

Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim dari BPJS ke Rumah Sakit

Rachmi Triyulia Citra¹, Frisya Anggita², Nofri Heltiani^{3*}

¹Rumah Sakit Gading Medika Bengkulu

^{2,3}Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu

Email : ¹rachmitriyulia@gmail.com*, ²frisyaanggita17@gmail.com, ³nofrihelti11@gmail.com

Abstrak

Pengembalian berkas klaim dari BPJS ke rumah sakit merupakan hal yang sering terjadi, hal ini disebabkan berkas klaim diragukan kesimpulan data medisnya oleh verifikator BPJS. Berdasarkan wawancara dengan petugas *coding* diketahui pada bulan Januari terdapat 91(13,9%) berkas dan Februari 70(11,7%) berkas dikarenakan gagal purif dan pending, sedangkan pada bulan November dan Desember 2018 ada 70(11,2%) dan 77(13,1%) berkas klaim yang dikembalikan serta rumah sakit beum memiliki SPO pelaksanaan *coding* dan pengajuan klaim. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor penyebab pengembalian berkas klaim dari BPJS ke rumah sakit ditinjau dari ketidaksesuaian administrasi kepesertaan, ketidaktepatan kode diagnosa dan prosedur, serta ada tidaknya laporan penunjang yang dilampirkan. Jenis penelitian ini adalah observasional dengan rancangan deskriptif. Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah berkas klaim yang dikembalikan sebanyak 86 berkas yang diolah univariat menggunakan distribusi frekuensi. Hasil penelitian dari 86 sampel yang direview terdapat 10 berkas (11,6%) tidak sesuai administrasi kepesertaannya, 54 berkas (62,8%) yang kode diagnosa dan prosedurnya tidak tepat, dan 40 berkas (46,5%) yang tidak dilengkapi dengan laporan penunjang. Untuk meminimalisasi ketidaksesuaian administrasi dapat diterapkan *bridging system*, meminimalisasi angka ketidaktepatan kode diagnosa dan prosedur dengan mengadakan pelatihan *coding* serta pembuatan SPO pelaksanaan *coding* dan pengajuan klaim, serta membentuk petugas *assembling* untuk meminimalisasi laporan penunjang yang tidak dilengkapi.

Kata Kunci : Berkas Klaim; BPJS; Pengembalian.

Factors Causing Return of Claim Files from BPJS to Hospital

Abstract

Returning claim files from BPJS to hospitals is a common occurrence, this is because the claim files are doubtful about the conclusion of medical data by the BPJS verifier. Based on interviews with coding officers, it was found that in January there were 91 (13.9%) files and in February 70 (11.7%) files were due to purif failure and pending, while in November and December 2018 there were 70 (11.2%) and 77(13.1%) claim files were returned and the hospital did not yet have an SOP for coding and filing claims. The purpose of this study was to determine the factors causing the return of claim files from BPJS to the hospital in terms of membership administration discrepancies, inaccuracies in diagnostic codes and procedures, and whether or not supporting reports were attached. This type of research is observational with a descriptive design. The population and sample in this study were 86 returned claims files which were processed univariately using a frequency distribution. The results of the study of the 86 samples reviewed were 10 files (11.6%) that did not match the membership administration, 54 files (62.8%) that had incorrect diagnostic codes and procedures, and 40 files (46.5%) that were not equipped with supporting report. To minimize administrative

discrepancies, a bridging system can be implemented, minimizing the number of inaccuracies in diagnostic codes and procedures by conducting coding training and making SOPs for coding implementation and submitting claims, as well as forming assembling officers to minimize incomplete supporting reports.

Keywords: BPJS; Claim File; Retrun

PENDAHULUAN

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripuran yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan, pemerintah membentuk UU No.40 Tahun 2004 Tentang SJSN yang mewajibkan setiap penduduk memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan bermutu agar dapat melangsungkan hidup. Untuk mencapai target tersebut, pemerintah mengadakan program JKN untuk mewujudkan *Universal Health Coverage* yang dalam penyelenggaraannya mengacu pada prinsip SJSN (Permenkes No. 28 Tahun 2014).

