Original Research

HEALTH INFORMATION : JURNAL PENELITIAN (HIJP)

Analisis Faktor Penghambat Pengajuan Klaim BPJS Rawat Inap di RSUD Majenang Tahun 2023

Analysis of Inhibiting Factors in Submitting Inpatient BPJS Claims at Majenang Hospital in 2023

Chaesya Isnaeni Putri[1], Yektiningtyastuti Yektiningtyastuti[2*], Agya Osadawedya Hakim[3], Gunawan Gunawan[4]

[1,2,3]Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto, Indonesia
[4]Rumah Sakit Umum Daerah Majenang, Indonesia;
*Email korespondensi: yektiningtyastuti@ump.ac.id

Kata kunci: BPJS, Pengajuan Klaim, Rawat Inap.

Keywords: *BPJS, Claim Submission, Inpatient.*

Poltekkes Kemenkes Kendari, Indonesia
ISSN : 2085-0840
ISSN-e : 2622-5905
Periodicity: Bianual vol.17 no. 1 2025
jurnaldanhakcipta@poltekkes-kdi.ac.id
Received : 24 Maret 2025
Accepted : 30 April 2025

Funding source: -
DOI : 10.36990/hijp.v17i1.1677
URL : https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/HIJP
Contract number: -

Ringkasan : Latar belakang: Pengajuan klaim BPJS Kesehatan mengalami pengembalian tinggi di RSUD Majenang dengan 1.328 berkas dikembalikan tahun 2023, menimbulkan dampak negatif pada operasional dan keuangan rumah sakit. **Tujuan:** Menganalisis penyebab dan kendala pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas proses klaim. **Metode:** Desain deskriptif kuantitatif-kualitatif menggunakan data primer (wawancara terstruktur verifikator internal, kepala rekam medis, koder) dan sekunder (laporan pengembalian klaim 2023). Populasi 1.328 berkas, sampel 308 berkas systematic random sampling, analisis 5M (Man, Material, Method, Machine, Money). **Hasil:** Pengembalian klaim didominasi aspek medis (59,09%) karena ketiadaan tatalaksana dan penunjang, aspek koding (31,17%) karena konfirmasi kode diagnosis, dan administrasi (9,74%) karena konfirmasi readmisi dan episode SEP. Kendala meliputi ketelitian petugas, persepsi DPJP, kelengkapan berkas, ketiadaan SPO khusus, dan keterbatasan teknologi bridging system. **Simpulan:** Faktor manajemen 5M berkontribusi signifikan terhadap pengembalian klaim, dengan aspek medis sebagai penyebab utama dan perlu perbaikan sistematis. **Saran:** Evaluasi berkala, penyusunan SPO sistematis, penguatan koordinasi antar unit, optimalisasi teknologi informasi bridging system, dan peningkatan kompetensi SDM melalui pelatihan rutin.

Abstract: Background: *BPJS Kesehatan claim submissions experienced high returns at Majenang Hospital with 1,328 files returned in 2023, causing a negative impact on hospital operations and finances.* ***Objective:*** *Analyze the causes and constraints of submitting inpatient BPJS Kesehatan claims to improve the efficiency and effectiveness of the claim process.* ***Methods:*** *Quantitative-qualitative descriptive design using primary data (structured interviews of internal verifiers, heads of medical records,*

coder) and secondary (2023 claims return report). Population of 1,328 files, sample of 308 files systematic random sampling, analysis of 5M (Man, Material, Method, Machine, Money). ***Results:*** *Claim returns were dominated by medical aspects (59.09%) due to the absence of management and support, coding aspects (31.17%) due to diagnosis code confirmation, and administration (9.74%) due to confirmation of readmissions and SEP episodes. Obstacles include the accuracy of officers, the perception of the DPJP, the completeness of the file, the absence of a special SPO, and the limitations of bridging system technology.* ***Conclusion:*** *5M management factors contribute significantly to claims returns, with the medical aspect as the main cause and the need for systematic improvement.* ***Suggestions:*** *Periodic evaluation, systematic preparation of SPO, strengthening coordination between units, optimizing information technology bridging systems, and improving human resource competencies through routine training.*

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia untuk hidup layak dan produktif, sehingga penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali dari segi biaya dan mutu menjadi hal yang penting (Selfanay et al., 2021). Salah satu upaya untuk mewujudkan hal tersebut adalah melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial dan kepesertaan wajib (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014). Program ini bertujuan untuk memberikan perlindungan agar peserta memperoleh manfaat dalam memelihara dan memenuhi kebutuhan kesehatan dasar. BPJS Kesehatan sendiri merupakan badan hukum yang bertanggungjawab dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan (Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011). Jaminan kesehatan ini diberikan kepada peserta yang membayar iuran, baik secara mandiri maupun melalui bantuan Pemerintah Pusat atau Daerah (Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018).

Salah satu aspek penting dalam pelaksanaan program ini adalah mekanisme pengajuan klaim BPJS Kesehatan oleh rumah sakit. Klaim BPJS merupakan proses pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif setiap bulannya (Nabila et al., 2020). Pengajuan klaim tersebut melalui prosedur dan memerlukan persyaratan dalam proses pelaksanaannya dan harus diikuti oleh setiap fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan BPJS Kesehatan (Wigatie & Zainafree, 2023). Pelaksanaan pengajuan klaim oleh fasilitas kesehatan akan terlebih dahulu diverifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan dengan tujuan untuk memastikan kebenaran pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan untuk menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan (Deborah dan Medica, 2022).

Berkas pengajuan klaim yang dikirimkan oleh rumah sakit akan melalui proses verifikasi oleh verifikator BPJS. Jika dalam proses tersebut ditemukan ketidaksesuaian, seperti berkas yang tidak lengkap atau masih memerlukan data pendukung administratif lainnya, maka BPJS Kesehatan akan menyatakan klaim tersebut sebagai pending klaim (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07 /MENKES /1112 /2022). Berkas klaim yang mengalami pending akan dikembalikan kepada rumah sakit untuk dilakukan perbaikan sebelum diajukan kembali (Khiko et al., 2024). Hal ini menjadikan prosedur pengajuan klaim sebagai salah satu tahapan penting dalam pelaksanaan klaim oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA CBG Tahun 2018, penyebab pengembalian klaim dapat dikategorikan ke dalam tiga aspek yaitu administrasi, koding, dan medis. Aspek administrasi, pengembalian klaim umumnya terjadi akibat ketidaksesuaian data atau dokumen yang belum memenuhi persyaratan administratif, mencakup konfirmasi indikasi readmisi, konfirmasi episode Surat Eligibilitas Peserta, indikasi Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL), konfirmasi *post* Kecelakaan Lalu Lintas (KLL), ketidaksesuaian kelas perawatan, dan konfirmasi perawatan. Aspek koding, pengembalian klaim disebabkan oleh kesalahan kesalahan atau ketidaksesuaian dalam pengkodean diagnosis dan tindakan medis, mencakup penggunaan kode gabung, konfirmasi kode diagnosis, konfirmasi kode tindakan, serta kebutuhan untuk melakukan reseleksi kode. Sedangkan pada aspek medis, pengembalian klaim terjadi akibat ketidaksesuaian dalam dokumentasi dan justifikasi medis yang digunakan dalam klaim, meliputi lama perawatan/*Length of Stay* (LOS) yang tidak sesuai, diagnosis yang belum memenuhi kriteria, ketidaklengkapan resume medis, ketidaksesuaian tatalaksana dan pemeriksaan penunjang, serta konfirmasi indikasi rawat inap. Oleh karena itu, pemenuhan persyaratan klaim secara tepat dan akurat sangat penting agar pengklaiman dapat dilaksanakan tanpa hambatan.

