien yang diterima kemudian dilakukan pengecekan kesesuaian billing dan kelas perawatan sesuai yang di input di SIMRS. Kegiatan pemberkasan dilakukan oleh petugas rekam medis. Setelah berkas pendukung klaim disatukan kemudian dilakukan pengkodean atau *grouping* pada software INA-CBGs. Hasil pada proses entry klaim adalah data berupa *softcopy* (txt) dan *hardcopy* (laporan individual pasien) dan hasil txt dalam bentuk *softcopy*. *Hardcopy* berupa kelengkapan berkas klaim pendukung seperti resume medis, bukti pemeriksaan penunjang, hasil keluaran INA-CBG, billing dan bukti laporan operasi disatukan dan diserahkan kepada verifikasi BPJS untuk dilakukan verifikasi.

Apabila diperlukan konfirmasi lebih lanjut maka akan dikonfirmasi kepada pihak rumah sakit (administrasi klaim). Apabila hasil konfirmasi sesuai, maka dinyatakan layak, apabila tidak sesuai ada kemungkinan pending atau dikembalikan ke rumah sakit untuk diperbaiki. Untuk kasus yang sudah masuk dan dibahas dalam berita acara kesepakatan bersama antara BPJS kesehatan dan pusat pembiayaan jaminan kesehatan maka sesuai berita acara kesepakatan bersama. Apabila belum ada atau belum masuk berita acara kesepakatan bersama dan belum diatur dalam berita acara maka dimasukkan dalam kasus *Dispute*.

a. Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap Berdasarkan Kesesuaian Administrasi Kepesertaan

Berdasarkan hasil analisis mengenai faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap menurut aspek verifikasi administrasi kepesertaan menunjukkan kondisi kesesuaian sebesar 100%. Menurut (BPJS Kesehatan, 2016) tahapan verifikasi administrasi klaim kepesertaan yaitu data yang dimasukkan ke dalam Surat Kelayakan Peserta (SEP) aplikasi INA-CBGs dan bagian keanggotaan dibandingkan sebagai bagian dari proses Verifikasi Administrasi Kepesertaan untuk menentukan apakah berkas klaim sudah sesuai. Sedangkan menurut (Kamilen, 2020) Ketentuan administrasi kepesertaan yaitu kesesuaian data SEP dengan data aplikasi INA-CBG, kesesuaian data SEP dengan berkas pendukung dan kesesuaian data aplikasi INA-CBGs dengan berkas pendukung. Menurut (Permenkes No 24 Tahun, 2022) menyebutkan bahwa berkas rekam medis harus diisi dengan lengkap karena kelengkapan data pada rekam medis adalah hal yang penting untuk statistik rumah sakit.

Di RS X tidak ada terjadinya ketidaksesuaian dalam hal identitas pasien. Karena RS X sudah tidak menginputkan secara manual identitas pasien. Pihak RS X menggunakan cara melakukan bridging antara aplikasi V-claim BPJS kesehatan dengan aplikasi E-claim INA CBGs sehingga otomatis akan muncul sesuai kepesertaan dalam BPJS Kesehatan. Penginputan dengan cara ini akan lebih mengoptimalkan kinerja petugas dalam menginputkan data lainnya sehingga memperkecil

frekuensi pending klaim berdasarkan administrasi kepesertaan. Oleh karena itu RS X dalam faktor administrasi kepesertaan sesuai 100%. Hal ini sejalan dengan penelitian (Annisa, 2020) bahwa presentase administrasi kepesertaan sesuai 100% karena penginputan data pelayanan telah sesuai dengan cara bridging antara aplikasi V-claim BPJS kesehatan dengan aplikasi E-claim INA CBGs sehingga otomatis akan muncul sesuai kepesertaan dalam BPJS Kesehatan. Sedangkan pada penelitian (Riako, 2022) penyebab pending klaim dari aspek verifikasi administrasi kepesertaan masih terdapat 16 berkas klaim atau 14,67% dari total keseluruhan berkas memiliki ketidaksesuaian data SEP dengan data yang dimasukkan pada aplikasi INA CBGs. Penyebabnya adalah belum melakukan bridging aplikasi E-claim, SIMRS maupun V-Claim sehingga petugas casemix harus mengentrikan secara manual. Menurut asumsi peneliti, agar data-data kepesertaan dalam rekam medis rawat inap selalu lengkap harus dilakukan review terhadap pengisian berkas klaim secara teliti agar tidak terjadi pengembalian berkas dari BPJS.

b. Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap Berdasarkan Kesesuaian Administrasi Pelayanan

Berdasarkan hasil analisis mengenai faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap menurut aspek verifikasi administrasi pelayanan menunjukkan kesesuaian pada lembar individual pasien sebesar 96.4%, rincian unit biaya keperawatan 100%, surat elegebilitas peserta (SEP) 100%, resume medis 89.3%, surat perintah rawat inap (SPRI) 100%, bukti penunjang dan pendukung lain 57.1%. Dapat dilihat bahwa presentase terendah terdapat di bukti penunjang dan pendukung lain. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kesesuaian verifikasi administrasi pelayanan 90.4% sesuai dan 9.6% tidak sesuai. Menurut (BPJS Kesehatan, 2016) Dalam verifikasi administrasi pelayanan ada beberapa hal-hal yang harus diperhatikan antara lain:

- 1) Bandingkan kesesuaian file klaim dengan file yang diperlukan.
- 2) Berkas dikirim kembali ke rumah sakit untuk diselesaikan jika ada perbedaan antara kelengkapannya.
- 3) Kewenangan medis yang diberikan secara tertulis oleh direktur rumah sakit menentukan apakah prosedur dan spesialisasi operator sesuai diperlukan lebih banyak bukti.

Berdasarkan keenam jenis formulir persyaratan rawat inap maka penyebab masing-masing ketidaksesuaiannya yang ditemukan yakni tarif rumah sakit yang ditemukan diinputkan belum sesuai dengan billing yang dilampirkan. Ketidaksesuaian resume medis karena faktor tidak terisinya cara pulang pasien yang meninggal maupun yang hidup. Ketidaksesuaian bukti penunjang dan pendukung lain disebabkan tidak telampirnya bukti penunjang pengakuan suatu diagnosis atau hasil pemeriksaan berupa hasil laboratorium, lembar monitoring, hasil pemeriksaan radiografi. Bukti pendukung lain disebabkan karena tidak telampirnya bukti laporan tindakan bedah atau operasi pasien. Menurut (Megawati, 2019) laporan penunjang merupakan laporan dari suatu rangkaian pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh keterangan lebih lengkap. Apabila bukti penunjang tidak ada atau tidak lengkap dalam syarat pengajuan klaim BPJS pada verifikasi maka akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi. Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh (Irmawati, 2019) bahwa berkas klaim tidak lengkap dan pelayanan medis yang tidak sesuai merupakan penyebab utama berkas klaim rawat inap dikembalikan oleh verifikasi BPJS Kesehatan. Kelengkapan yang dimaksud adalah terdapat SEP, SPRI, resume medis, terdapat bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur, laporan operasi dan berkas penunjang. Menurut asumsi peneliti kelengkapan dan kesesuaian data pada rekam medis sangatlah penting, agar data dalam rekam medis dan berkas klaim rawat inap selalu terisi lengkap maka perlu dilakukan sosialisasi dan penertiban kepada bagian perawatan untuk melengkapi rekam medis sebelum diberikan kepada bagian klaim rekam medis untuk di input. Penertiban dapat dilakukan dengan menerapkan reward dan punishment kepada petugas yang mengisi berkas rekam medis pasien rawat inap.

Jadi dapat disimpulkan berdasarkan hasil grafik kesesuaian administrasi pelayanan kesehatan presentase berkas rekam medis tertinggi yaitu yaitu berkas rincian unit biaya perawatan, surat elegebilitas peserta (SEP) dan surat perintah rawat inap (SPRI) sesuai 100% dengan jumlah 56 berkas rekam medis sesuai, lembar bukti penunjang dan pendukung lain 42,9% dengan jumlah 24



berkas rekam medis yang tidak sesuai, resume medis 10,7% dengan jumlah 6 berkas rekam medis yang tidak sesuai, dan presentase terendah kesesuaian administrasi kesehatan adalah lembar individual pasien 3,6% dengan jumlah 2 berkas rekam medis.

c. **Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap Berdasarkan Kesesuaian Administrasi Kesehatan**