JKN diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang merupakan badan hukum yang berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan bertanggungjawab kepada presiden (UU No. 24 Tahun 2011). Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan JKN merupakan pelayanan berjenjang, berupa pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan rujukan tingkat lanjut.

Dalam implementasi JKN, pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting. Tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pada pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melakukan *under treatment* atau *over treatment*, dan mendorong pelayanan tim (Miller, 2007). Metode pembayaran yang digunakan adalah prospektif yang merupakan metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Pada FKRTL yaitu rumah sakit umum dan khusus diterapkan sistem pembayaran yang dikenal dengan sistem *casemix (case based payment)* yang sudah ditetapkan sejak tahun 2008. 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* (Permenkes No. 27 Tahun 2014). *Software* yang digunakan adalah INA-CBG's.

Sistem pembayaran INA CBG's menggunakan klaim yang nantinya akan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Klaim adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS Kesehatan oleh pihak rumah sakit dan dilakukan secara kolektif dan ditagihkan setiap bulan (Ardhitya, 2015). 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 (Ilyas, 2006). Rumah sakit wajib melengkapi dokumen klaim sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif yang telah ditetapkan INA CBG's (Susan, 2016). Dokumen yang harus dilengkapi adalah SEP, SJP, surat perintah rawat, resume medis yang ditandatangani oleh DPJP, kwitansi pembayaran, dan bukti pelayanan lainnya (Petunjuk Teknis Verifikasi, 2014).

Dalam pelaksanaan pengajuan klaim, terdapat tiga prinsip yang harus diperhatikan oleh petugas klaim sejak berkas klaim diterima sampai klaim dibayarkan kepada peserta, yaitu: tepat waktu, tepat jumlah dan tepat orang (Anwar, 2007). BPJS kesehatan akan melakukan persetujuan klaim setelah dipastikan kesesuaian diagnosa dan prosedur berdasarkan ICD 10

dan ICD-9-CM lalu melakukan pembayaran untuk berkas yang layak, akan tetapi untuk berkas yang tidak layak klaim harus dikembalikan ke rumah sakit untuk melalui tahap konfirmasi apakah berkas tersebut layak diklaim serta diperiksa kembali dan dilengkapi kekurangannya (Nurdiah, 2016). Klaim dikembalikan menandakan belum akan ada pembayaran untuk klaim tersebut (Catherine, 2013).

Pengembalian berkas klaim dari BPJS Kesehatan ke rumah sakit, salah satu penyebab terbanyaknya adalah tidak adanya tanda tangan DPJP pada lembar resume medis (Artanto, 2016). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Mutia (2016), bahwa penyebab berkas klaim dikembalikan adalah tidak disertai dengan surat rujukan dari FKTP dan tanda tangan DPJP pada resume medis.

Berdasarkan hasil penelitian Septiani (2016), penyebab terjadinya pengembalian berkas klaim adalah pengetahuan dan kedisiplinan petugas yang kurang, ruangan pengelolaan yang sempit, serta SPO yang terkait belum tersedia. Selain itu, pengembalian berkas klaim juga terjadi dikarenakan lembar formulir tidak ada, ketentuan yang tidak sesuai dengan aplikasi, ketidaksesuaian diagnosa yang ditegaskan (Irmawati, 2016). Sedangkan penelitian Valentina (2018), menyatakan bahwa pengembalian berkas klaim terjadi karena kesalahan pengkodean, indikasi medis, dan administrasi.

Pengembalian berkas klaim memiliki dampak bagi rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim sehingga dapat menyebabkan kerugian material (Irmawati, 2016). Selain itu, dapat mengakibatkan beban kerja petugas bertambah, untuk mengatasi masalah pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan perlu dilakukannya evaluasi terhadap kinerja dan kepatuhan petugas dalam pengisian berkas yang akan dilampirkan (Megawati, 2016), pembuatan SPO terkait serta perbaikan terhadap sarana dan teknologi agar dapat menurunkan jumlah pengembalian berkas klaim (Valentina, 2018).