Untuk mengatasi hambatan dalam pengajuan klaim, diperlukan analisis terhadap faktor-faktor yang menghambat proses pengajuan klaim. Salah satu pendekatan yang dapat digunakan adalah analisis berdasarkan unsur manajemen 5M (*man*, *material*, *method*, *machine*, dan *money*). Identifikasi faktor *man* merujuk pada sumber daya manusia yang terlibat dalam pelaksanaan pengajuan klaim, faktor *material* merujuk pada kelengkapan formulir rekam medis yang menjadi berkas syarat dalam pengajuan klaim, faktor *method* merujuk pada ketersediaan pedoman atau SPO (Standar Prosedur Operasional) sebagai panduan pelaksanaan pengajuan klaim, faktor *machine* merujuk pada sarana dan prasarana yang digunakan dalam melaksanakan pengajuan klaim, dan faktor *money* merujuk pada biaya kerugian yang ditimbulkan akibat berkas klaim yang mengalami pending (Triatmaja et al., 2022).

Berdasarkan studi pendahuluan, didapatkan data pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Majenang masih terdapat 1.328 pengembalian berkas selama periode tahun 2023. Banyaknya pengembalian ini dapat menunjukkan adanya hambatan dalam proses pengajuan klaim, baik dari aspek administrasi, koding, atau medis yang perlu diperbaiki. Jika permasalahan ini tidak segera diperbaiki, maka dapat berdampak negatif pada keuangan rumah sakit, menghambat operasional administrasi, serta berpotensi menurunkan kualitas layanan kepada pasien. Berdasarkan permasalahan tersebut penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penyebab dan kendala dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang Tahun 2023. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi dalam meningkatkan efisiensi dan efektivitas proses klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit.

Sejauh ini, penelitian terkait pengembalian klaim BPJS umumnya masih terbatas pada aspek teknis tertentu dan belum banyak yang mengkaji penyebab pengembalian klaim secara komprehensif dari berbagai dimensi manajerial. Oleh karena itu, penelitian ini memiliki kebaruan dengan mengintegrasikan pendekatan analisis 5M untuk mengidentifikasi faktor-faktor penghambat pengajuan klaim secara holistik, sehingga hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi landasan perbaikan sistem pengelolaan klaim JKN di tingkat fasilitas kesehatan.

METODE

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Majenang. Pengumpulan data dilakukan pada 20 November – 16 Desember 2023.

Populasi yang digunakan pada penelitian ini adalah pengembalian berkas klaim pending periode Tahun 2023 sejumlah 1.328 berkas. Penentuan sampel menggunakan rumus Slovin dengan *margin of error* 5% didapatkan sampel yang diambil sejumlah 308 berkas. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *systematic random sampling.*

Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara terstruktur dengan informan kunci terdiri dari petugas verifikator internal, kepala rekam medis, dan koder rumah sakit.

Wawancara dilakukan menggunakan pedoman wawancara yang disusun berdasarkan indikator 5M (*Man, Material, Method, Machine, dan Money*) yang berkaitan dengan proses klaim dan hambatan yang dihadapi. Data sekunder berupa berkas lampiran pengembalian klaim BPJS Kesehatan periode Tahun 2023 yang mencakup data klaim yang dikembalikan dan alasan pengembalian.

HASIL

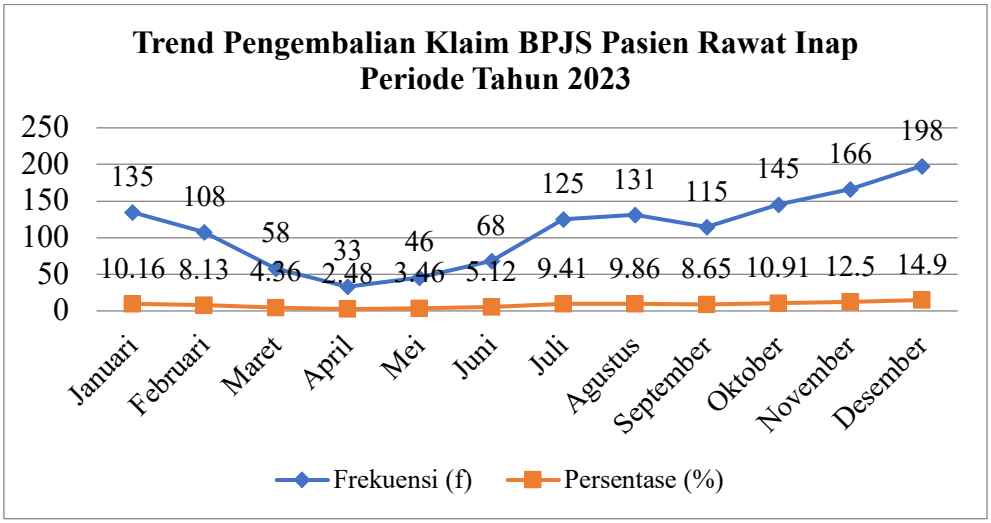
Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Majenang terkait rekapitulasi pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap periode Tahun 2023 didapatkan sebagai berikut:

Tabel 1. Rekapitulasi Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Periode Tahun 2023

Periode	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Januari	135	10,16
Februari	108	8,13
Maret	58	4,36
April	33	2,48
Mei	46	3,46
Juni	68	5,12
Juli	125	9,41
Agustus	131	9,86
September	115	8,65
Oktober	145	10,91
November	166	12,5
Desember	198	14,9
Total	**1328**	**100**

Sumber data: Laporan Pengambilan Klaim BPJS RSUD Majenang, 2023

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa pengembalian klaim BPJS Kesehatan tidak terjadi secara merata tiap bulan, melainkan mengalami fluktuasi. Pengembalian klaim tertinggi terjadi pada bulan Desember sebanyak 198 berkas (14,90%), sedangkan pengembalian terendah terjadi pada bulan April sebanyak 33 berkas (2,48%).