Berdasarkan hasil analisis mengenai faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap menurut aspek verifikasi administrasi kesehatan menunjukkan kesesuaian pada diagnosa dan prosedur sebesar 75%, riwayat rawat inap 100%, spesial group taris INA CBGs 100%, pengkodean bayi baru lahir 100%, pengkodean pasien kontrol ulang dan terapi 89,3%, pengkodean diagnosis utama dan sekunder yang berkaitan 98,2% dan beberapa diagnosa yang seharusnya dikode satu tetapi dipisah 100%. Hasil diatas menunjukkan presentase terendah berada pada pengkodean pasien kontrol ulang dan terapi 89,3% sesuai. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kesesuaian verifikasi administrasi kesehatan sebesar 93,8% sesuai dan 6,2% tidak sesuai. Penyebab pending klaim terhadap pemberian kode diagnosis dan tindakan berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM disebabkan oleh ketidaksesuaian antara koder rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan yang memiliki perbedaan dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan. Apabila koder rumah sakit merasa sudah benar dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan maka hanya perlu memberikan konfirmasi kepada pihak verifikator BPJS Kesehatan mengenai alasan yang tepat pemberian kode tersebut.

Kesesuaian berkas rekam medis berdasarkan aspek verifikasi pelayanan kesehatan berpedoman pada Permenekes Nomor 26 Tahun 2021 mengenai mekanisme episode perawatan, penggunaan kode kontrol Z pada pasien kontrol ulang atau terapi (rehab medik, kemoterapi, radioterapi). Hasil penelitian didapatkan bahwa pasien yang berkunjung lebih dari satu kali dan masih termasuk satu episode perawatan sesuai Permenkes Nomor 26 Tahun 2021 tetapi di klaimkan menjadi episode perawatan yang berbeda. Ketidaksesuaian masih ditemukan pada pengkodean pasien rawat inap yang melakukan kontrol ulang tidak dikode dengan kode "Z" pada diagnosis utama. Ketidaksesuaian pengkodean diagnosis utama dan sekunder yang berkaitan terjadi karena Koder 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. Menurut (Irmawati, 2019) bahwa koding merupakan suatu yang berpengaruh dalam program JKN. Oleh karena itu agar koder dan verifikator memiliki koding penyakit dan tindakan yang sama maka lebih baik dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penyebab perbedaan tersebut. Menurut penelitian (Kusumawati, 2018) bahwa Kode gabung ini masih sering dikoding oleh koder menjadi dua kode terpisah. Sehingga terjadi kesalahan yang menyebabkan klaim pending. Kesalahan proses koding terkait kode gabung karena koder hanya membaca ICD 10 vol 3, sedangkan penjelasan tentang kode gabung ini terdapat pada ICD 10 vol 1. Menurut asumsi peneliti ketepatan pengkodean pada rekam medis sangatlah penting, agar pengkodean dalam rekam medis dan berkas klaim rawat terisi dengan akurat maka perlu diadakannya pelatihan khusus pengkodean kepa petugas casemix rumah sakit.

Jadi dapat disimpulkan berdasarkan hasil grafik kesesuaian administrasi pelayanan kesehatan presentase berkas rekam medis tertinggi yaitu riwayat rawat inap, spesial group tarif INA-CBGs, pengkodean bayi baru lahir, beberapa diagnosa yang seharusnya dikode satu tetapi dikode terpisah sesuai 100% dengan jumlah 56 berkas rekam medis sesuai, lembar pengkodean diagnosis utama dan sekunder yang berkaitan 98,2% dengan jumlah berkas rekam medis 1, lembar kesesuaian diagnosa dan prosedur 26,8% dengan jumlah 15 berkas rekam medis, dan presentase terendah kesesuaian administrasi pelayanan ada di lembar pengkodean pasien kontrol ulang dan terapi 14,3% dengan jumlah 8 berkas rekam medis.

d. **Presentase Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap**

Berdasarkan hasil analisis penelitian yang dilakukan oleh peneliti dapat dilihat dari presentase penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap tertinggi yaitu pada

kesesuaian administrasi variabel pelayanan dengan sejumlah 32 berkas atau sekitar 57%. Sedangkan presentase penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap terendah yaitu pada kesesuaian administrasi variabel kesehatan sejumlah 24 berkas atau sekitar 43%. Pernyataan tersebut sudah sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Irmawati et al., 2018) ketentuan administrasi pelayanan penyebab pengembalian berkas klaim rawat inap oleh verifikator BPJS Kesehatan menunjukkan berkas yang tidak sesuai sebanyak 7 berkas (14%) meliputi Kesesuaian administrasi pelayanan yaitu lembar DPJP dengan diagnosis 2 berkas (4%), dan Koding penyakit bukan koding unbundling 5 berkas (10%).