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan di RS.X pada bulan April 2019, dari hasil wawancara dengan petugas *coding* diketahui bahwa terdapat 161 berkas klaim yang dikembalikan pada bulan Januari dan Februari 2019 yaitu 91(13,9%) dan 70(11,2%) berkas. Berkas klaim tersebut dikembalikan karena gagal purif dan pending (terkait dengan diagnosa dan kode yang diinputkan pada resume medis tidak sesuai dengan BPJS Kesehatan), sedangkan pada dua bulan sebelumnya, yaitu November dan Desember 2018 terdapat 147 yang dikembalikan untuk ditinjau ulang sebelum klaim dapat dibayarkan, yang artinya terjadi peningkatan jumlah pengembalian berkas dibandingkan dengan bulan Januari dan Februari, hal ini terjadi dikarenakan kode yang diinputkan *coder* belum tepat. Selain itu, tidak terdapat SPO yang mengatur tentang pengakuan klaim dan belum adanya sistem terintegrasi (*bridging system*) antara SIM RS dan aplikasi INA CBG's. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor penyebab pengembalian berkas klaim dari BPJS ke rumah sakit ditinjau dari ketidaksesuaian administrasi kepesertaan, ketidaktepatan kode diagnosa dan prosedur, serta ada tidaknya laporan penunjang yang dilampirkan.

METODE

Jenis penelitian ini adalah observasional dengan rancangan deskriptif. Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah berkas klaim yang dikembalikan sebanyak 86 berkas yang diolah univariat menggunakan distribusi frekuensi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Pengembalian Berkas Klaim Berdasarkan Ketidaksesuaian Administrasi Kepesertaan

Tabel 1. Pengembalian Berkas Klaim Berdasarkan Ketidaksesuaian Administrasi Kepesertaan

Administrasi Kepesertaan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Sesuai	76	88,4
Tidak Sesuai	10	11,6
Jumlah	86	100

Sumber: Data Primer Terolah, 2019.

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa dari 86 berkas klaim yang dikembalikan didapati bahwa sebab pengembalian berkas klaim berdasarkan kesesuaian administrasi kepesertaan ada 10 berkas (11,6%) yang tidak sesuai. Ketidaksesuaian tersebut disebabkan oleh nomor SEP yang salah, kelas perawatan yang tidak sesuai, dan tanggal pasien dirawat yang tidak dilengkapi.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa dari 86 berkas, distribusi frekuensi sebab pengembalian berkas klaim berdasarkan ketidaksesuaian administrasi kepesertaan ada 10 berkas (11,6%) yang artinya hanya sebagian kecil berkas klaim yang dikembalikan tidak lengkap/tidak sesuai administrasi kepesertaannya.

Pengembalian berkas klaim di RS.X berdasarkan ketidaksesuaian administrasi kepesertaan disebabkan oleh nomor SEP yang salah, kelas perawatan yang tidak sesuai, dan tanggal pasien dirawat yang tidak dilengkapi. Selain itu, rumah sakit belum menerapkan *bridging system* yang dapat memudahkan input data dan meminimalisasi kesalahan, sedangkan 76 berkas (88,4%) sudah sesuai administrasi kepesertaannya dengan yang diinputkan pada aplikasi INA-CBG's, hal ini dikarenakan petugas koding teliti saat menginputkan data.

Dalam petunjuk teknis verifikasi klaim (2014), dijelaskan bahwa verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara SEP dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA-CBG's. Dari penjelasan tersebut, dapat dipahami bahwa ketidaksesuaian administrasi kepesertaan adalah tidak sesuai data yang ada pada SEP dan data dalam INA-CBG's. Verifikator BPJS berhak melakukan konfirmasi kepada petugas di rumah sakit untuk memperoleh bukti atas klaim dan mengembalikan berkas klaim untuk dilengkapi dan diperbaiki.

Menurut Irmawati (2016), dampak yang dapat ditimbulkan dari tidak sesuai data dalam SEP dengan yang diinputkan adalah klaim tersebut tidak bisa dibayarkan segera, sehingga menyebabkan kerugian material. Penyebab ketidaksesuaian isi data pada administrasi kepesertaan dikarenakan belum lengkapnya data seperti identitas, tanggal keluar, dan cara keluar pada resume medis sehingga menyebabkan data tersebut kosong dan isinya menjadi berbeda dengan data yang diinputkan dalam aplikasi INA-CBG's. Sejalan dengan hasil penelitian Megawati (2016), nomor SEP antara nomor SEP pada laporan individual pasien dengan di lampiran lembar SEP berbeda akibatnya data tidak ditemukan atau sering disebut data tidak ada, kelas perawatan pada laporan individual berbeda dengan keterangan yang ada di lampiran SEP ataupun di lembar resume medis, tanggal masuk pada laporan individual pasien berbeda dengan tanggal masuk pada SEP.