Gambar 1. Grafik Trend Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Periode Tahun 2023

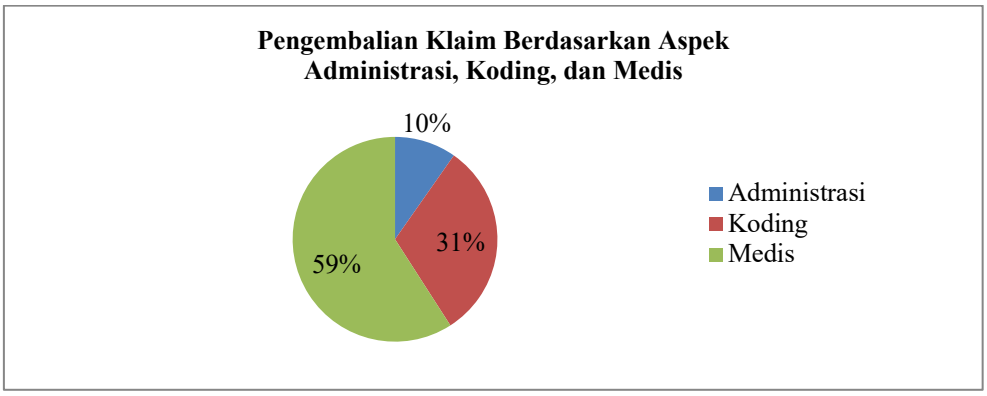
Gambar 1 menampilkan grafik trend pengembalian klaim selama tahun 2023. Dari grafik terlihat adanya tren peningkatan pengembalian klaim, terutama mulai dari bulan Juli hingga puncaknya di bulan Desember.

Berdasarkan hasil analisis dengan cara mengkategorikan penyebab pengembalian berkas sesuai dengan aspek administrasi, koding, dan medis terhadap 308 sampel, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 2. Rekapitulasi Pengembalian Klaim Berdasarkan Aspek Administrasi, Koding, dan Medis

Aspek	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Administrasi	30	9,74
Koding	96	31,17
Medis	182	59,09
Total	**308**	**100**

Sumber data: Laporan Pengambilan Klaim BPJS RSUD Majenang, 2023



Gambar 2. Diagram Pengembalian Klaim Berdasarkan Aspek Administrasi, Koding, dan Medis

Berdasarkan tabel 2 dan gambar 2 diketahui bahwa aspek medis menjadi penyebab pengembalian terbanyak dengan 182 berkas (59,09%), diikuti oleh aspek Koding sejumlah 96 berkas (31,17%), dan aspek Administrasi dengan jumlah terendah yaitu 30 berkas (9,74%). Untuk memahami lebih lanjut

faktor-faktor yang menyebabkan pengembalian klaim, dilakukan analisis terhadap masing-masing aspek berdasarkan kategori tertentu.

Tabel 3 Kategori Pengembalian Klaim Berdasarkan Aspek Administrasi

Kategori	Jumlah Kasus
Konfirmasi Indikasi Readmisi	13
Konfirmasi Episode SEP	9
Indikasi RITL	1
Konfirmasi *Post* KLL	3
Kelas Perawatan	1
Konfirmasi Perawatan	3
Total	**30**

Sumber data: Laporan Pengambilan Klaim BPJS RSUD Majenang, 2023

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa kategori penyebab utama pengembalian klaim pada aspek administrasi adalah konfirmasi indikasi readmisi dengan 13 kasus, diikuti oleh konfirmasi episode SEP sejumlah 9 kasus, serta beberapa kategori lain dengan jumlah kasus yang lebih rendah. Kendala administrasi ini umumnya terjadi akibat ketidaksesuaian data pasien, status kepesertaan, serta persyaratan administratif yang belum terpenuhi.

Tabel 4 Kategori Pengembalian Klaim Berdasarkan Aspek Koding

Kategori	Jumlah Kasus
Penggunaan Kode Gabung	18
Konfirmasi Kode Diagnosis	44
Konfirmasi Kode Tindakan	14
Reseleksi Kode	20
Total	**96**

Sumber data: Laporan Pengambilan Klaim BPJS RSUD Majenang, 2023

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa faktor utama penyebab pengembalian klaim adalah Konfirmasi Kode Diagnosis dengan 44 kasus, diikuti oleh Reseleksi Kode sejumlah 20 kasus, serta Penggunaan Kode Gabung dengan 18 kasus. Hal ini menunjukkan bahwa masih terdapat ketidaksesuaian dalam proses pengkodean diagnosis maupun tindakan medis yang dapat berakibat pada ketidaktepatan klaim.

Tabel 5 Kategori Pengembalian Klaim Berdasarkan Aspek Medis

Kategori	Jumlah Kasus
LOS < 3 hari, Kasus *Severity Level* 2 dan 3	13
Diagnosis Belum Memenuhi Kriteria	66
Kelengkapan Resume Medis	4
Tidak ada tatalaksana dan Penunjang	91
Konfirmasi Indikasi RI	8
Total	**182**

Sumber data: Laporan Pengambilan Klaim BPJS RSUD Majenang, 2023

Berdasarkan tabel 5 diketahui bahwa penyebab utama dalam aspek ini adalah tidak ada tatalaksana dan penunjang sejumlah 91 kasus, diikuti oleh diagnosis belum memenuhi kriteria sejumlah 66 kasus. Hal ini menunjukkan bahwa banyak klaim dikembalikan akibat kurangnya kelengkapan dokumentasi medis atau diagnosis yang belum sesuai dengan indikasi medis.

Hambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang

Konsep 5M merupakan pendekatan klasik dalam manajemen yang mengidentifikasi lima unsur pokok yang mempengaruhi keberhasilan suatu proses kerja. Lima unsur tersebut meliputi *Man* (manusia), *Money* (uang), *Material* (material), *Machine* (mesin), dan *Method* (metode). Pendekatan ini digunakan untuk menganalisis dan memahami berbagai faktor yang dapat menjadi hambatan dalam pelaksanaan tugas atau proses, termasuk dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang.

***Man* (Manusia)**

Faktor *man* dalam penelitian ini merujuk pada sumber daya manusia yang terlibat dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap, khususnya petugas rekam medis dan pihak medis terkait lainnya. Secara umum petugas pelaksana pengajuan klaim sudah sesuai dengan kompetensi, karena mayoritas latar belakang pendidikan petugas merupakan lulusan rekam medis. Sehingga tidak terdapat hambatan untuk pendidikan petugas. Seperti pernyataan berikut:

> *"...Untuk SDM menurut saya sudah cukup sih, karena yang di sini untuk RM hampir PMIK semua, beda mungkin kalo rawat jalan itu ada yang belum itu kan belum satu kompetensi"* (Informan 2).