Menurut asumsi peneliti, penyebab pengembalian berkas klaim BPJS pasien rawat inap ditinjau dari syarat-syarat pengajuan klaim. Yang dimana diagnosanya tidak sesuai dengan dokter penanggung jawab. Hal ini tidak sejalan dengan petunjuk teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014. Dengan harus memperhatikan Kesesuaian Spesialisasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnosa tersebut. Pernyataan tersebut sudah sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Astuti & Hidayah, 2022) 109 berkas klaim rawat inap yang terjadi pending angka ketidaksesuaian tertinggi adalah kesesuaian kode diagnosis dan prosedur sebanyak 38 berkas klaim dengan persentase ketidaklengkapan sebesar 34,86%. Angka ketidaksesuaian terendah adalah beberapa diagnosis yang seharusnya dikode satu tetapi dikode terpisah sebanyak 0 berkas atau sebesar 0%.

Menurut asumsi peneliti, Penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap berdasarkan aspek verifikasi pelayanan kesehatan yang terdapat perbedaan pada kode diagnosis dan tindakan yang dikode oleh koder rumah sakit dengan verifikator BPJS.

e. Presentase Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap Berdasarkan Kesesuaian Administrasi Kepersertaan

Penelitian ini dilakukan dengan meninjau aspek verifikasi administrasi kepesertaan yang berpedoman pada petunjuk teknis verifikasi klaim. Aspek verifikasi administrasi berupa kesesuaian berkas klaim antara data SEP dengan data dalam aplikasi INA-CBG dan kesesuaian data SEP dengan berkas pendukung. Hasil penelitian sebanyak 56 berkas klaim pasien rawat inap periode triwulan 1 pada bulan januari, februari dan maret yang diteliti menggunakan pedoman observasi yaitu checklist berdasarkan administrasi kepesertaan yang berpedoman pada petunjuk teknis. Berikut adalah hasil analisis berkas yang terpending dilihat dari aspek kesesuaian administrasi kepesertaan:

Tabel 1. Kesesuaian SEP dengan INA CBGs

Kesesuaian SEP dengan INA CBGs				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sesuai	56	100.0	100.0
	Tidak sesuai	0	0	0
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa kesesuaian SEP dengan INA CBGs sesuai 100%.

Tabel 2. Kesesuaian data SEP dengan pendukung lain

Kesesuaian data SEP dengan pendukung lain				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sesuai	56	100.0	100.0
	Tidak sesuai	0	0	0
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat bahwa kesesuaian data SEP dengan pendukung lain sesuai 100%.



Gambar 1. Presentase Kesesuaian Administrasi Kepesertaan

Berdasarkan hasil Uji Deskriptif Statistik Frequencies faktor penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap yang terpending berdasarkan kesesuaian administrasi kepesertaan sesuai 100%.

- f. Presentase Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap Berdasarkan Kesesuaian Administrasi Pelayanan

Penelitian ini dilakukan dengan meninjau aspek verifikasi administrasi pelayanan yang berpedoman pada petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014. Aspek verifikasi administrasi pelayanan terdiri dari lembar individual pasien, rincian biaya unit keperawatan, surat eligibilitas peserta (SEP), resume medis, surat perintah rawat inap (SPRI) serta bukti penunjang dan pendukung lain. Hasil penelitian sebanyak 56 berkas klaim pasien rawat inap periode triwulan 1 pada bulan januari, februari dan maret yang diteliti menggunakan pedoman observasi yaitu checklist. Berikut adalah hasil analisis berkas yang terpending dilihat dari aspek kesesuaian administrasi pelayanan :

Tabel 3. Persentase Lembar Individual Pasien

Lembar Individual Pasien				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Tidak Sesuai	2	3.6	3.6
	Sesuai	54	96.4	96.4
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa kesesuaian lembar individual pasien yakni 96,4% (54 berkas rekam medis) sedangkan persentase yang tidak sesuai yaitu 3,6% (2 berkas rekam medis).

Tabel 4. Persentase Rincian Unit Biaya Keperawatan

Rincian Unit Biaya Keperawatan				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sesuai	56	100.0	100.0
	Tidak sesuai	0	0	0
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan tabel 4 dapat dilihat bahwa kesesuaian data SEP dengan pendukung lain sesuai 100%.

Tabel 5. Presentase Surat Elegebilitas Peserta (SEP)

Surat Elegebilitas Peserta (SEP)				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sesuai	56	100.0	100.0
	Tidak sesuai	0	0	0
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan tabel 5 dapat dilihat bahwa kesesuaian data SEP dengan pendukung lain sesuai 100%.