Oleh karena itu, untuk meminimalisasi terjadinya ketidaksesuaian administrasi kepesertaan dengan yang diinputkan dalam aplikasi INA-CBG's, adalah dengan menerapkan *bridging system* yang bertujuan untuk meningkatkan akurasi data peserta, proses verifikasi dan klaim jadi lebih cepat, kecepatan pengolahan data dan informasi

layanan bisa meningkat, serta adanya transparansi pembiayaan karena perekaman data pada setiap sistem sama.

2. Pengembalian Berkas Klaim Berdasarkan Ketidaktepatan Kode Diagnosa dan Prosedur

Tabel 2. Pengembalian Berkas Klaim Berdasarkan Ketidaktepatan Kode Diagnosa dan Prosedur

Kode Diagnosa	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tepat	32	37,2
Tidak tepat	54	62,8
Jumlah	86	100

Sumber: Data Primer Terolah, 2019

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa dari 86 berkas klaim yang dikembalikan didapati bahwa sebab pengembalian berkas klaim berdasarkan kode diagnosadan prosedur ada 54 berkas (62,8%) yang tidak tepat. Ketidaktepatan kode terjadi dikarenakan kesalahan dalam menentukan diganosa primer dan sekunder, tidak sesuai dengan diganosa primer dengan DPJP yang menangani pasien, tidak adanya nama terang atau tandatangan DPJP pada resume medis, serta tidak ada laporan penunjang yang mendukung kode tindakan yang ditegakkan.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa dari 86 berkas, distribusi frekuensi sebab pengembalian berkas klaim berdasarkan ketidaktepatan kode diagnosa dan prosedur terdapat 54 berkas (62,8%) yang artinya sebagian besar berkas klaim yang dikembalikan karena ketidaktepatan kode diagnosa dan prosedur.

Ketidaktepatan kode yang ditegakkan oleh koder di RS.X terjadi dikarenakan kesalahan dalam menentukan diganosa primer dan sekunder, tidak sesuai dengan diganosa primer dengan DPJP yang menangani pasien, tidak adanya nama terang atau tandatangan DPJP pada resume medis, serta tidak ada laporan penunjang yang mendukung kode tindakan yang ditegakkan. Selain itu, tidak adanya SPO terkait pelaksanaan koding (tata laksana) yang ada dalam ruangan *casemix*, dan dari 5 orang petugas yang melakukan koding hanya ada 1 orang yang merupakan lulusan pendidikan DIII Rekam Medis, sedangkan kode diagnosa dan prosedur yang dikode dengan tepat terdapat 32 berkas (37,2%), hal ini dapat terjadi karena diagnosa dan prosedur yang ada sering ditemui sehingga lebih mudah dalam menentukan kode dan adanya sarana yang mendukung, yaitu tersedianya ICD-10 dan ICD-9-CM revisi tahun 2010.

Coding adalah salah satu kegiatan pengolahan data rekam medis untuk memberikan kode dengan huruf atau dengan angka atau kombinasi huruf dan angka yang mewakili komponen data (Ditjen Yanmed, 2006). Kode diagnosis merupakan salah satu variabel penghitungan biaya rumah sakit. Verifikator BPJS dapat melakukan konfirmasi terkait tidak sesuai dengan kode penyakit dan tindakan yang diberikan oleh koder untuk memperoleh bukti terhadap klaim yang ditagihkan (Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim, 2014).

Ketepatan data diagnosis sangat penting dibidang manajemen data klinis, penagihan kembali biaya, beserta hal-hal lain yang berkaitan dengan asuhan dan pelayanan kesehatan. Ketepatan pemberian kode diagnosis berpengaruh terhadap statistik morbiditas, masalah tentang epidemiologi dan pengambilan keputusan (Puspitasari, 2017).

