

Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu

A Study of BPJS Health Claim Return Causes in Bhayangkara Hospital, Palu

¹Ni Wayan Arikusnadi*, ²Sudirman, ³Abdul Kadri

^{1,2}Bagian Analisis Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Palu

³Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Palu

(Email: arikusnadi170580@gmail.com)

Abstrak

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan merupakan badan hukum pemerintah untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat. Cara penagihan terhadap biaya pelayanan yaitu dengan sistem pembayaran klaim menggunakan *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBGs). Berdasarkan hasil pengamatan di Rumkit Bhayangkara Palu masih terdapat pengembalian berkas klaim oleh verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran apa penyebab utama pengembalian berkas klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu. Jenis penelitian adalah kualitatif, data yang digunakan adalah seluruh berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada bulan Januari – Maret 2020. Instrumen penelitian menggunakan checklist dan wawancara. Hasil penelitian ditemukan sebanyak 138 berkas yang dikembalikan. Alasan pengembalian karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan sebanyak 138 berkas (100%). Penyebab yang mendominasi adalah penentuan diagnosa sebesar 125 berkas (90,6%). Hal ini dikarenakan petugas koding kesulitan untuk menentukan diagnosa karena Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sudah menentukan diagnosa sendiri yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu dan tidak didukung dengan data pendukung, dan juga karena ada perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Diharapkan kepada verifikator dan penanggung jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Rumkit Bhayangkara Palu untuk lebih sering berkoordinasi dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) agar penegakan diagnosa sesuai dengan pelayanan yang diberikan supaya tidak terjadi lagi kesalahan koding diagnosa.

Kata Kunci: Klaim Tertunda, Penyebab Pengembalian Klaim.

Abstract

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Social Insurance Administration Organization) is a government's legal organization to organize public health insurance programs. The way to bill for service fees is by claim payment system by using Indonesia Case Based Groups (INA-CBGs). Based on observations in the hospital, there is still a return of claim files by the verifiers. This research aims to provide an overview of the main causes of document return by BPJS in Bhayangkara hospital, Palu. This type of research is qualitative, the data used are all claim files returned by the verifier in January - March 2020. Research instruments are checklists and interviews. The research result found 138 files were returned. The reason for the return is the document did not pass the service administration verification of 138 files (100%). The predominant cause is the determination of a diagnosis of 125 files (90.6%). This is because the coding officer has difficulty in determining the diagnosis because the Patient Responsible Doctor (DPJP) has determined the diagnosis itself which is commonly used for certain patients and is not supported by supporting data, and also because there are different perception between the hospital's verifier and the organization's verifier. It is expected that the verifier and the person in charge of BPJS in Bhayangkara hospital have more coordination with the Patient Responsible Doctor (DPJP) so that the diagnosis is consistent with the services provided so that diagnosis coding errors do not occur again.

Keywords: Delayed Claim and Claim Return Cause

PENDAHULUAN

Salah satu upaya yang ditempuh pemerintah dalam peningkatan kesehatan yaitu adanya badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat yang kemudian disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam Undang - Undang No 24 tahun 2011, tujuan diselenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak. Permenkes No 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara resmi dijalankan oleh pemerintah Indonesia mulai 1 Januari 2014. Sejak dijalankan tahun 2014, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terus mengalami perbaikan pengelolaan. Salah satu komponen yang berusaha diperbaiki adalah implementasi sistem pembayaran klaim menggunakan *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBGs), dimana sistem pembayaran menggunakan klaim untuk mendapatkan imbal jasa dari pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kepada peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Pembayaran model ini merupakan pembayaran berdasarkan diagnosa dan prosedur pengelompokkan sesuai dengan karakteristik klinis yang serupa dengan penggunaan sumber daya serupa yang kemudian dikelompokkan berdasarkan tingkat keparahannya (Nurdiah et al, 2016., Supriadi, 2018).

Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan No 7 tahun 2018 tentang pengelolaan administrasi klaim fasilitas kesehatan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan meliputi administrasi umum pengajuan, administrasi kepesertaan dan administrasi pelayanan. Kemudian berkas klaim akan di Verifikasi oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, apabila hasil verifikasi klaim belum sesuai dan memerlukan konfirmasi, maka berkas klaim dikembalikan ke rumah sakit asal untuk mendapatkan konfirmasi. Berkas klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali pada pengajuan klaim bulan berikutnya.

Berdasarkan studi pendahuluan di Rumkit Bhayangkara Palu, peneliti menemukan masalah dibagian administrasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) terkait berkas pengajuan klaim masih mengalami kendala, Pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu melalui beberapa tahap yaitu setelah pasien pulang, dokumen rekam medis dari ruangan diserahkan ke bagian koding untuk menentukan kode penyakit, kemudian bagian penginput data pada *software Indonesia Case Based Groups* (INA-CBGs), setelah diinput berkas diserahkan ke verifikator rumah sakit untuk memastikan pelayanan medis yang diberikan kepada peserta apakah sudah sesuai dengan yang seharusnya atau belum, setelah itu pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan ke kantor Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan diverifikasi oleh verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), bila terdapat berkas yang belum lengkap maka dikembalikan lagi ke rumah sakit.

Pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu dari bulan Januari s/d Oktober 2019 terdapat 472 berkas klaim dikembalikan oleh verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Hal tersebut dikarenakan ada persyaratan yang belum lengkap atau terdapat item yang tidak diisi dengan lengkap. Sehingga pihak verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) terlebih dahulu harus mengembalikan berkas persyaratan klaim ke petugas verifikator yang berada di Rumkit Bhayangkara Palu untuk melengkapi pengisian dokumen persyaratan tersebut.

Hal ini akan berakibat pada menurunnya jumlah klaim yang didapat oleh Rumkit Bhyangkara Palu pada bulan tersebut, dan mengakibatkan aliran kas rumah sakit terganggu, sehingga dapat mempengaruhi kegiatan operasional rumah sakit. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu”.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka penulis merumuskan pokok permasalahan yaitu penyebab apa saja yang mendominasi pengembalian berkas klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu. Agar penelitian ini lebih terarah, terfokus, dan menghindari pembahasan menjadi terlalu luas, maka penulis perlu

membatasinya. Adapun batasan masalah dalam penelitian ini adalah hanya berfokus pada berkas klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang dikembalikan oleh verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah memberikan gambaran apa penyebab utama pengembalian berkas klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan oleh verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif yaitu penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi objek alamiah, dimana peneliti merupakan instrumen kunci (Sugiyono, 2005). Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang persyaratan klaim Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang diajukan oleh Rumkit Bhayangkara Palu tetapi dikembalikan lagi atau ditunda pembayarannya oleh kantor Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Penelitian ini dilakukan di Rumkit Bhayangkara Palu, Kabupaten Kota Palu Provinsi Sulawesi Tengah pada bulan April s/d Mei 2020.

Dalam penelitian ini yang menjadi informan adalah seluruh petugas yang terlibat dalam proses pengajuan klaim ke verifikator Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Penentuan informan dalam penelitian ini adalah dengan cara *Purposive Sampling*. Adapun kriteria sampel yang digunakan adalah kriteria *inklusi*.

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan pengumpulan data dengan teknik : Observasi terdiri atas tiga komponen yaitu *Place*, *Actor* dan *Activity*. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data adalah pedoman wawancara, buku catatan, kamera dan *Checkhlist*.

Analisis data menurut Bagong, Suyanto dan Sutinah (2006: 173), mengatakan pengolahan data dalam penelitian kualitatif dilakukan dengan cara mengklasifikasikan atau mengkategorikan data berdasarkan beberapa tema sesuai fokus penelitiannya. Menurut Sugiyono (2019) aktivitas dalam analisis data dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas. Aktivitas dalam analisis data yaitu *data reduction*, *data display* dan *Conclusion drawing / verification*.

HASIL

Berdasarkan hasil studi dokumentasi terhadap kelengkapan berkas klaim yang dikembalikan oleh pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu dengan menggunakan *checklist*, dari total pengajuan klaim pada bulan Januari s/d Maret 2020 yaitu 2.825 berkas terdapat berkas yang dikembalikan oleh pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebanyak 138 berkas dengan rincian sebagai berikut gambar 1.

Grafik 1. Gambaran Jumlah Berkas Klaim Rumkit Bhayangkara Palu Yang Dikembalikan Oleh Pihak BPJS Kesehatan.



Sumber: Data primer Rumkit Bhayangkara Palu tahun 2020.

Berdasarkan hasil pada grafik 1 diketahui bahwa jumlah berkas klaim yang dikembalikan bulan Januari 2020 sebanyak 38 berkas, Februari 2020 sebanyak 42 berkas dan Maret 2020 sebanyak 58 berkas, terlihat bahwa berkas klaim yang dikembalikan meningkat pada 3 bulan tersebut.

Penelitian terhadap 138 berkas klaim yang dikembalikan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dilaksanakan dengan melihat sesuai atau tidaknya data dalam berkas klaim dengan ketentuan yang menjadi syarat diterimanya klaim oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Berikut alasan pengembalian berkas klaim yang dikembalikan oleh pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan:

Tabel 1. Alasan Pengembalian Berkas Klaim Rumkit Bhayangkara Palu

No	Alasan Pengembalian Klaim	Jumlah	Persentase
1.	Tidak Lolos Verifikasi Administrasi Umum	0	0%
2.	Tidak Lolos Verifikasi Administrasi Kepesertaan	0	0%
3.	Tidak Lolos Verifikasi Administrasi Pelayanan	138	100%
Total		138	100%

Sumber: Data primer Rumkit Bhayangkara Palu tahun 2020.

Berdasarkan hasil pada tabel 1 terlihat bahwa yang mendominasi pengembalian berkas klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan yaitu sebanyak 138 berkas (100%). Dari hasil penelitian 138 berkas klaim yang dikembalikan karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan disebabkan karena beberapa hal. Berikut penyebab berkas klaim tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan yaitu:

Tabel 2. Penyebab Berkas Klaim Rumkit Bhayangkara Palu Yang Tidak Lolos Verifikasi Administrasi Pelayanan.

No	Penyebab Tidak Lolos Verifikasi Administrasi Pelayanan	Jumlah	Persentase
1.	Diagnosa	125	90,6%
2.	Tanggal Keluar	6	4,3%
3.	Indikasi Rawat/Jenis Perawatan	4	2,9%
4.	Kelas Perawatan	2	1,5%
5.	Lembar Bukti Pelayanan	1	0,7%
Total		138	100%

Sumber: Data primer Rumkit Bhayangkara Palu tahun 2020.

Berdasarkan pada hasil tabel 2 diketahui dari 138 berkas yang tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan didominasi karena penentuan diagnosa sebesar 125 berkas (90,6%), di mana yang lain disebabkan konfirmasi tanggal keluar sebanyak 6 berkas (4,3%), kurang jelasnya indikasi rawat inap sebanyak 4 berkas (2,9%), tidak sesuai kelas perawatan sebanyak 2 berkas (1,5%), tidak adanya lembar atau laporan bukti pelayanan sebanyak 1 berkas (0,7%).

Wawancara dilakukan dengan menentukan informan yang representatif terlebih dahulu, dalam penelitian ini yang menjadi informan adalah petugas koding dan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Rumkit Bhayangkara Palu sebanyak 4 informan, diketahui bahwa berkas yang diperlukan untuk pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan meliputi administrasi umum pengajuan, administrasi kepesertaan dan administrasi pelayanan. Bila salah satu berkas klaim yang diajukan tidak ada maka berkas akan dikembalikan oleh verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk dilengkapi. Penyebab terbanyak pengembalian klaim adalah ketidak sesuaian diagnosa, ini dikarenakan petugas koding kesulitan untuk menentukan diagnosa karena ada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) yang mempunyai diagnosa yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu dan tidak didukung dengan bukti pelayanan yang diberikan, dimana akhirnya petugas input memasukkan diagnosa tersebut untuk mencegah penolakan klaim karena adanya batas pengajuan berkas klaim, dan juga ada beberapa hal dimana ada perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Kendala yang dihadapi dalam melengkapi berkas klaim adalah kesulitan dalam melakukan koordinasi dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) karena jadwal dokter yang tidak pasti. Untuk mengatasi masalah pengembalian klaim pihak rumah

sakit terus berkoordinasi dengan dokter maupun verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk dapat dilakukan pembayaran klaim yang dikembalikan.

PEMBAHASAN

Hasil studi dokumentasi terhadap 138 berkas yang tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan, terlihat paling tinggi adalah penentuan diagnosa sebanyak 125 berkas (90,6%). Hal ini dikarenakan diagnosa yang ditegakkan tidak ada data pendukung, ada juga dalam satu berkas terdapat dua kode diagnosa, dan adanya perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Untuk memperbaiki berkas ini pihak rumah sakit mendiskusikan kembali dan berkoordinasi dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dalam melakukan revisi kode diagnosa untuk mempertahankan klaim yang telah diajukan.

Sedangkan penyebab yang lain menurut verifikator rumah sakit yaitu penyebab karena tanggal keluar sebanyak 6 berkas (4,3%) dikarenakan kelalaian petugas karena banyaknya berkas yang diverifikasi, untuk memperbaiki tanggal keluar disesuaikan dengan status rawat pasien. Penyebab kurang jelasnya indikasi rawat inap sebanyak 4 berkas (2,9%) ini disebabkan karena tercatat pasien masuk dan keluar rumah sakit dihari yang sama, untuk perbaikannya dilampirkan berkas baru yang disesuaikan dengan status pasien. Penyebab tidak sesuai kelas perawatan sebanyak 2 berkas (1,5%) dikarenakan ruangan yang sesuai hak pasien penuh jadi dititip diruangan lain dan tidak disesuaikan pada aplikasi, untuk perbaikannya dilakukan revisi pencantuman kelas. Penyebab tidak adanya lembar atau laporan bukti pelayanan sebanyak 1 berkas (0,7%) karena laporan operasi dimana laporannya ada tetapi tulisannya tidak jelas atau tidak terbaca, untuk perbaikannya dilampirkan kembali laporan operasi yang jelas.

Untuk mengetahui penyebab berkas yang dikembalikan karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan dimana yang mendominasi adalah karena diagnosa, dilakukan wawancara kepada informan yaitu petugas koding dan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Rumkit Bhayangkara Palu, disimpulkan bahwa petugas koding kesulitan untuk menentukan diagnosa karena Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sudah menentukan diagnosa sendiri yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu dan tidak didukung dengan data pendukung, dan petugas input tetap memasukkan diagnosa tersebut untuk mencegah penolakan klaim karena adanya batas pengajuan berkas klaim, dan ada juga karena perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, dimana prinsip Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah kendali mutu dan kendali biaya.

Penelitian yang dilakukan oleh Supriadi, Sylfa Rosania, (2018) tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat menemukan bahwa kurang telitnya para pegawai yang mengurus koding dan pemberkasan dari berkas klaim. Selain itu adanya perbedaan persepsi antara petugas koding dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan tentang koding berkas yang diajukan.

Sedangkan penelitian Artanto (2016) tentang penyebab klaim tertunda di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo menemukan bahwa ada beberapa Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) yang mempunyai koding yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu karena sudah diketahui besaran nilainya dan meminta case manager untuk mengisi kode diagnosa yang mereka sukai meskipun terkadang tidak sesuai dengan diagnosa penyakit. Hal ini menyebabkan tidak lolos verifikasi karena verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) berhak untuk menilai kode yang sesuai dengan diagnosa dan tindakan yang dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Kejadian seperti ini membuat unit penjaminan harus berkoordinasi dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dalam pengkodean ulang sehingga klaim bisa terbayarkan.

