

EVALUASI ADMINISTRASI KLAIM BPJS KESEHATAN DALAM MENURUNKAN KLAIM PENDING

Mira Puspaningsih, Chriswardani Suryawati, Septo Pawelas Arso

Universitas Diponegoro, Indonesia

Email: mirapuspaningsih@gmail.com, chriswardani_surya@yahoo.com,
sp.arso99@gmail.com

Abstrak

Pending klaim artinya tidak terklaim atau tertunda. Klaim yang dipending menyebabkan aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim. Klaim yang di pending juga dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit pemerintah yang banyak menerima pasien jaminan kesehatan sehingga mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk meninjau evaluasi administrasi klaim BPJS kesehatan dalam menurunkan klaim pending. Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Fokus penelitian ini pada evaluasi administrasi klaim BPJS kesehatan dalam menurunkan klaim pending. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu observasi, wawancara mendalam kepada petugas BPJS, dan dokumen melalui studi kepustakaan dari buku dan jurnal ilmiah yang relevan dengan penelitian ini. Setelah memperoleh data, peneliti menganalisisnya menggunakan adopsi dari Miles dan Huberman dengan 3 tahapan yaitu reduksi; penyajian data; dan penarikan kesimpulan dan verifikasi.

Hasil penelitian ini pengaruh terbesar terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit ketetapan kode diagnosa dan ketidaklengkapan resume medis. Beberapa faktor yang menyebabkan pending klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit dapat berupa minimnya pengetahuan koder, penulisan diagnosa yang sulit dipahami/kurang lengkap, dan kurangnya kelengkapan rekapitulasi pelayanan yang diberikan Rumah Sakit karena banyaknya pasien BPJS yang harus ditangani. Upaya untuk mengurangi terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan sebaiknya antara tenaga kesehatan dan coder harus berjalan baik, dan bagi perawat dan dokter agar lebih teliti dalam penulisan data pasien di dalam berkas rekapitulasi pelayanan, dan tenaga kesehatan lebih banyak berhati-hatilah saat mengisi resume medis.

Kata kunci: Evaluasi, Klaim Pending, BPJS Kesehatan.

Abstract

Pending claim means unclaimed or pending. The pending claim causes the hospital's cash flow to be disrupted due to problems in paying claims. Pending claims can also cause losses for government hospitals that accept a lot of health insurance patients so that they experience losses due to the incompatibility of service financing with the amount of claims paid. The purpose of this study is to review the evaluation of BPJS health claims administration in reducing pending claims. This type of research is qualitative with a phenomenological approach. The

focus of this research is on evaluating the administration of BPJS health claims in reducing pending claims. The data collection techniques used were observation, in-depth interviews with BPJS officers, and documents through literature study of books and scientific journals relevant to this research. After obtaining the data, the researcher analyzed it using the adoption of Miles and Huberman with 3 stages, namely reduction; data presentation; and drawing conclusions and verification. The results of this study have the greatest influence on the occurrence of pending BPJS Health claims in hospitals, the determination of the diagnosis code and the incompleteness of the medical resume. Several factors that cause pending BPJS Health claims in hospitals can be in the form of lack of coder knowledge, writing diagnoses that are difficult to understand/incomplete, and lack of completeness of recapitulation of services provided by hospitals due to the large number of BPJS patients that must be handled. Efforts to reduce the occurrence of pending BPJS Health claims should work well between health workers and coders, and for nurses and doctors to be more careful in writing patient data in the service recapitulation file, and health workers to be more careful when filling out medical resumes.

Keywords: *Evaluation, Pending Claim, BPJS Health*

Pendahuluan

Fasilitas pelayanan kesehatan menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 tahun 2016 mengatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan merupakan suatu alat atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitative yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah dan masyarakat (Arikhman, 2021). Upaya pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan yaitu menyiapkan fasilitas dan memberikan solusi dalam meringankan biaya kesehatan, karena kesehatan merupakan kebutuhan yang harus terjamin bagi masyarakat Indonesia.