Semakin tinggi tingkat ketidaktepatan pemberian kode diagnosis maka semakin tidak baik kualitas kode diagnosis yang dituliskan pada BRM, dan sebaliknya. Dampak ketidaktepatan kode diagnosa dan tindakan yang ditegakkan dapat menyebabkan pengaruh pada pencatatan indeks penyakit, pelaporan morbiditas dan mortalitas. Selain itu,

dalam pembayaran INA-CBG's dapat terjadi *upcoding* dan *unbundling* hingga *phantom procedures* dalam penagihan klaim (Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 Tahun 2015).

Dalam Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan, dijelaskan bahwa resume medis harus ditandatangani oleh DPJP. Hal ini dipertegas kembali pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 bahwa lembar *assesment* harus ditandatangani DPJP dan mencantumkan nama jelas.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Megawati (2016), pada item diagnosis sekunder, diagnosis primer dan tindakan/prosedur yang menyebabkan klaim dikembalikan yaitu ketidaktepatan kode yang dikoding oleh koder. Kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang medis mempengaruhi ketepatan pemberian kode diagnosis karena dapat dijadikan sebagai informasi pendukung apabila diagnosis yang ditetapkan oleh tenaga medis kurang jelas atau tidak lengkap (Puspitasari, 2017). Selain itu, berdasarkan hasil penelitian Sri (2018), beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya ketidaktepatan pemberian kode diagnosa adalah ketidakpahaman petugas dalam mengkode, tidak pahamnya petugas tentang tata laksana pengkodean, kurangnya pengalaman kerja petugas, SPO tentang pengkodean yang tidak terlaksana, serta kurang lengkapnya sarana kerja seperti tersedianya ICD.

Oleh karena itu, untuk mengurangi angka ketidaktepatan kode diagnosa dan prosedur dapat dilakukan dengan mengikuti pelatihan koding terkait pelaksanaan klaim INA-CBG's, mempelajari tata laksana menentukan kode berdasarkan ICD-10 dan ICD-9CM, memberitahukan kepada petugas kesehatan lain untuk melengkapi isi BRM dan laporan penunjang yang mendukung ditegakkannya diagnosa, serta dibuatnya SPO terkait pelaksanaan koding.

3. Pengembalian Berkas Klaim Berdasarkan Ada Tidaknya Laporan Penunjang

Tabel 3. Pengembalian Berkas Klaim Berdasarkan Ada Tidaknya Laporan Penunjang

Laporan Penunjang	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Ada	46	53,5
Tidak ada	40	46,5
Jumlah	86	100

Sumber: Data Primer Terolah, 2019

Dari di atas menunjukkan bahwa dari 86 berkas klaim yang dikembalikan didapati bahwa sebab pengembalian berkas klaim berdasarkan ada tidaknya laporan penunjang ada 40 berkas (46,5%) yang tidak ada dilampirkan laporan penunjangnya. Tidak adanya lembar pemeriksaan penunjang disebabkan karena kode diagnosa yang diajukan sebagai diagnosa utama tidak disertai dengan berkas pendukung seperti hasil laboratorium. Selain itu, tindakan yang dilakukan dan kode prosedur yang ditegakkan tidak disertai dengan laporan operasi dan laporan anastesi.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa dari 86 berkas, distribusi frekuensi sebab pengembalian berkas klaim berdasarkan tidak adanya laporan penunjang terdapat 40 berkas (46,5%) yang artinya hampir sebagian besar berkas klaim dikembalikan karena tidak dilampirkan laporan penunjang.

Tidak adanya laporan penunjang yang dilampirkan pada berkas klaim pada RS.X disebabkan karena kode diagnosa yang diajukan sebagai diagnosa utama tidak disertai dengan berkas pendukung seperti hasil laboratorium. Selain itu, tindakan yang dilakukan dan kode prosedur yang ditegakkan tidak disertai dengan laporan operasi dan laporan anastesi. Hal tersebut dikarenakan tidak terdapat petugas *assembling* yang bertugas

melakukan analisis kuantitatif berkas rekam medis, sehingga ketidaklengkapan berkas tidak segera dilengkapi, sedangkan 46 berkas (53,5%) berkas lainnya memang sudah dilampirkan pemeriksaan penunjang yang mendukung kode diagnosis dan prosedur yang dipilih, serta ada beberapa berkas yang memang tidak membutuhkan pemeriksaan penunjang.