KESIMPULAN

Berkas klaim yang dikembalikan oleh pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu pada bulan Januari 2020 s/d Maret 2020 sebanyak 138 berkas, dimana penyebab utama pengembalian berkas klaim adalah karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan yaitu sebanyak 138 berkas (100%). Penyebab tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan didominasi karena penentuan diagnosa sebesar 125 berkas (90,6%), dan yang lain disebabkan konfirmasi tanggal keluar sebanyak 6 berkas (4,3%), kurang jelasnya indikasi rawat inap sebanyak 4 berkas (2,9%), tidak sesuai kelas perawatan sebanyak 2 berkas (1,5%), tidak adanya

lembar atau laporan bukti pelayanan sebanyak 1 berkas (0,7%). Hasil wawancara kepada informan disimpulkan bahwa petugas koding kesulitan untuk menentukan diagnosa karena Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sudah menentukan diagnosa sendiri yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu meskipun kadang tidak ada data pendukung, dan petugas input tetap memasukkan diagnosa tersebut untuk mencegah penolakan klaim karena adanya batas pengajuan berkas klaim, dan ada juga karena perbedaan persepsi antara verifikator rumah sakit dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

SARAN

Diharapkan kepada verifikator dan penanggung jawab Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Rumkit Bhayangkara Palu untuk lebih sering berkoordinasi kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) agar penegakan diagnosa sesuai dengan pelayanan yang diberikan supaya tidak terjadi lagi kesalahan koding diagnosa. Selain itu diharapkan petugas koding dan verifikator rumah sakit untuk terus mempelajari buku Panduan Klaim INA-CBG yang diterbitkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan agar mengurangi perbedaan persepsi koding diagnosa dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar. 2007. *Manajemen Pemberdayaan Perempuan*. Jakarta: Alfabeta.
- Artanto, A.E.P. (2016). *Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016*. Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia, 4 (2).
- Bagong, Suyanto dan Sutinah. 2006. *Metode Penelitian Sosial Berbagai Alternatif Pendekatan*. Jakarta: Prenada Media Group.
- Departemen Kesehatan RI. 1997. *Sistem Kearsipan Rekam Medis*.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI,. 1997. *Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Huffman, EK. 1992. *Pengertian Rekam Medis*.
- Hasan, Iqbal. 2006. *Analisis Data Penelitian Dengan Statistik*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Hatta, Gemala R, 2008. *Pedoman Manajemen Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. UI Press. Jakarta.
- Ilyas, Y. 2006. *Mengenal Asuransi-Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan Fraud*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- J. Moleong, Lexy. 2000. *Metode Penelitian Kualitatif*. Remaja Rosdakarya; Bandung. 167 hlm.
- Konsil Kedokteran Indonesia. 2006. *Manual Rekam Medis*. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 129/MENKES/SK/II/2008, *Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Menkes, Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI, 2012, *Pedoman Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat*.
- Kementerian kesehatan RI, 2013. *Buku pegangan sosialisasi Jaminan kesehatan nasional (JKN) Dalam sistem jaminan sosial nasional*. Jakarta.
- KBBI, 2019. *Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)*. (Online) Available at: <http://kbbi.web.id/pusat>, (Diakses Desember 2019).
- Nurdiah, R.S., Iman, A.T. (2016). *Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia,4(2), 2337-585X (Printed).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749a/MENKES/PER/XII/1989, *Tentang Rekam Medis*. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269/MENKES/PER/III/2008, *Tentang Rekam Medis*. Menkes, Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013. *Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*.

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014. *Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014, *Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (Ina-Cbgs)*.
- Pamukti dan Panjaitan. 2016. *Pokok-Pokok Hukum Asuransi*. Pertama ed. Yogyakarta: Pustaka Yustisia.
- Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018. *Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. Jakarta.
- Supriadi, Sylfa Rosania, 2018. *Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018*, Jurnal Vokasi Indonesia, Volume 7 Nomor 2, Juli-Desember 2019.
- Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018, *Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*, Jakarta.
- P2PTM Kemenkes RI. 2018. *Pengertian Universal Health Coverage (UHC)*. Diakses 06 April 2018, <http://p2ptm.kemkes.go.id/post/pengertian-universal-health-coverge-uhc>.
- Sugiyono. 2005. *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Sugianto. 2007. *Metode Pengolahan Data*. Bandung.
- Sudjarwo dan Basrowi. 2009. *Manajemen Penelitian Sosial*. Bandung: CV. Mandar Maju.
- Sugiyono. 2010. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung Alfabeta.
- Sugiyono. 2019. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung Alfabeta.
- Thabrany, H. 2014. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004, *Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*.
- Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011, *Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*.