Tabel 6. Presentase Resume Medis

Resume Medis				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Tidak Sesuai	6	10.7	10.7
	Sesuai	50	89.3	89.3
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan Tabel 6 dapat diketahui bahwa kesesuaian resume medis dari 56 lembar berkas rekam medis yang diamati 50 rekam medis yang sesuai (89,3%) dan terdapat 6 lembar rekam medis yang tidak sesuai (10,7%).

Tabel 7. Presentase Surat Perintah Rawat Inap (SPRI)

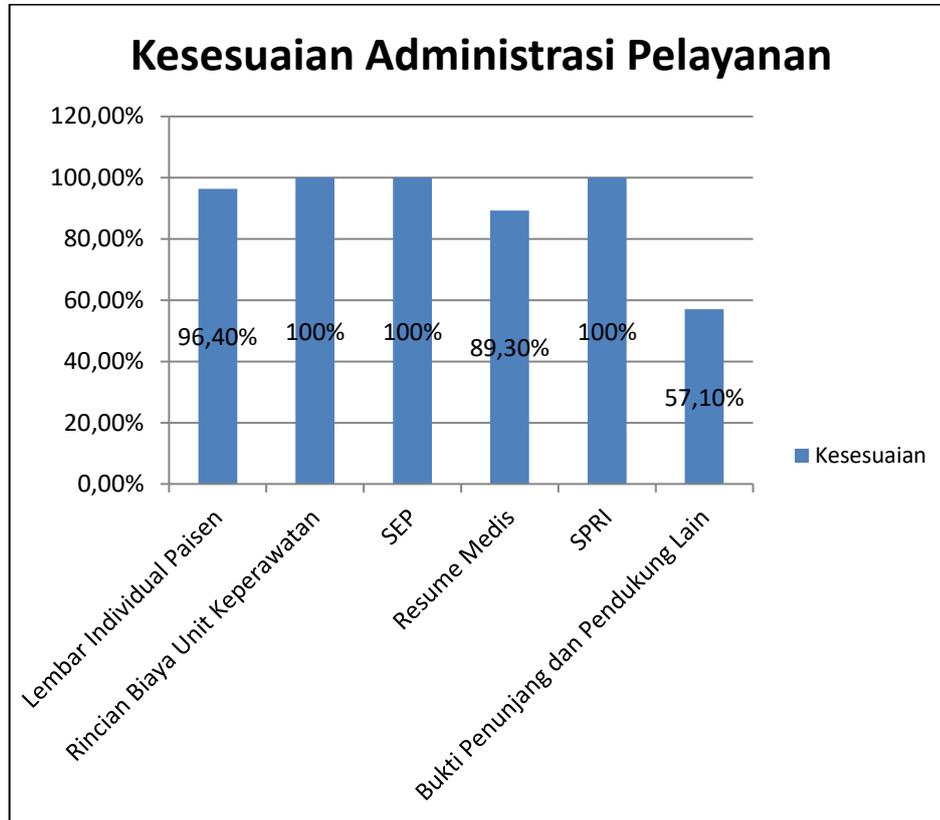
Surat Perintah Rawat Inap (SPRI)				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sesuai	56	100.0	100.0
	Tidak sesuai	0	0	0
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan tabel 7 dapat dilihat bahwa kesesuaian Surat Perintah Rawat Inap (SPRI) sesuai 100%.

Tabel 8. Persentase Bukti Penunjang dan Pendukung Lain

Bukti Penunjang dan Pendukung Lain				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Tidak Sesuai	24	42.9	42.9
	Sesuai	32	57.1	57.1
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan Tabel 4.6 dapat diketahui bahwa kesesuaian bukti penunjang dan pendukung lain dari 56 lembar berkas rekam medis yang diamati 32 rekam medis yang sesuai (57,1%) dan terdapat 24 lembar rekam medis yang tidak sesuai (42,9%).



Gambar 2. Presentase Kesesuaian Administrasi Pelayanan

Berdasarkan hasil Uji Deskriptif Statistik Frequencies faktor penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap yang terpending berdasarkan kesesuaian administrasi pelayanan yaitu 90.4% sesuai dan 9.6% tidak sesuai.

Jadi dapat disimpulkan berdasarkan hasil grafik presentase kesesuaian administrasi pelayanan presentasi kelengkapan berkas tertinggi yaitu berkas rician unit biaya perawatan, surat elegebilitas peserta (SEP) dan surat perintah rawat inap (SPRI) sesuai 100%, lembar bukti penunjang dan pendukung lain 42,9%, lembar resume medis 10,7%. Sedangkan berkas rekam medis yang terpending terendah ada di lembar individual pasien 3,6%.