Meskipun secara kompetensi petugas sudah memadai, namun masih terdapat hambatan dalam ketelitian petugas selama proses pengajuan klaim, terutama saat penginputan data dan pengkodean diagnosis. Ketelitian dalam memahami aspek klinis dan terapi menjadi hal penting dalam menentukan kode diagnosis yang tepat. Seperti pernyataan berikut:

> *"Untuk pengkodean memang harus dilihat dari klinis dan terapi obat sehingga perlu ketelitian dari petugas dalam menganalisis"* (Informan 3).

Selain itu, perbedaan persepsi antar Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) juga menjadi hambatan dalam penegakan diagnosis. Perbedaan ini terutama terjadi antara DPJP yang mungkin memiliki pendekatan yang berbeda dalam menegakkan diagnosis. Hal ini berpotensi menyebabkan ketidaksesuaian dengan regulasi BPJS yang mengharuskan diagnosis didasarkan pada bukti klinis, penunjang, dan terapi. Seperti pernyataan berikut:

> *"...Mungkin kalau DPJP itu mempunyai persepsi penegakan diagnosis berbeda-beda, soalnya kan kaya ada yang DPJP senior dan ada yang terbaru. Contohnya, diagnosis pneumonia ada yang melihat dari klinisnya saja sudah menunjang diagnosis tersebut tetapi juga ada yang berdasar bacaan rontgen thorax. Sehingga ada yang bertentangan dengan regulasi BPJS yang lebih teliti ke penunjang, terapi, dan klinis"* (Informan 3).

***Material* (Bahan)**

Faktor *material* dalam penelitian ini merujuk pada kelengkapan berkas yang menjadi syarat dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap. Salah satu hambatan utama yang ditemukan adalah masih adanya pengembalian berkas klaim akibat ketidaklengkapan berkas yang disertakan. Formulir yang paling banyak menjadi penyebab pengembalian adalah hasil pemeriksaan penunjang, khususnya hasil atau bacaan *Echocardiography* (EKG) yang tidak dilampirkan bersama berkas pengajuan klaim. Ketidaklengkapan berkas dapat menjadi hambatan karena menyebabkan pengembalian dan harus dilakukan perbaikan untuk pengajuan kembali. Selain itu, hambatan lain yang juga berkaitan

dengan faktor *material* adalah ketidaksesuaian berkas rekam medis khususnya formulir resume medis pasien yang sudah tercetak dan akan digunakan sebagai berkas syarat pengajuan klaim manual dengan yang ada pada sistem atau Verifikasi Digital Klaim (VEDIKA), hal tersebutlah yang juga dapat menjadi penyebab pengembalian berkas pengajuan klaim. Seperti pernyataan berikut:

> *"...Mungkin kendalanya karena ketidaksesuaian antara berkas rekam medis yang masuk di sini itu kadang mungkin ada yang ngeprint dari ruangan itu berbeda dengan yang sudah dicetak. Jadi misalkan di VEDIKA Pneuomonia tetapi yang di resume yang disertakan di berkas rekam medis masih Bronchitis"* (Informan 3).

***Method* (Metode)**

Faktor *method* dalam penelitian ini merujuk pada metode atau prosedur yang digunakan dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap. Idealnya, pelaksanaan pengajuan klaim dilakukan berdasarkan SPO yang baku dan terdokumentasi. Pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang belum memiliki SPO khusus yang mengatur secara rinci tentang prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Proses pengajuan klaim selama ini dilakukan berdasarkan pedoman dari regulasi yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan serta merujuk pada isi perjanjian kerja sama RSUD Majenang dengan pihak BPJS Kesehatan. Seperti pernyataan berikut:

> *"...Tidak ada SPO, kita adanya regulasI atau kesepakatan pengajuan dari BPJS kalau enggak kita dari MOU-nya kita dengan BPJS untuk pengajuan klaimnya kan ada"* (Informan 1).

***Machine* (Mesin)**

Faktor *machine* dalam penelitian ini mencakup sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan, meliputi perangkat keras (*hardware*), perangkat lunak (*software*), dan integrasi sistem informasi rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa RSUD Majenang masih terdapat beberapa hambatan teknis dalam aspek ini. Salah satu permasalahan utama adalah belum terintegrasinya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dengan aplikasi INA-CBG's melalui sistem *bridging*. Ketidakterhubungan ini menyebabkan petugas harus melakukan penginputan data dua kali secara manual, yaitu pada SIMRS dan aplikasi INA-CBG's. Kondisi ini tidak hanya menambah beban kerja, tetapi juga meningkatkan risiko ketidaksesuaian data. Seperti pernyataan berikut:

> *"...Yang dimaksud bridging dari BPJS itu adalah kita mengentry di SIMRS sistem informasi kita dengan di INA-CBG's itu satu kali tetapi kalau di kita itu belum bridging dengan bukti itu kita masih SIMRS entry INA-CBG's juga entry jadi dua kali kerja"* (Informan 1).

Selain hambatan integrasi sistem, penurunan performa perangkat keras juga menjadi hambatan dalam proses pengajuan klaim. Beberapa komputer yang digunakan telah mengalami penurunan kecepatan karena usia pemakaian yang berdampak langsung pada efisiensi kerja petugas, hal ini dapat memperlambat akses dan penginputan data. Seperti pernyataan berikut:

> *"...Komputer kalau untuk saya pribadi yang memegang pengajuan disini agak lemot sih. Jadi mungkin inginnya tetap komputer memang diupgrade terbaru untuk CPU atau itunya harus ganti"* (Informan 1)

> *"...Kondisi komputer itu sangat mempengaruhi kinerja kita di RME, misalkan sebelah komputer saya itu sudah kebaca di saya belum. Hal itu bukan karena sistem, ternyata butuh delay komputer satu dengan yang lain berbeda-beda"* (Informan 2).

***Money* (Dana)**

Faktor *money* dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap tidak menjadi kendala langsung. Namun, potensi kerugian keuangan tetap dapat terjadi apabila terdapat banyak pengajuan klaim yang mengalami pengembalian berkas. Pengembalian ini dapat memperlambat proses verifikasi dan pencairan dana oleh BPJS Kesehatan, serta berdampak pada nominal klaim yang akhirnya dibayarkan. Secara umum, meskipun seluruh klaim yang sempat tertunda tetap dibayarkan oleh BPJS, nilai pembayaran yang diterima rumah sakit dapat berkurang setelah proses perbaikan klaim dilakukan. Hal ini dapat menyebabkan kerugian secara riil bagi rumah sakit jika terjadi secara berulang dan dalam jumlah besar.. Seperti pernyataan berikut:

> *"...Kalau dari segi biaya riil rugi soalnya kalau pending itu sebenarnya dibayarkan tetapi nanti nilai nominal berkurang"* (Informan 1).