BPJS kesehatan merupakan alternatif untuk membantu masyarakat dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia. Masyarakat dapat menggunakan BPJS untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan kemudian pihak Rumah Sakit dapat mengklaim BPJS Kesehatan yang diajukan untuk Biaya Perawatan Pasien Peserta BPJS dari RS ke BPJS Kesehatan melaksanakan secara kolektif dan menagih BPJS Kesehatan bulan ini. Setelah itu, BPJS Kesehatan akan menyetujui klaim dan membayar bagi dokumen yang memenuhi syarat, sedangkan tidak untuk dokumen yang tidak memenuhi syarat layak untuk diklaim atau tidak diklaim harus dikembalikan ke rumah sakit diperiksa ulang untuk mengecek ulang dokumen yang masih kurang lengkap (Halawa, 2018).

Kenaikan peserta harus diimbangi dengan fasilitas kesehatan yang memadai dan berdasarkan premi yang dikeluarkan oleh peserta. Oleh karena itu, verifikasi klaim menjadi penting untuk mendapatkan alternatif biaya pelayanan yang diberikan FKRTL kepada pasien dengan tarif yang telah ditentukan. Namun, dalam proses pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan oleh penyedia layanan kesehatan atau rumah sakit, terdapat sejumlah kendala di kedua belah pihak. Kendala yang dilihat rumah sakit adalah laporan resmi tidak mendukung proses pengembalian dokumen klaim. Pada saat yang sama,

BPJS Kesehatan, khususnya verifikator, mengeluhkan verifikasi yang terlalu terburu-buru, dan sering terjadi perbedaan persepsi antara coder dan verifikator rumah sakit, serta perbedaan persepsi terhadap keutuhan dokumen klaim yang mendukungnya pengkodean (Djamhari et al., 2020).

Pending klaim artinya tidak terklaim atau tertunda. Klaim yang dipending menyebabkan aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim. Klaim yang di pending juga dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit pemerintah yang banyak menerima pasien jaminan kesehatan sehingga mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan (Yusuf Shofie, 2008). Ketidaksesuaian pengkodean berdampak terhadap besarnya klaim yang dibayarkan karena besarnya biaya klaim tergantung dari kode diagnosa yang dimasukkan ke dalam program INA-CBGs, sehingga ketidakakuratan kode diagnosis ini akan membawa dampak besar terhadap pendapatan pelayanan kesehatan yang dapat mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian jumlah klaim yang dibayar dengan besarnya biaya untuk suatu pelayanan kesehatan.

Oleh karena itu, disarankan agar perekam medis yang bertugas untuk mengkode harus memahami standard dan tata cara dalam pengkodean sesuai dengan International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision (ICD-10) dan diharapkan agar petugas kesehatan lebih teliti dalam pengisian resume medis dan penginputan klaim. Di RS M. Zein Painan, rekam medis lengkap 66,4% Tidak lengkap hingga 33,6% ketika BPJS meminta persetujuan sehat hingga 60,8% dan 39,2% tidak setuju (Arikhman, 2021). Kasus di RS Hermina Ciputat Tangerang Banten Selatan, ditemukan 142 dokumen klaim rawat inap dan Arsip Rawat Jalan Kembali (Supriadi & Rosania, 2018). Alasan untuk kembali karena gagal validasi manajemen layanan dan validasi layanan sehat. Jika ini terjadi, ini menghasilkan klaim yang tertunda sementara klaim tertunda, arus kas rumah sakit akan terganggu karena masalah membayar klaim. Klaim yang tertunda juga dapat mengakibatkan Rumah Sakit mengalami kerugian, khususnya rumah sakit umum yang menerima pasien BPJS dalam jumlah besar.