- g. Presentase Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap Berdasarkan Kesesuaian Administrasi Kesehatan

Penelitian ini dilakukan dengan meninjau aspek verifikasi administrasi pelayanan yang berpedoman pada petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014. Aspek verifikasi administrasi kesehatan terdiri dari kesesuaian diagnosa dan prosedur (menggunakan ICD 10 dan ICD 9 CM), riwayat rawat inap, spesial group tarif INA-CBGs, pengkodean bayi baru lahir, pengkodean pasien kontrol ulang dan terapi. pengkodean diagnosis utama dan sekunder yang berkaitan dan beberapa diagnosa yang seharusnya dikode satu, tetapi dikode terpisah. Hasil penelitian sebanyak 56 berkas klaim pasien rawat inap periode triwulan 1 pada bulan januari, februari dan maret yang diteliti menggunakan pedoman observasi yaitu checklist. Berikut adalah hasil analisis berkas yang terpending dilihat dari aspek kesesuaian administrasi kesehatan:

Tabel 9. Kesesuaian Diagnosa dan Prosedur

Kesesuaian Diagnosa dan Prosedur				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Tidak Sesuai	15	26.8	26.8
	Sesuai	41	73.2	73.2
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan Tabel 9 dapat diketahui bahwa kesesuaian diagnosa dan prosedur dari 56 lembar berkas rekam medis yang diamati 41 rekam medis yang sesuai (73.2%) dan terdapat 15 lembar rekam medis yang tidak sesuai (26.8%).

Tabel 10. Riwayat Rawat Inap

Riwayat Rawat Inap				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sesuai	56	100.0	100.0
	Tidak sesuai	0	0	0
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan Tabel 10 dapat diketahui bahwa riwayat rawat inap dari 56 lembar berkas rekam medis yang diamati sesuai 100%.

Tabel 11. Spesial group tarif INA-CBGs

Spesial group tarif INA CBGs				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sesuai	56	100.0	100.0
	Tidak sesuai	0	0	0
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan Tabel 11 dapat diketahui bahwa spesial group tarif INA CBGs dari 56 lembar berkas rekam medis yang diamati sesuai 100%.

Tabel 12. Pengkodean Bayi Baru Lahir

Pengkodean Bayi Baru Lahir				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sesuai	56	100.0	100.0
	Tidak sesuai	0	0	0
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan Tabel 12 dapat diketahui bahwa spesial group tarif INA CBGs dari 56 lembar berkas rekam medis yang diamati sesuai 100%.

Tabel 13. Pengkodean Pasien Kontrol Ulang dan Terapi

Pengkodean Pasien Kontrol Ulang dan Terapi				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Tidak Sesuai	8	14.3	14.3
	Sesuai	48	85.7	85.7
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan Tabel 13 dapat diketahui bahwa kesesuaian pengkodean pasien kontrol ulang dan terapi dari 56 lembar berkas rekam medis yang diamati 48 rekam medis yang sesuai (85.7%) dan terdapat 8 lembar rekam medis yang tidak sesuai (14.3%).

Tabel 14. Pengkodean Diagnosis Utama dan Sekunder Yang Berkaitan

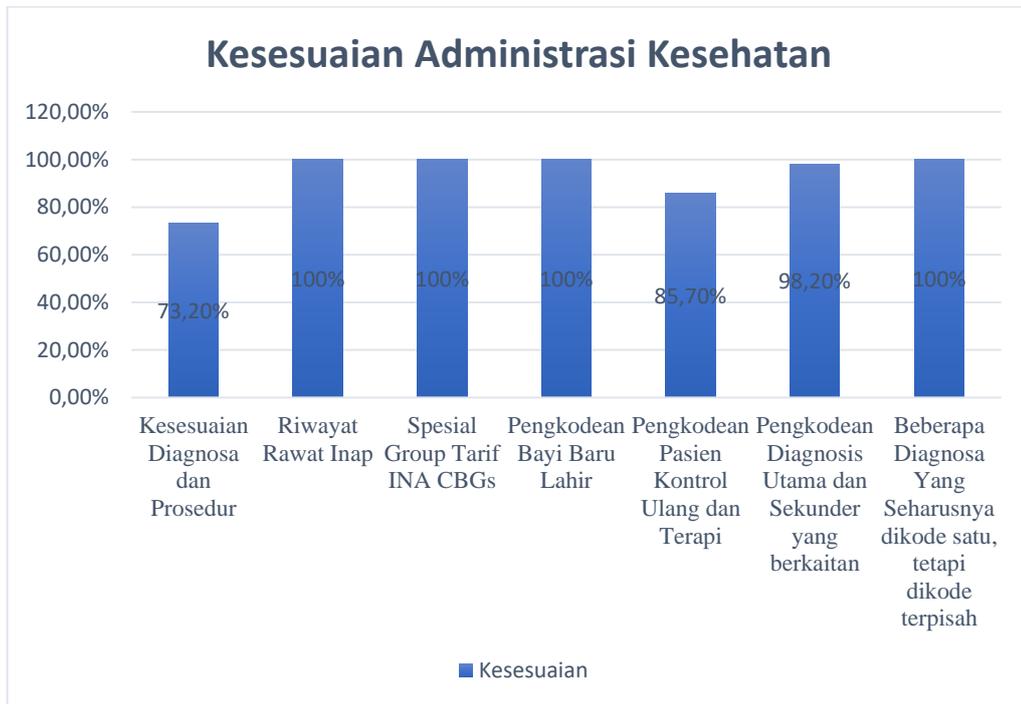
Pengkodean Diagnosis Utama dan Sekunder yang berkaitan				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Tidak Sesuai	1	1.8	1.8
	Sesuai	55	98.2	98.2
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan Tabel 14 dapat diketahui bahwa kesesuaian pengkodean diagnosis utama dan sekunder yang berkaitan dari 56 lembar berkas rekam medis yang diamati 55 rekam medis yang sesuai (98.2%) dan terdapat 1 lembar rekam medis yang tidak sesuai (1.8%).

Tabel 15. Beberapa Diagnosa Yang Seharusnya Dikode Satu, Tetapi Dikode Terpisah

Beberapa Diagnosa yang seharusnya dikode satu, tetapi dikode terpisah				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Sesuai	56	100.0	100.0
	Tidak sesuai	0	0	0
	Total	56	100.0	100.0

Berdasarkan Tabel 15 dapat diketahui bahwa beberapa diagnosa yang seharusnya dikode satu, tetapi dikode terpisah dari 56 lembar berkas rekam medis yang diamati sesuai 100%.



Gambar 3. Presentase Kesesuaian Administrasi Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan hasil Uji Deskriptif Statistik Frequencies faktor penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap yang terpending berdasarkan kesesuaian administrasi pelayanan kesehatan yaitu 93.8% sesuai dan 6.2% tidak sesuai.

Jadi dapat disimpulkan berdasarkan hasil grafik presentase kesesuaian administrasi pelayanan kesehatan presentasi kelengkapan berkas tertinggi yaitu riwayat rawat inap, spesial group tarif INA-CBGs, pengkodean bayi baru lahir, beberapa diagnosa yang seharusnya dikode satu tetapi dikode terpisah sesuai 100%, pengkodean diagnosis utama dan sekunder yang berkaitan sesuai 98,2%, kesesuaian diagnosa dan prosedur sesuai 26,8% Sedangkan berkas rekam medis yang terpending terendah ada di lembar pengkodean pasien kontrol ulang dan terapi 14,3%.

h. Presentase Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap

Penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap terdiri dari 2 variabel yakni variabel kesesuaian administrasi pelayanan dan variabel kesesuaian administrasi kesehatan. Data yang diperoleh akan disajikan berdasarkan presentase tertinggi dan terendah dari penyebab pending klaim berkas BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap.

Tabel 16. Presentase Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap

No.	Variabel	Penyebab	Jumlah	Presentase
1.	Kesesuaian administrasi Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> bukti penunjang dan pendukung lain resume medis lembar individual pasien 	32	57%
2.	Kesesuaian administrasi Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> kesesuaian diagnosa dan prosedur pengkodean pasien kontrol ulang dan terapi 	24	43%

		<ul style="list-style-type: none"> • pengkodean diagnosis utama dan sekunder yang berkaitan 		
Total			56	100%

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti dapat dilihat dari tabel 16 menunjukkan bahwa dari total keseluruhan 56 berkas pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap. Terdapat pending klaim berkas BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap dengan variabel tertinggi yaitu kesesuaian administrasi pelayanan sejumlah 32 berkas atau sekitar 57%. Terdapat pending klaim berkas BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap dengan variabel terendah yaitu kesesuaian administrasi kesehatan sejumlah 24 berkas atau sekitar 43%.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian yang berjudul “Analisis Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X” yang telah disajikan dapat disimpulkan bahwa:

1. Presentase faktor penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap berdasarkan kesesuaian administrasi kepesertaan yakni sesuai 100%.
2. Presentase faktor penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap berdasarkan kesesuaian administrasi pelayanan sebesar 91.6% sesuai dan 8.4% tidak sesuai. Dimana berkas rekam medis yang terpending di pelayanan yakni ada di berkas rekam medis lembar individual pasien, resume medis serta bukti penunjang dan pendukung.
3. Presentase faktor penyebab pending klaim BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap berdasarkan kesesuaian administrasi kesehatan sebesar 94.7% sesuai dan 5,3 tidak sesuai. Dimana berkas rekam medis yang terpending di lembar kesesuaian diagnosa dan prosedur, pengkodean pasien kontrol ulang dan terapi berkas rekam medis dan pengkodean diagnosis utama dan sekunder berkas rekam medis tidak sesuai.
4. Presentase penyebab pending klaim berkas BPJS kesehatan pelayanan pasien rawat inap tertinggi ada di kesesuaian administrasi pelayanan 32 berkas dengan presentasinya 57% sedangkan presentase penyebab pending klaim terendah pada kesesuaian administrasi kesehatan dengan berkas 24 perentasenya 43%.

REFERENCES

- Annisa. (2020). Analisis Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Pasien Rawat Inap Oleh BPJS Kesehatan Di RS Panti Wilasa Dr. Cipto Semarang. Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.
- Asep Nurwanda, E. B. (2020). Analisis Program Inovasi Desa Dalam Mendorong Pengembangan Ekonomi Lokal Oleh Tim Pelaksana Inovasi Desa (PID) Di Desa Bangunharja Kabupaten Ciamis. *Jurnal Ilmiah Ilmu Administrasi Negara*, 7(1), 68–75.
- Astuti, N. D., & Hidayah, A. N. (2022). Literature Review on Causes of Claim Return for Inpatients' Social Security for Health Agency. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 5(2), 81–88.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Sebagai Pelayanan Publik. (2019). *Administrative Law and Governance Journal*, 2(4), 686–696.
- BPJS Kesehatan. (2016). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 1–46.
- Feni Mardila Putri, Hamdi Nur, & Rini Asmariati. (2019). Kajian Spasial Tekanan Penduduk Terhadap Lahan Sawah Di Kota Pariaman. *Jurnal Rekayasa*, 9(1), 31–47.
- Irmawati. (2019). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUDRA Kartini Jepara. *Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 1, 45–51.
- Kemendes RI. (2020). Permenkes No 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit, 3, 1–80.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs).



- Kusumawati. (2018). Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Kode Diagnosis pada Rekam Medis Rawat Jalan dan Software INA CBGs di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Mar'atusholihah, H., Priyanto, W., Damayani, A. T., Studi, P., Guru, P., Dasar, S., & Pendidikan, I. (2019). Pengembangan Media Pembelajaran Tematik Ular Tangga Berbagai Pekerjaan. *Mimbar PGSD Undiksha*, Vol: 7, No, 255.
- Megawati. (2019). Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKUMuhammadiyah Yogyakarta. *Kesehatan Vokasional*, 1, 36–43.
- Olivia, J., & Nurfebiaraning, S. (2019). Pengaruh Video Advertising Tokopedia Versi “ Jadikan Ramadan Kesempatan Terbaik ” Terhadap Respon Afektif. *Jurnal Lontar*, 7(1), 16–24.
- Peraturan Pemerintah. (2021). Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumhaskitan. 086146.
- Permenkes. (2016). Implementasi Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 11(1), 50–56.
- Permenkes No. 3. (2023). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Menteri Kesehatan RI, 1–721.
- Permenkes No 24 Tahun. (2022). Permenkes No 24 Th 2022 Transformasi Rekam Medis Manual Ke Rme. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 24, 21.
- Permenkes RI. (2018). Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan. In Pemerintah Republik Indonesia (pp. 1–74).
- Putri, A. F., & Budi, S. C. (2020). Hubungan Kelengkapan Persyaratan Klaim terhadap Persetujuan Klaim oleh Verifikator BPJS di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Prosiding Seminar Rekam Medis Dan Manajemen Informasi*, 1–10.
- Riako, A. G. (2022). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Dan Rawat Jalan Di RSI Sultan Agung Semarang.