Menurut Basaryadi (2013), laporan penunjang merupakan laporan dari suatu rangkaian pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh keterangan yang lebih lengkap. Apabila laporan penunjang tidak ada atau tidak lengkap dalam pengajuan syarat klaim BPJS pada verifikasi BPJS maka akan dikembalikan untuk dilengkapi atau dilampirkan (Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim, 2014).

Kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang medis mempengaruhi ketepatan pemberian kode diagnosis karena dapat dijadikan sebagai informasi pendukung apabila diagnosis yang ditetapkan oleh tenaga medis kurang jelas atau tidak lengkap (Sri, 2018). Kekurangan lembar pemeriksaan penunjang akan berpengaruh pada keabsahan penagihan dan perhitungan biaya perawatan pasien karena lembar penunjang merupakan bukti pasien telah melakukan pelayanan tambahan (Megawati, 2016).

Menurut Pratiwi (2016), tidak dilampirkannya lembar laporan penunjang pada berkas syarat pengajuan Klaim BPJS pasien rawat inap, juga ditemukan kasus diagnosis pada tindakan atau prosedur yang memerlukan laporan penunjang sehingga pihak verifikasi BPJS meminta kelengkapan dengan pengembalian klaim BPJS.

Oleh karena hal tersebut, diperlukan adanya petugas *assembling* untuk menyusun dan merakit berkas pada BRM serta melakukan analisis kuantitatif untuk mengetahui bagian apa yang belum terisi dengan lengkap dan tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardhitya, T & Perry, A. (2015). *Faktor-Faktor yang Melatar Belakangi Penolakan Klaim BPJS oleh Verifikator BPJS di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2015*. Jurnal Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang.
- Artanto, A. (2016). *Faktor-Faktor Penyebab Klaim tertunda BPJS Kesehatan RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret 2016*. Jurnal Administrasi Rumah Sakit; 4:38-50.
- BPJS Kesehatan. *Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*.
- _____. (2014). *Petunjuk Teknis Verifikasi*.
- Catherine, C. (2013). *Handling The Medical Claim: An 8 Step Guide ON "How To" Correct and Resolve Claim Issues*. New York: CRC Press.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Republik Indonesia.
- Direktorat Jendral Pelayanan Medis. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan & Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia*.
- Halida, M. (2016). *Gambaran Klaim Peserta Jaminan Kesehatan nasional yang Ditolak pada Layanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Kabupaten*

Tasikmalaya Jawa Barat. Skripsi, S-1 SKM, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta.

Ilyas, Y. (2006). *Mengenal Asuransi Kesehatan: Review Utilitas, Manajemen Klaim dan Fraud*. Depok: FKM UI.

Irmawati, Kritijono, A., Susanto, E., Belia, Y. (2018). *Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD R.A Kartini Jepara*. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*; 1:45-51.

Megawati, L & Pratiwi, R. (2016). *Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. *Jurnal Kesehatan Vokasional*; 1: 36-43.

Nurdiah, R & Iman, A. (2016). *Analisis Penyebab Unclaimed Berkas Rawat Inap di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya*. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*; 4:23-28.

Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA CBG's).

_____ No. 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

_____ No. 36 Tahun 2015 Tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan pada Sistem Jaminan Sosial Nasional.

_____ No. 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis.

_____ No. 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

_____ No.269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis.

Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.

Puspitasari & Diah Retno. (2017). *Evaluasi Tingkat Ketidaktepatan Pemberian Kode Diagnosis dan Faktor Penyebab di Rumah Sakit X Jawa Timur*. *Jurnal Manajemen Kesehatan*; 3:27-38.

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

_____ No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

_____ No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

Valentina & Halawa, M. (2018). *Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (IPI) Medan*. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda*; 3:480-485.

Wulansari, A. (2009). *Gambaran Keterlambatan Pembayaran Klaim Kesehatan Reimbursement di PT. Asuransi Takaful Keluarga Periode Januari-Maret 2009*. Skripsi, S-1 SKM, Universitas Indonesia, Depok.