Dari temuan penelitian (Harjanti & Wariyanti, 2020), perbedaan pengkodean memiliki jumlah klaim dibayar untuk biaya klaim besar berdasarkan kode diagnostik yang dimasukkan ke dalam program INA-CBGs, Jadi ketidakakuratan kode diagnostik ini dapat berdampak besar pendapatan layanan medis yang mungkin hilang karena selisih antara jumlah klaim yang dibayarkan dan jumlah biaya yang dibayarkan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan permasalahan yang sering dihadapi fasilitas pelayanan untuk mengklaim BPJS kesehatan dan berdampak pada pendapatan bagi fasilitas kesehatan maka tujuan dari penelitian ini yaitu untuk meninjau evaluasi administrasi klaim BPJS kesehatan dalam menurunkan klaim pending.

Petunjuk Teknis, Pedoman Pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan diajukan kepada kantor cabang/kantor operasional kabupaten/kota BPJS kesehatan

secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum antara lain sebagai berikut:

1. Rekapitulasi pelayanan
2. Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari:
 - a. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
 - b. Surat perintah rawat inap
 - c. Resume medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
 - d. Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), misal:
 - 1) Laporan operasi
 - 2) Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus
 - 3) Perincian tagihan rumah sakit
 - 4) Karakterist (manual atau automatic billing)
 - 5) Berkas pendukung lain yang diperlukan

Cara pembayaran klaim BPJS yaitu dengan sistem INA CBGs. Berdasarkan Kepmenkes Republik Indonesia Nomor 440/Menkes/SK/XII/2012 INA-CBG's merupakan singkatan dari Indonesia Case Base Groups yaitu sebuah aplikasi yang digunakan rumah sakit untuk mengajukan klaim pada pemerintah. Arti dari Case Base Groups (CBG) adalah cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Sejumlah aspek yang mempengaruhi besarnya biaya INA-CBG's, yaitu diagnosa utama, adanya diagnosa sekunder berupa penyerta (*comorbidity*) atau penyulit (*complication*), tingkat keparahan, bentuk intervensi, serta umur pasien. Tarif INACBG's dibayarkan per episode pelayanan kesehatan, yaitu suatu rangkaian perawatan pasien sampai selesai.

Dengan pola INA-CBG's, paket pembayaran sudah termasuk: 1) konsultasi dokter, 2) pemeriksaan penunjang, seperti laboratorium, roentgen dll, 3) obat Formularium Nasional (Fornas) maupun obat bukan fornas, 4) bahan dan alat medis habis pakai, 5) akomodasi atau kamar perawatan, 6) biaya lain yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien. Komponen biaya tersebut sudah termasuk ke dalam paket INA-CBG's, tidak dibebankan kepada pasien.

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Fenomenologi berupaya membiarkan realitas mengungkapkan dirinya sendiri secara alami melalui pertanyaan, subjek penelitian untuk menceritakan segala macam dimensi pengalamannya berkaitan dengan sebuah fenomena atau peristiwa. Pada sumber lain dikatakan bahwa pendekatan fenomenologi bersifat deskriptif yang bertujuan mengungkap kesadaran dan dunia kehidupan (Hasbiansyah, 2008). Fokus penelitian ini pada evaluasi administrasi klaim BPJS kesehatan dalam menurunkan klaim pending. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu observasi, wawancara mendalam kepada petugas BPJS, dan dokumen melalui studi kepustakaan dari buku dan jurnal ilmiah yang relevan dengan penelitian ini. Setelah memperoleh data, peneliti

menganalisis nya menggunakan adopsi dari Miles dan Huberman dengan 3 tahapan yaitu reduksi; penyajian data; dan penarikan kesimpulan dan verifikasi.

Berikut penjabaran model teknik analisis data interaktif meliputi (Miles & Huberman, 1984) :

1. Reduksi Data

Reduksi data adalah bentuk analisis yang mempertajam, menggolongkan, memfokuskan, membuang, dan mengatur data untuk menarik kesimpulan dan diverifikasi. Proses pada tahap ini lebih difokuskan pada proses pemilihan, penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data yang di dapat dari lapangan.

2. Penyajian Data

Penyajian data merupakan informasi yang memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan. Penyajian data dirancang sebagai penggabungan informasi agar mudah dipahami. Penyajian data ini membantu untuk memahami apa yang terjadi, dan melanjutkan analisis yang didasarkan pada pemahaman.

3. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi

Penarikan kesimpulan dan verifikasi dimulai dari pengumpulan data, analisis kualitatif dengan memulai memutuskan hal-hal apa yang terjadi, ada keteraturan, membentuk pola, menjelaskan, memungkinkan membentuk susunan, mengalir, dan saran. Verifikasi merupakan proses peneliti memikirkan atau mengingat kembali, meninjau ulang catatan-catatan lapangan dengan seksama

Hasil dan Pembahasan

Klaim BPJS Kesehatan adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulanya. Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang layak, namun untuk berkas yang tidak layak klaim atau pending (Unclaimed) harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali (Halawa, 2018).

Faktor penyebab pending klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di rumah sakit dapat terjadi karena ketidaksesuaian diagnosa (kurangnya pengetahuan koder tentang aturan surat edaran BPJS Kesehatan terbaru) dan diagnosa yang tidak menyertakan atau tidak adanya bukti laporan penunjang dalam berkas klaim (Noveria & Soewondo, 2019). Selain itu, ketidaklengkapan resume medis (masih banyak dokter dan perawat jaga yang kadang tidak melengkapi resume medis sehingga banyak resume medis yang dikembalikan oleh BPJS untuk dikomfirmasi lagi oleh dokter dan perawat) dan perbedaan kode antara rumah sakit dan BPJS (Manaida, Rumayar, & Kandou, 2017)

Selanjutnya persyaratan berkas klaim yang tidak lengkap (dokumen yang tidak lengkap dalam proses verifikasi berkas klaim dibagian assembling seperti tidak adanya hasil baca pemeriksaan penunjang pasien karena diduga banyak jumlah pasien, tidak ada tanda tangan dokter serta jam masuk keluar yang tidak lengkap), ketidakakuratan pengkodean diagnosa pasien (ketidakakuratan pengkodean diagnosa pasien yang sering

terjadi adalah misscoding atau penempatan kode yang tidak sesuai) dan ketidaksesuaian INA-CBGs disebabkan oleh ketidaksamaan koding dari rumah sakit tersebut dengan koding dari verifikator BPJS Kesehatan (Nomeni, Sirait, & Kenjam, 2020).

Kesalahan dalam proses koding, kesalahan input (terjadi karena jumlah berkas yang diinput terlalu banyak sehingga grouper mengerjakannya terburu-buru, selain itu juga koder cenderung kurang teliti sehingga kode ICD sering tertukar). Kesalahan penempatan diagnosa primer dan sekunder tidak sesuai dengan kaidah koding, diagnosa yang banyak menggunakan SDM biasanya disebabkan kurang jelasnya tulisan dokter dan kesalahan dalam pemilihan diagnosa dan atau diagnosa masih kurang lengkap, ketidaklengkapan resume medis terjadi karena waktu yang terbatas sedangkan jumlah pasien yang ditangani banyak, dan DPJP masih belum memahami kelengkapan data resume medis yang berhubungan dengan diagnosa (Kusumawati, 2020).

Tidak kalah pentingnya penyebab klaim pending dari persyaratan administrasi berupa proses persyaratan berkas meliputi surat eligibilitas peserta (SEP), yaitu bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta di tandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP) proses verifikasi kelengkapan administrasi klaim pasien BPJS yang dilakukan oleh petugas assembling masih sangat jauh dari apa yang diharapkan, ketelitian dan proses pemeriksaan berkas yang masuk dari setiap ruangan tidak dilakukan pemeriksaan lebih awal dengan memperhatikan kesesuaian data yang masuk dan hasil pemeriksaan untuk bisa di serahkan ke petugas coding sehingga mengakibatkan terjadinya pending klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di rumah sakit (Nomeni et al., 2020)

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian bahwa salah satu penyebab pending klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di rumah sakit yaitu ketidaklengkapan resume medis karena tidak adanya tanda tangan DPJP. Hal ini terjadi karena proses resume medis elektronik diberlakukan belum sepenuhnya berfungsi online yang menyebabkan proses pemasukan data ke sistem resume medis elektronik harus diketik satu persatu. Ketidaklengkapan resume medis juga terjadi karena waktu yang terbatas sedangkan jumlah pasien yang ditangani banyak, dan DPJP masih belum memahami kelengkapan data resume medis yang berhubungan dengan diagnosa.