PEMBAHASAN

Prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang

Pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang melalui prosedur sebagai berikut:

Pelayanan Administrasi dan Pelayanan Medis

Pembayaran klaim BPJS Kesehatan dilakukan setelah seluruh dokumen dinyatakan lengkap dan melalui proses verifikasi oleh BPJS Kesehatan. Berdasarkan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan Tahun 2014, terdapat empat tahapan verifikasi, yaitu verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan kesehatan, serta verifikasi menggunakan aplikasi INA CBG's. Verifikasi administrasi kepesertaan bertujuan untuk memastikan kesesuaian SEP pada berkas klaim dengan INA CBG's. Verifikasi administrasi pelayanan mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan persyaratan kelengkapan berkas. Selanjutnya, verifikasi pelayanan kesehatan difokuskan pada penilaian terhadap kesesuaian diagnosis dan prosedur medis berdasarkan kode ICD-9, ICD-10, dan juknis INA CBG's. Tahapan terakhir adalah verifikasi digital yang dilakukan melalui sistem INA CBG's, mencakup proses purifikasi data, verifikasi lanjutan untuk menghindari kesalahan atau potensi klaim ganda hingga tahap finalisasi.

Kelengkapan dokumen menjadi syarat utama agar klaim dapat diproses. Dokumen yang diperlukan meliputi SEP, *billing* (biaya layanan perawatan), surat pengantar rawat inap, resume medis, bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur, laporan operasi, laporan transfusi, laporan tindakan, asuhan gizi, protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus, resep alat kesehatan, serta dokumen pendukung lainnya. RSUD Majenang telah mengimplementasikan sistem rekam medis elektronik yang terintegrasi dalam Verifikasi Digital Klaim Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (VEDIKA SIMRS) yang mempermudah penyimpanan dan akses terhadap dokumen pelayanan pasien. Salah satu dokumen penting adalah resume medis yang memuat ringkasan kondisi pasien, diagnosis, serta tindakan yang telah diberikan selama perawatan.

Menurut Sakinah & Yunengsih (2021), kelengkapan berkas pengajuan klaim menjadi faktor utama yang mempengaruhi keberhasilan proses klaim, termasuk didalamnya formulir resume medis yang harus mencantumkan diagnosis, prosedur, serta ditandatangani oleh DPJP. Kelengkapan resume medis sangat menentukan kelancaran proses verifikasi. Jika ditemukan kekurangan seperti identitas pasien yang tidak lengkap, isi yang tidak terbaca, tidak ada tanda tangan dokter atau perawat, atau

laporan penting yang tidak tercantum, maka dokumen tersebut akan dianggap tidak valid oleh pihak BPJS Kesehatan.

Pengkodean dan Penginputan

Berkas rekam medis pasien rawat inap yang telah menyelesaikan seluruh rangkaian pelayanan medis akan dikembalikan ke Instalasi Rekam Medis oleh petugas administrasi ruangan. Selanjutnya, berkas tersebut diterima oleh bagian assembling untuk dilakukan verifikasi awal. Petugas assembling bertugas memastikan kelengkapan isi rekam medis, termasuk seluruh bukti pelayanan penunjang, serta mencocokkan kesesuaian antara data dalam rekam medis manual dan data yang tercatat di sistem elektronik rumah sakit. Hal ini sejalan dengan temuan Astuti et al (2022) yang menyatakan bahwa kelengkapan dokumen rekam medis sangat mempengaruhi kelancaran dan kecepatan proses penagihan klaim BPJS Kesehatan.

Setelah proses verifikasi kelengkapan selesai, berkas dilanjutkan ke petugas koder untuk dilakukan pengkodean diagnosis penyakit dan tindakan medis. Pengkodean ini didasarkan pada informasi yang tercantum dalam resume medis pasien. Proses pengkodean diagnosis merujuk pada ICD-10 dan tindakan medis berdasarkan ICD-9-CM yang juga menjadi acuan standar dalam sistem INA-CBG's. Pengkodean tersebut dilakukan untuk rekam medis dari bangsal yang tidak terdapat kodernya, di mana di RSUD Majenang terdapat 2 koder yang bertugas di bangsal yaitu Bangsal Melati (Penyakit Dalam) dan Bangsal Bougenville (Bedah Umum). Setelah proses pengkodean selesai, petugas koder melanjutkan dengan penginputan data ke dalam aplikasi E-Klaim INA-CBG's.

Pada tahap ini, tanggung jawab koder tidak hanya terbatas pada pengkodean, tetapi juga mencakup penginputan data klaim secara menyeluruh. Data yang diinput meliputi informasi klinis seperti kode diagnosis primer dan sekunder, kode prosedur, serta informasi *billing* sesuai tarif rumah sakit. Seluruh proses ini dilakukan hingga tahap finalisasi klaim dan pencetakan dokumen klaim yang sebelumnya telah melalui proses grouping untuk menentukan kelompok INA-CBG's yang paling sesuai. Hal ini sejalan dengan penelitian Zahara et al (2021), yang menyebutkan bahwa di RSUD Lembang petugas koder juga memegang tanggung jawab ganda dalam melakukan pengkodean sekaligus penginputan data klaim, khususnya untuk pasien dengan kasus kenaikan kelas perawatan.

Verifikasi Internal

Setelah klaim difinalisasi dan seluruh data selesai diinput ke dalam aplikasi INA-CBG's, tahap selanjutnya adalah verifikasi internal. Proses ini bertujuan untuk memastikan bahwa dokumen klaim yang diajukan benar-benar sesuai dengan pelayanan medis yang telah diberikan kepada pasien selama perawatan. Menurut Yunawati et al (2024), verifikasi awal oleh petugas klaim sebelum berkas dikirimkan ke verifikator BPJS Kesehatan sangat penting dilakukan guna mengurangi potensi pengembalian berkas akibat ketidaksesuaian data yang diinput dalam sistem INA-CBG's. Pada tahap verifikasi internal, beberapa aspek penting yang diperiksa meliputi kelengkapan resume medis dan dokumen penunjang lainnya, kesesuaian antara diagnosis dan tindakan medis dengan bukti pelayanan yang tersedia, serta kecocokan antara *billing* dengan tindakan medis yang dilakukan. Jika ditemukan adanya ketidaksesuaian, maka klaim akan dikembalikan untuk dilakukan perbaikan sebelum diserahkan kepada BPJS Kesehatan.

Pelaksanaan verifikasi internal di RSUD Majenang didukung oleh penugasan dokter verifikator internal yang berperan penting dalam menjaga ketepatan dan validitas klaim. Menurut Kusumawati (2019), dokter verifikator internal merupakan dokter umum yang bertugas di Instalasi Rekam Medis dan telah mengikuti pelatihan koding. Tugasnya adalah memastikan bahwa proses grouping oleh koder telah dilakukan secara akurat dan sesuai dengan data dalam resume medis. Peran dokter verifikator

internal sangat berpengaruh dalam menurunkan angka klaim pending serta meningkatkan efisiensi proses klaim BPJS Kesehatan.

Pengajuan Klaim

Pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Majenang dilakukan oleh petugas verifikator internal melalui aplikasi Virtual Claim. (V-Claim) BPJS. V-Claim merupakan layanan yang dirancang khusus untuk memudahkan proses pengelolaan klaim BPJS rumah sakit, termasuk pembuatan SEP (Juliantika & Wahab, 2024). Pengajuan dilakukan dengan mengirimkan file dalam format .txt yang berisi rekapitulasi data klaim sesuai periode layanan tertentu. Proses ini dilaksanakan secara berkala berdasarkan jadwal pengajuan klaim yang telah ditentukan oleh BPJS Kesehatan guna menghindari kendala teknis saat proses unggah data.

Setelah file klaim dikirimkan, BPJS Kesehatan akan melakukan proses verifikasi atau purifikasi, yakni pemeriksaan dokumen klaim untuk menilai kesesuaian antara pelayanan yang diberikan dengan dokumen yang diajukan. Hasil verifikasi disampaikan kepada pihak rumah sakit dalam waktu maksimal 14 hari kerja setelah pengajuan tahap awal. Apabila ditemukan kekurangan, ketidaksesuaian data atau dokumen tidak memenuhi ketentuan, maka berkas akan dinyatakan pending dan dikembalikan untuk dilakukan perbaikan. Perbaikan berkas klaim menjadi tanggung jawab rumah sakit yang kemudian mengajukan kembali klaim tersebut sesuai ketentuan yang berlaku.

Upaya yang dapat dilakukan terkait hambatan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang ditinjau dari faktor 5M

***Man* (Manusia)**

Hambatan dalam faktor *man* berkaitan dengan kurangnya ketelitian petugas dalam pengajuan klaim. Proses penyelesaian klaim menuntut hasil kerja yang tepat dan akurat, sehingga ketidaktelitian dapat menimbulkan berbagai masalah. Contohnya, kesalahan input data seperti memasukkan kode diagnosis yang salah, tidak melampirkan dokumen pendukung yang sesuai, atau data administratif yang tidak lengkap. Kesalahan-kesalahan ini berpotensi menyebabkan klaim dikembalikan oleh BPJS Kesehatan (Listiyawati dan Wijayanti, 2022). Akibatnya, klaim menjadi tidak valid dan harus diperbaiki, sehingga memperlambat proses verifikasi serta pembayaran.

Selain itu, perbedaan persepsi antar DPJP dalam melakukan penegakan diagnosis dan pengkodean pada resume medis pasien juga menjadi hambatan. Menurut Nomeni et al (2020), kesamaan persepsi antara DPJP, koder, dan verifikator BPJS sangat penting untuk meminimalisir ketidaksesuaian dalam pengkodean. Ketidaksamaan persepsi ini biasanya muncul karena interpretasi klinis yang berbeda atau kurangnya pemahaman terhadap aturan pengkodean yang digunakan BPJS Kesehatan. Hal ini berujung pada inkonsistensi antara data klinis dan administratif yang dapat membuat klaim rawan ditolak.

Untuk mengatasi masalah tersebut, salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah mengadakan pelatihan rutin bagi petugas yang terlibat dalam pengajuan klaim. Pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman terkait regulasi pengklaiman, memperbaiki ketelitian dalam penginputan data, serta menyelaraskan interpretasi kode diagnosis. Hal ini sejalan dengan penelitian Mandia (2023) yang menunjukkan bahwa pelatihan dapat meningkatkan pemahaman terkait regulasi pengkodean ICD-10 serta kasus-kasus pending klaim. Pelatihan ini tidak hanya menjadi upaya teknis, tetapi juga mendukung kebijakan rumah sakit dalam meningkatkan kompetensi SDM sebagai bagian dari sistem mutu pelayanan kesehatan.

Material (Bahan)

Hambatan utama pada faktor *material* adalah berkas persyaratan klaim yang belum sepenuhnya lengkap atau sesuai. Misalnya, resume medis masih belum terisi secara menyeluruh, dokumen pendukung tidak sesuai, atau terdapat ketidaksesuaian antara data manual dan data elektronik. Kondisi ini membuat proses klaim menjadi terhambat dan tidak bisa langsung diproses oleh BPJS.. Khasanah et al (2023) menyatakan bahwa kelengkapan formulir rekam medis merupakan syarat yang perlu diperhatikan dalam proses pengklaiman. Kelengkapan dan kebenaran data yang terdapat pada resume medis merupakan bagian penting dalam proses pengajuan klaim.

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Sakinah dan Yunengsih (2021) yang menyatakan bahwa bahwa resume medis harus diisi dengan lengkap, tepat, dan akurat karena menjadi salah satu dokumen utama dalam pengajuan klaim. Selanjutnya, Rahayu & Sari (2023) juga menambahkan bahwa kelengkapan resume medis akan memudahkan petugas rekam medis dalam mengelola data sebagai laporan bagi rumah sakit untuk mengevaluasi dan merencanakan pelayanan kesehatan ke depan. Untuk mencegah hal tersebut, rumah sakit perlu memastikan bahwa semua berkas klaim telah lengkap dan sesuai, baik dalam bentuk manual maupun elektronik. Pemeriksaan menyeluruh terhadap kesesuaian resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, kode diagnosis dan prosedur, serta data administratif pasien, sangat penting dilakukan sebelum berkas dikirim.

Method (Metode)

Pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang belum memiliki SPO yang secara khusus mengatur pelaksanaan kegiatan tersebut Proses pengajuan klaim masih mengacu pada regulasi dan buku panduan dari BPJS Kesehatan serta perjanjian kerja sama antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Tidak adanya prosedur operasional yang baku berpotensi menyebabkan terjadinya perbedaan dalam pelaksanaan antar unit, tergantung pada interpretasi masing-masing unit. Keberadaan SPO sangat penting sebagai pedoman kerja untuk memastikan setiap tahapan proses berjalan secara efisien, konsisten, dan terstandarisasi. Taufiq (2019) menyatakan SPO merupakan standar baku yang memuat proses dan prosedur kegiatan yang efektif dan efisien serta merupakan gambaran mengenai langkah kerja yang diperlukan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi dalam mencapai tujuan rumah sakit.

Hal ini sejalan dengan Wijaya (2023) yang menegaskan bahwa SPO berguna sebagai pedoman wajib yang harus diikuti untuk menjamin kelancaran kegiatan operasional yang telah ditentukan. Untuk memperlancar dan meminimalkan kendala dalam proses klaim, rumah sakit dapat segera menyusun SPO khusus pengajuan klaim BPJS. Penyusunan SPO tersebut sebaiknya melibatkan seluruh pihak terkait, seperti instalasi rekam medis, DPJP, serta bagian keuangan yang diharapkan dari penyusunan SPO tersebut dapat mencakup alur kerja yang jelas, pembagian tanggung jawab, serta daftar dokumen pendukung yang harus dilengkapi.

Machine (Mesin)

Hambatan pada faktor *machine* yaitu aplikasi yang digunakan belum *bridging system* dan penurunan kinerja komputer. Tanpa adanya integrasi digital, proses klaim masih dilakukan secara manual yang artinya petugas harus melakukan input ulang data dari sistem rumah sakit ke aplikasi BPJS. Kondisi ini sangat rawan terhadap kesalahan duplikasi, keterlambatan proses, dan ketidaksesuaian data antar sistem. Penerapan *bridging system* bertujuan untuk meningkatkan akurasi data dan informasi layanan serta menciptakan transparansi pencatatan pembiayaan karena perekaman data yang sama di setiap sistemnya (Nikmah, Putri, & Shintia, 2021). Oleh karena itu, penerapan *bridging system* dapat dengan segera direalisasikan karena dalam pelaksanaannya tidak hanya mempercepat proses pelaksanaan pengajuan klaim tetapi juga dapat meminimalisir adanya kesalahan (*human error*) dalam penginputan.

Terkait kinerja komputer yang lambat atau sudah usang juga menjadi hambatan teknis yang cukup signifikan. Komputer yang lemot dapat memperlambat berbagai aktivitas penting, seperti input data, pengecekan berkas, hingga pencetakan dokumen klaim.Sejalan dengan penelitian Herman et al (2020) bahwa perlu dilakukan upgrade komputer agar tidak lamban dan *loading* lama pada saat digunakan dalam proses pengklaiman. Sehingga peningkatan kinerja komputer ini berpengaruh pada percepatan proses pelaksanaan pengajuan, karena saat ini hampir seluruh proses pengajuan klaim dilakukan oleh sistem.

***Money* (Dana)**

Pada faktor *money* tidak ditemukan kendala dalam proses pengajuan klaim tetapi akan menjadi sebuah kerugian bagi pihak rumah sakit apabila dalam pelaksanaan pengajuan klaim tersebut pada proses verifikasi mengalami banyak pengembalian berkas klaim. Pengembalian berkas klaim akan berpengaruh pada keterlambatan pembayaran dan pengurangan tarif yang dibayarkan. Hal ini sesuai dengan penelitian Amalia et al (2023) yang menyatakan bahwa tidak ada yang menjadi kendala dalam unsur *money* akan tetapi, jika terdapat pengembalian berkas klaim yang diajukan dan harus diperbaiki maka akan terjadi selisih tarif yang ditentukan di awal dengan tarif yang didapatkan di akhir.

Untuk mengurangi potensi kerugian akibat pengembalian klaim yang berulang, rumah sakit dapat memperkuat sistem verifikasi internal sebelum dokumen dikirimkan ke BPJS Kesehatan. verifikasi ini bertujuan memeriksa kelengkapan, ketepatan, dan kesesuaian dokumen klaim secara menyeluruh. Selain itu, rumah sakit juga disarankan untuk menjadikan rasio klaim valid sebagai salah satu indikator kinerja keuangan dengan melakukan evaluasi rutin terhadap indikator ini, manajemen dapat mengidentifikasi pola kesalahan yang sering terjadi dan merumuskan langkah korektif secara tepat waktu. Pendekatan ini tidak hanya menjaga stabilitas arus kas, tetapi juga mendorong efisiensi dan akurasi dalam keseluruhan sistem pengajuan klaim.

KESIMPULAN DAN SARAN

Pengembalian klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Majenang bervariasi setiap bulan dan meningkat pada akhir tahun. Sebagian besar disebabkan oleh aspek medis, diikuti koding dan administrasi. Permasalahan medis meliputi ketidaklengkapan tatalaksana, pemeriksaan penunjang, dan ketidaksesuaian diagnosis; aspek koding mencakup konfirmasi dan reseleksi kode serta penggunaan kode gabung; sedangkan aspek administrasi berkaitan dengan konfirmasi readmisi dan episode SEP. Berdasarkan analisis 5M, hambatan meliputi ketelitian petugas, perbedaan persepsi tentang kelengkapan berkas, prosedur operasional, dan dukungan teknologi yang belum optimal. Meskipun keuangan bukan hambatan utama, dampaknya terhadap keberlanjutan pelayanan perlu diperhatikan.

Perbaikan memerlukan evaluasi klaim secara berkala, penguatan koordinasi antarunit, penyusunan SPO yang sistematis, serta optimalisasi teknologi informasi melalui bridging system. Keterlibatan seluruh pihak diharapkan dapat menekan pengembalian klaim, meningkatkan efisiensi dan akurasi pengajuan, serta menjaga keberlanjutan pelayanan dan pembiayaan rumah sakit.

REKOMENDASI

Untuk memperkuat validitas dan komprehensivitas penelitian, diperlukan integrasi analisis multidimensional yang mencakup faktor eksternal makro-struktural dan longitudinal. Tambahkan kajian komparatif benchmarking dengan rumah sakit sejenis yang memiliki tingkat pengembalian klaim rendah, analisis dampak regulasi terbaru BPJS terhadap prosedur pengajuan klaim, serta evaluasi cost-benefit analysis penerapan teknologi informasi kesehatan.

PERNYATAAN

Ucapan Terimakasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak khususnya kepada Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto dan RSUD Majenang yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian ini.

Pendanaan

Pendanaan dalam penelitian ini dilakukan secara mandiri.

Kontribusi Setiap Penulis

Nama yang tercantum sebagai penulis dalam artikel ini berkontribusi dalam penulisan artikel ini.

Pernyataan Konflik Kepentingan

Penelitian ini tidak ada konflik kepentingan.

DAFTAR PUSTAKA

Amalia, I., Fannya, P., Viatiningsih, W., & Aula Rumana, N. (2023). Gambaran Prosedur Klaim Peserta Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSPAD Gatot Subroto Tahun 2022. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, *3*(4), 359–376. https://doi.org/10.59141/cerdika.v3i4.578

Astuti, S. I., Kadarusman, D. J., YudaSyahidin, & Hidayati, M. (2022). Perancangan Sistem Informasi Kelengkapan Persyaratan Klaim BPJS Rawat Jalan di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, *2*(1), 141–149. https://doi.org/10.59141/cerdika.v2i1.302

BPJS Kesehatan. (2014). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim.

BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan. (2018). Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Edisi 2, *2938*(14).

Deborah Intan Paulina, & Siwi Talinta Fitra Medica. (2022). Problematika Pencairan Hak Jasa Layanan Rumah Sakit Oleh BPJS Kesehatan. *Al Qodiri : Jurnal Pendidikan, Sosial Dan Keagamaan*, *20*(2), 267–287. https://doi.org/10.53515/qodiri.2022.20.2.267-287

Herman, L. N., Farlinda, S., Ardianto, E. T., & Abdurachman, A. S. (2020). Tinjauan Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap di RSUP dr. Hasan Sadikin. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, *1*(4), 575–581. https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2030

Juliantika, T., & Wahab, S. (2024). Analisis Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi Dengan Vclaim Guna Menunjang Efektifitas Pembuatan SEP Rawat Jalan di RSUD Bandung Kiwari. *PREPOTIF : JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT*, *8*(3), 4693–4699.

https://doi.org/10.31004/prepotif.v8i3.33571
Kementerian Kesehatan RI. (2014). Peraturan Menteru Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tentang Pedoman Program Jaminan Kesehatan Nasional. *Departemen Kesehatan RI*, 1–48.
Kementerian Kesehatan RI. (2021). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor NOMOR HK.01.07/MENKES/1112/2022 Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien.
Khasanah, M. N & Fannya, P & Indawati, L & Putra, D. H. (2023). Tinjauan Proses Klaim Bpjs Kesehatan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sukapura Jakarta Utara Tahun 2021. *Journal of Innovation Research and Knowledge*, *Vol.3*(3), No.3. https://doi.org/10.53625/jirk.v3i3.6327
Khiko, R., Hapsari, M., Nabila, A., Heryana, A., Nurmawaty, D., Studi, P., … Unggul, U. E. (2024). Penerapan Kelengkapan Resume Medis Terhadap Pengajuan Klaim JKN di RSU Adhyaksa Tahun 2024, *5*(September), 9613–9620. https://doi.org/10.31004/jkt.v5i3.33682
Kusumawati, A. N. (2019). Analisis Kinerja Dokter Verifikator Internal dalam Menurunkan Angka Klaim Pending di RSUD Koja Tahun 2018. *Jurnal ARSI : Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, *6*(1). https://doi.org/10.7454/arsi.v6i1.3244
Mandia, S. (2023). BPJS Claims Pending Case Coding Training at Aisyiyah Padang RSU. *Dinamisia : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, *7*(1), 55–61. https://doi.org/10.31849/dinamisia.v7i1.12032
Nabila, S. F., Santi, M. W., Tabrani, Y., & Deharja, A. (2020). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, *1*(4), 519–528. https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2157
Nikmah, U., Putri, L., & Shintia, B. (2021). Tinjauan Keterlambatan Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Inap Pasien BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Harapan Dan Doa Kota Bengkulu Periode Januari-Maret Tahun 2021. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan (Health Information Management)*, *24*(2), 168.
Nomeni, H. E., Sirait, R. W., & Kenjam, Y. (2020). Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe. *Media Kesehatan Masyarakat*, *2*(2), 1–14. https://doi.org/10.35508/mkm.v2i2.2795
Presiden. (2011). UU no 24 tahun 2011 tentang BPJS. *Phys. Rev. E*, *108*, 1–13.
Presiden Republik Indonesia. (2018). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*, 1689–1699.
Rahayu, N., & Sari, I. (2023). Pengaruh Kelengkapan Pengisian Resume Medis Pasien Terhadap Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung. *Health Information: Jurnal Penelitian*, *15*(2), 1–10.
Sahir, L., & Wijayanti, R. A. (2022). Faktor Penyebab Pending Claim Ranap JKN Dengan Fishbone Diagram di RSUP dr Kariadi. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, *10*(2), 182–190. https://doi.org/10.33560/jmiki.v10i2.480
Sakinah, A., & Yunengsih, Y. (2021). Analisis Kelengkapan Resume Medis Rawat Inap BPJS Terhadap Kelancaran Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Melania Bogor. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, *2*(4), 70–77. https://doi.org/10.31004/jkt.v2i4.2665
Selfanay, M., Pajung, C. B., & Suarjana, I. W. (2021). Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasaan Pasien Rawat Inap di RSUD Cendrawasi Dobo Kabupaten Kepulauan Aru. *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNIMA*, *02*(03), 47–52. https://doi.org/10.53682/ejkmu.vi.1889
Taufiq, A. R. (2019). Penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit. *Jurnal Profita*, *12*(1), 56. https://doi.org/10.22441/profita.2019.v12.01.005
Triatmaja, A. B., Wijayanti, R. A., & Nuraini, N. (2022). Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSU Haji Surabaya. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, *3*(2), 131–138. https://doi.org/10.25047/j-remi.v3i2.2252
Wikansari, N., Wijaya, R. N., & Ariani, T. (2023). Analisis Pengembalian Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap Di Rumah Sakit Nur Hidayah Kabupaten Bantul. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia (JIKI)*,

9(2), 120. https://doi.org/10.31290/jiki.v9i2.4192

Wigatie, R. A., & Zainafree, I. (2023). Analisis Kepuasan Pengguna Aplikasi Mobile JKN di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Magelang. *Health Information : Jurnal Penelitian, 15*(2), e1321. Retrieved from https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/hijp/article/view/1321

Yunawati, N. P. L., Aridayana, I. P. M., Faidah, N., & Murcittowati, P. A. S. (2024). Analysis of Verification Aspects Associated with the Return of BPJS Health Claims for Inpatients at RSU Surya Husadha Denpasar Analisis Aspek-Aspek Verifikasi yang Berhubungan dengan Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSU Surya Husadha. *Procedia of Engineering and Life Science*, *7*, 16–22. https://doi.org/10.21070/pels.v7i0.2093

Zahara, H., Amalia Rahmi, D., & Susi Susanti, A. (2021). Analisis Prosedur Klaim Asuransi Jaminan Kesehatan Nasional Pasien Rawat Inap RSUD Lembang. *Jurnal Health Sains*, *2*(7), 877–885. https://doi.org/10.46799/jhs.v2i7.219