Adapun hasil penelitian (Kusumawati, 2020) salah satu penyebab terjadinya pending klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di rumah sakit yaitu karena ketidaktelitian petugas dalam melakukan koding, tidak adanya pedoman kebijakan, sarana prasarana yang mendukung dan kompetensi petugas pelaksana yang tidak menguasai masalah koding. Oleh sebab itu perlu diketahui bahwa kelengkapan dokumen klaim BPJS yang ada dirumah sakit meliputi rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri Surat Elegibilitas Peserta (SEP), resume medis, keterangan diagnose dari dokter yang merawat dan bukti pelayanan lainnya (Nomeni et al., 2020).

Karena dampak dari klaim pending akan berpengaruh pada merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim dan menimbulkan penambahan beban kerja petugas rekam medis. Pada penelitian (Manaida et al., 2017) berdampak pada cash

flow rumah sakit dikarenakan jumlah biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit tidak sesuai dengan jumlah biaya yang didapatkan dari hasil klaim yang di tagihkan. Selain itu, pada penelitian (Nomeni et al., 2020) berdampak pada biaya operasional dirumah sakit seperti pembayaran obat, berdampak pada pembayaran jasa bagi karyawan dan menurunnya kinerja dari karyawan dalam bekerja karena jasa pelayanan merupakan suatu imbalan yang diterima oleh karyawan. Kerugian asuransi kesehatan akibat ketidakpatuhan layanan pembiayaan untuk jumlah klaim yang dibayarkan (Nabila, Santi, Tabrani, & Deharja, 2020).

Proses pengajuan klaim rumah sakit ke BPJS Kesehatan memiliki tahapan verifikasi keutuhan dokumen, pengelolaan pelayanan dan pelayanan medis, dengan tujuan untuk menjaga kualitas pelayanan dan efisiensi biaya dalam pelayanan medis. Bagi peserta BPJS Kesehatan apabila dalam proses verifikasi terdapat ketidaksesuaian antara dokumen klaim dengan ketentuan pada tahap verifikasi, maka verifikator BPJS Kesehatan akan mengembalikan dokumen klaim tersebut ke rumah sakit. Oleh karena itu, untuk mencegah dampak tertundanya klaim dari lembaga pengelola jaminan kesehatan dan sosial di rumah sakit, dokter harus menulis sertifikat diagnosis berdasarkan hasil pemeriksaan pasien dan melakukan peninjauan klaim.

Upaya untuk mengurangi terjadinya pending klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di rumah sakit sebaiknya antara tenaga kesehatan dan coder harus berjalan baik, dan bagi perawat dan dokter agar lebih teliti dalam penulisan data pasien di dalam berkas rekapitulasi pelayanan, di resume medis pasien dan penetapan diagnosa penyakit oleh dokter lebih dapat dipahami agar dalam pengklaiman biaya perawatan pasien BPJS dapat berjalan lebih baik.

Oleh karena itu, direkomendasikan agar penanggung jawab rekam medis pengkodean harus memahami standar dan prosedur pengkodean yang sesuai klasifikasi statistik internasional penyakit dan kesehatan terkait soal edisi revisi kesepuluh (ICD-10), harapan tenaga kesehatan lebih banyak berhati-hatilah saat mengisi resume medis dan mengajukan klaim. Pengaruh terbesar terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit ketetapan kode diagnosa dan ketidaklengkapan resume medis. Berdasarkan beberapa faktor yang menyebabkan pending klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit yakni kurangnya pengetahuan koder, dan penulisan diagnosa yang sulit dipahami.

Kesimpulan

Pending klaim artinya tidak terklaim atau tertunda. Klaim yang dipending menyebabkan aliran kas rumah sakit terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim. Klaim yang di pending juga dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit pemerintah yang banyak menerima pasien jaminan kesehatan sehingga mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk meninjau evaluasi administrasi klaim BPJS kesehatan dalam menurunkan klaim pending.

Hasil penelitian ini pengaruh terbesar terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit ketetapan kode diagnosa dan ketidaklengkapan resume medis. Beberapa

faktor yang menyebabkan pending klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit dapat berupa minimya pengetahuan koder, penulisan diagnosa yang sulit dipahami/ kurang lengkap, dan kurangnya kelengkapan rekapitulasi pelayanan yang diberikan Rumah Sakit karena banyaknya pasien BPJS yang harus ditangani. Upaya untuk mengurangi terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan sebaiknya antara tenaga kesehatan dan coder harus berjalan baik, dan bagi perawat dan dokter agar lebih teliti dalam penulisan data pasien di dalam berkas rekapitulasi pelayanan, dan tenaga kesehatan lebih banyak berhati-hatilah saat mengisi resume medis.

BIBLIOGRAFI

Arikhman, Nova. (2021). Tinjauan Sosial, Etika Dan Hukum Surrogate Mother Di

Indonesia. *Jurnal Kesehatan Medika Sainatika*, 7(2).

- Djamhari, Eka Afrina, Aidha, Cut Nurul, Ramdlaningrum, Herni, Kurniawan, Deni Wahyudi, Fanggidae, Silvia Jubline, Herawati, Herawati, Ningrum, Dwi Rahayu, Thaariq, Rahmanda Muhammad, Kartika, Widya, & Chrisnahutama, Adrian. (2020). *Defisit Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn): Mengapa Dan Bagaimana Mengatasinya?* Perkumpulan Prakarsa.
- Halawa, Merlin Niat Sehati. (2018). Analisis Penyebab Unclaimed Berkas Bpjs Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (Rsu Ipi) Medan. *Jurnal Ilmiah Perkam Dan Informasi Kesehatan Imelda (Jipiki)*, 3(2), 480–485.
- Harjanti, H. J., & Wariyanti, Astri Sri. (2020). Ketepatan Kode Diagnosis Di Era Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn). *Link*, 16(2), 98–104.
- Hasbiansyah, O. (2008). Pendekatan Fenomenologi: Pengantar Praktik Penelitian Dalam Ilmu Sosial Dan Komunikasi. *Mediator: Jurnal Komunikasi*, 9(1), 163–180.
- Kusumawati, Ayu Nadya. (2020). Faktor–Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Di Rsud Koja Tahun 2018. *Cermin Dunia Kedokteran*, 47(1), 25–28.
- Manaida, Risky Joko, Rumayar, Adisti A., & Kandou, Grace D. (2017). Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih Gmim Manado. *Kesmas*, 6(3).
- Miles, Mattheu B., & Huberman, A. Michael. (1984). Qualitative Data Analysis: A Sourcebook Of New Methods. In *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook Of New Methods* (P. 263).
- Nabila, Salma Firyal, Santi, Maya Weka, Tabrani, Yusirwan, & Deharja, Atma. (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.
- Nomeni, Honcy Ernesta, Sirait, Rina Waty, & Kenjam, Yoseph. (2020). Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim Pasien Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Soe. *Media Kesehatan Masyarakat*, 2(2), 1–14.
- Noveria, Yuanna, & Soewondo, Prastuti. (2019). *Causes Of Health Insurance Claim Revision In The Casemix Unit At Pekanbaru Hospital, Riau*.
- Supriadi, Sylfa Rosania, & Rosania, Syifa. (2018). Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien Jkn Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018. *Jurnal Vokasi Indonesia*, 7.
- Yusuf Shofie, S. H. (2008). *Kapita Selekta Hukum Perlindungan Konsumen Di Indonesia*. Citra Aditya Bakti.

Copyright holder:

First publication right:
Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia

This article is licensed under:

