

GAMBARAN PROSEDUR KLAIM PESERTA RAWAT INAP BPJS KESEHATAN DI RSPAD GATOT SUBROTO TAHUN 2022

Isnaini Amalia¹, Puteri Fannya², Wiwik Viatiningsih³, Nanda Aula Rumana⁴
Universitas Esa Unggul

Email : Isnamelia14@student.esaunggul.ac.id¹, puteri.fannya@esaunggul.ac.id²,
wiwik.viatiningsih@ciputrahospital.com³, nanda.rumana@esaunggul.ac.id⁴

Abstrak

Received: 01-04-2023
Revised : 24-04-2023
Accepted: 28-04-2023

Jaminan kesehatan yang dilaksanakan memiliki prosedur dan kebijakan. Prosedur dan kebijakan tersebut merupakan penjelasan fasilitas kesehatan diharuskan mengajukan klaim secara rutin yaitu maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. Dalam prosedur dan kebijakan tersebut BPJS Kesehatan memiliki sebuah sistem yang digunakan untuk mengajukan klaim dengan pola pembayaran Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) pada tarif pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Sebelum mengajukan klaim, pihak rumah sakit melakukan verifikasi administrasi dengan dokumen yang dibutuhkan. Penelitian ini menggunakan metode penelitian analisis deskriptif dengan pendekatan kualitatif melalui observasi dan wawancara. SPO dalam pengajuan klaim sejak dibuat tahun 2016 belum memiliki perubahan. Isi dari SPO itu tetap sama dengan memiliki 16 poin yang menjadi pedoman dalam pengajuan klaim. Pengajuan klaim memiliki 4 tahapan yaitu verifikasi JKN, grouper JKN, verifikasi BPJS Kesehatan dan pembayaran. Pada pelaksanaannya masih terdapat kendala dalam proses pengajuan klaim yaitu masih terdapatnya kode yang salah, tidak lengkapnya berkas yang dibutuhkan, serta sistem yang terkadang bermasalah. Maka dari itu petugas diharapkan agar memperhatikan kembali SPO yang ada apakah SPO tersebut memerlukan perubahan atau tidak. Dan petugas agar lebih teliti lagi dalam

proses coding dan mengumpulkan berkas yang diperlukan.

Kata kunci: Pengajuan klaim; BPJS rawat inap; BPJS Kesehatan

Abstract

The implemented health insurance has procedures and policies. These procedures and policies are an explanation that health facilities are required to submit claims regularly, namely on the 10th of the following month. In these procedures and policies, BPJS Health has a system that is used to submit claims with the Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) payment pattern at advanced health service rates. Before submitting a claim, the hospital conducts administrative verification with the required documents. This study uses a descriptive analysis research method with a qualitative approach through observation and interviews. The SPO in filing claims since it was made in 2016 has not had any changes. The content of the SPO remains the same with 16 points which serve as guidelines for filing claims. Submission of claims has 4 stages, namely JKN verification, JKN grouper, BPJS Health verification, and payment. In its implementation, there are still obstacles in the process of submitting claims, namely there are still wrong codes, incomplete files needed, and a system that sometimes has problems. Therefore, officers are expected to pay attention to the existing SPO again, whether the SPO requires changes or not. And officers to be more careful in the coding process and collect the necessary files.

Keywords: Submission of claims; BPJS hospitalization; BPJS Health

**Correspondence Author: Isnaini Amalia
Email: Isnamelia14@student.esaunggul.ac.id*



PENDAHULUAN

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. 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 ([Sudrajat, 2020](#)). Dengan begitu pemerintah secara tidak langsung memberikan perlindungan sosial kepada seluruh rakyat dan menjamin agar rakyat terpenuhi dan layak atas dasar kebutuhan hidupnya. Melalui peraturan tersebut pemerintah menjelaskan secara lengkap dan sesuai dengan aspek hukum melalui perundang-undangan yang di dalamnya berisi bagaimana pemerintah menjalankan program tersebut.

Undang-Undang No. 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Nasional merupakan dasar dari terbentuknya peraturan perundang-undangan mengenai sistem jaminan sosial dan badan penyelenggaraan jaminan sosial sehingga menjadikan bukti bahwa pemerintah memiliki komitmen untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Kesejahteraan sosial yang ada pada Pancasila butir ke-5 (lima) menjadi alasan karena setiap orang berhak atas jaminan sosial sebagai bentuk perlindungan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak serta meningkatkan martabatnya. Sistem Jaminan Nasional merupakan tatacara pelaksanaan dari program jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa penyelenggara. Sistem ini dikelola oleh suatu badan yang ditetapkan oleh undang-undang yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)([Ginting, Dengo, & Kolondam, 2016](#)).

Jaminan kesehatan yang dilaksanakan tentunya memiliki prosedur dan kebijakan dalam pelaksanaan pelayanan yang diberikan. Prosedur dan kebijakan tersebut merupakan penjelasan fasilitas kesehatan diharuskan mengajukan klaim secara rutin yaitu maksimal tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapasitas, tidak perlu diajukan klaim oleh fasilitas kesehatan. Setelah fasilitas kesehatan mengajukan klaim dan sudah diterima secara lengkap oleh pihak BPJS Kesehatan, maka pihak BPJS Kesehatan wajib membayar atas pelayanan yang telah diberikan fasilitas pelayanan kesehatan kepada peserta atau pasien maksimal 15 hari kerja. BPJS Kesehatan memiliki sebuah sistem yang digunakan untuk mempermudah pengajuan klaim dengan berdasarkan diagnosa penyakit yang telah dikelompokkan ([Ginting et al., 2016](#)).

Pengelompokkan tersebut merupakan sistem yang digunakan untuk mengajukan klaim dengan pola pembayaran Indonesian Case Base Groups (INA-CBG's) pada tarif pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Sistem ini menggunakan kodefikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur untuk dijadikan output pelayanan ([RI, 2014](#)). ICD-10 dan ICD-9-CM dijadikan acuan untuk kodefikasi tersebut (3).

Sebelum mengajukan klaim, pihak rumah sakit melakukan verifikasi administrasi dengan dokumen yang dibutuhkan lengkap atau tidak. Dokumen yang dibutuhkan menyangkut tentang identitas pasien beserta resume medis. Secara lengkap dokumen yang dibutuhkan yaitu, fotocopy kartu BPJS, surat rujukan, Surat Egibilitas Pasien (SEP), surat perintah rawat inap, resume yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), surat pernyataan, biaya yang harus dibayar ([Sawondari, Alfiansyah, & Muflihatin, 2021](#)). Selain dokumen diatas yang sudah terverifikasi, verifikator harus memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur dengan kode ICD-10 dan ICD-9 CM berdasar dengan panduan yang terdapat dalam juknis Ina-CBG's.

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 903/Menkes/Per/2011 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional masyarakat menjelaskan jika salah satu persyaratan tidak ada atau item-item yang seharusnya diisi, akan tetapi tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada proses klaim. Sehingga verifikator akan mengembalikan berkas tersebut dan menpendung berkas tersebut agar petugas di rumah sakit melengkapi dokumen-dokumen yang dikembalikan karena tidak lengkap. Berkas klaim yang dipending menyebabkan kerugian bagi rumah sakit, terlebih rumah sakit pemerintah yang memiliki banyak pasien jaminan kesehatan akan mengalami kerugian karena tidak adanya kesesuaian biaya pelayanan dengan klaim yang sudah dibayar ([Puspaningsih, Suryawati, & Arso, 2022](#)).

Berdasarkan hasil penelitian ([Ningrum & Lestari, 2017](#)) dengan judul Tinjauan Pelaksanaan Prosedur Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen menyebutkan bahwa persyaratan berkas klaim rawat inap di RSUD Lembang yaitu fotocopy kartu BPJS, fotocopy KTP serta KK, SEP, surat perintah rawat inap, lembar resume medis, fotocopy rincian bayaran perawatan, laporan operasi, laporan anestesi, print out hasil grouping, fotocopy surat kematian dan kelahiran (jika pasien mati atau lahir), fotocopy penunjang medik lain. Kendala yang terjadi yaitu belum memiliki SPO, kelengkapan persyaratan untuk klaim BPJS belum lengkap(6).

Berdasarkan hasil penelitian Risky Joko Manaida, Adisti A. Rumayar, dan Grace D. Kandou dengan judul Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado menjelaskan bahwa pelaksanaan prosedur klaim di Rumah Sakit Pancaran Kasih GMIM pada poin rekapitulasi, berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya masih terdapat hal yang harus diperbaiki. Yaitu perawat dan DPJP masih sering salah atau kurang dalam mengisi tanggal keluar masuk dan berkas tidak terisi dan tidak tepat terkait diagnosa penyakit(7). Meringkas dari pernyataan diatas, bahwa pada proses pengklaiman berkas kepada BPJS Kesehatan masih terdapat ketidaktelitian pada prosedur klaim sehingga banyak terjadinya pending yang disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas klaim,

ketidaksesuaian diagnosa dengan tindakan yang dilakukan, diagnosa dokter yang kurang jelas, dan resume medis yang kurang lengkap. Maka dari itu, pihak verifikator BPJS mengembalikan berkas klaim yang masih memiliki kekurangan. Apabila prosedur klaim yang dijalankan sudah sesuai, tidak ada nya lagi pending dalam proses pengklaiman.

Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto merupakan rumah sakit tipe A yang berlokasi di Jalan Abdul Rahman Saleh No. 24 Kecamatan Senen, Jakarta Pusat, DKI Jakarta. Observasi awal dilakukan pada 29 Oktober & 1 November 2021 di Administrasi Pelayanan Pasien (APP). Observasi awal yang dilakukan di Administrasi Pelayanan Pasien (APP) dengan melakukan wawancara terhadap verifikator rumah sakit dan meneliti berkas yang dikembalikan karena tidak sesuai dengan prosedur klaim sehingga masih terdapat kekurangan. Hampir secara keseluruhan pasien di RSPAD Gatot Subroto merupakan Peserta BPJS. Oleh karena itu jumlah pasien BPJS di RSPAD Gatot Subroto setelah diakumulasi selama satu tahun yaitu tahun 2021, rata-rata pasien BPJS yang datang dalam satu bulan yaitu 31.700 pasien. Jumlah tersebut dibagi menjadi 2 bagian dengan rawat jalan sebanyak 30.000 pasien, dan rawat inap 1.700. Lalu pada bulan September 2021 terdapat 1.394 berkas yang diajukan, dari total berkas tersebut 150 diantaranya dikembalikan karena masih terdapat kekurangan sehingga berkas tersebut dikembalikan. Peneliti melakukan observasi terhadap 30 dari 150 berkas yang dikembalikan pada bulan September. Dari 30 berkas tersebut sebanyak 7 berkas memiliki kekurangan pada laporan berkas penunjang serta tatalaksana yang dilakukan terhadap pasien. Sebanyak 17 berkas memiliki kesalahan pada kodefikasinya seperti kodefikasi kondisi bayi lahir yang tidak ada, kodefikasi prosedur yang tidak ada, kesalahan pada kodefikasi, serta kodefikasi kode Z untuk pasien control kembali tidak ada. 2 berkas berubah menjadi klaim rawat jalan dikarenakan tidak adanya administrasi dalam mengurus rawat inap dan indikasi medis rawat inap tidak ada. 1 berkas dikembalikan karena status pasien pulang merupakan pasien akan dirujuk namun tidak ada surat rujukan serta alasan pasien dirujuk tidak ditemukan. 1 berkas merupakan berkas kecelakaan lalu lintas out of control yang perlu dikonfirmasi karena pasien bukan penderita pneumonia ataupun bronchopneumonia jadi indikasi tersebut harus dihapus. 1 berkas tidak adanya simplifikasi. Dan 1 berkas korban belum ditangani oleh pihak kepolisian menurut kesimpulan survey. Dengan hal ini, maka jika setiap bulan mengalami pengembalian berkas dengan jumlah yang tidak sedikit maka akan terdapat kerugian pada rumah sakit tersebut.

METODE PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Administrasi Pelayanan Pasien (APP) RSPAD Gatot Subroto. Observasi awal dilakukan pada 29 Oktober 2021 & 1 November 2021. Penelitian dilakukan pada Mei 2022 - Juni 2022. Peneliti mengambil judul ini dikarenakan saat melakukan observasi awal peneliti menemukan cukup banyak

masalah terkait prosedur klaim rawat inap. Masalah tersebut memiliki akibat berkurangnya pendapatan yang diterima rumah sakit jika prosedur tersebut menjadikan berkas menjadi pending. Metode penelitian yang digunakan ialah analisis deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Melakukan wawancara kepada informan untuk mengetahui prosedur dalam pengklaiman rawat inap.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

SPO pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto

Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto (RSPAD Gatot Subroto) beralamat di Jalan Abdul Rahman Saleh No. 24 Jakarta Pusat. RSPAD Gatot Subroto memiliki luas tanah 12,5 hektar dengan luas bangunan 115.010 m². RSPAD Gatot Subroto didirikan pada awal abad 19. Pada saat itu pembangunan instalasi rumah sakit militer di Nusantara merupakan salah satu bagian dari strategi militer Belanda. Pada masa Hindia Belanda untuk meningkatkan ketahanan pemerintahannya. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada bulan Juni 2022 di RSPAD Gatot Subroto memiliki 4 orang yang berperan sebagai informan penelitian dengan tujuan untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian. Informan penelitian tersebut ialah:

Tabel 1. Informan Penelitian

No	Informan Penelitian	Kode Informan
1.	Tim Pelayanan	Informan 1
2.	Tim Koder	Informan 2
3.	Tim Verifikator	Informan 3
4.	Tim Penagihan	Informan 4

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan di RSPAD Gatot Subroto terkait SPO pengajuan klaim rawat inap sudah ada. Hal ini sesuai dengan keterangan dari informan 3.

“Standar Prosedur Operasional (SPO) pengajuan klaim rawat inap kita ada”. (Informan 3)

Hasil wawancara tersebut menyatakan bahwa dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSPAD Gatot Subroto sudah memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO). Hasil observasi yang dilakukan terhadap lembaran Standar Prosedur Operasional terdapat 4 lembar yang terdiri atas beberapa bagian yaitu bagian pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur, dan unit terkait. Dalam bagian prosedur tersebut memiliki 16 poin yaitu:

- Pasien yang telah mendapatkan pelayanan di Ruang Poliklinik dan Ruang Perawatan RSPAD Gatot Subroto dan sudah dinyatakan keluar rumah sakit / pulang / dirujuk / meninggal oleh DPJP
- DPJP harus mengisi formulir resume pasien kelaur perawatan / laporan kematian sesuai dengan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien

- c. Perawat ruangan mengisi perincian biaya pada formulir perincian manual pasien serta melengkapi berkas-berkas antara lain SEP asli, billing, hasil-hasil penunjang medik dll untuk selanjutnya dikirim ke Tim Verifikasi Yanmasum JKN dan Non Paviliun
- d. Tim Verifikator JKN memeriksa pengisian dan kelengkapan berkas klaim
- e. Tim Verifikator JKN mengembalikan berkas kepada Dokter Verifikator Internal Departemen dan Instalasi apabila pengisian dan kelengkapan berkas klaim masih belum lengkap
- f. Tim Verifikator JKN melanjutkan berkas kepada Tim Grouper JKN untuk diinput kedalam aplikasi Ina-CBGs apabila berkas klaim sudah dianggap lengkap
- g. Tim Grouper JKN menginput data berkas klaim kedalam aplikasi Ina-CBGs
- h. Tim Grouper JKN melaporkan berkas yang telah selesai diinput dan siap dikirim ke BPJS kepada Tim Penagihan untuk dicatat kedalam buku kendali klaim pasien BPJS
- i. Berkas klaim regular yang sudah tercatat pada buku kendali klaim dikirim ke BPJS Center untuk di verifikasi oleh Verifikator BPJS secara langsung setiap hari
- j. Tim Penagihan JKN merekonsiliasi data klaim yang sudah selesai dikerjakan/diverifikasi oleh BPJS setiap hari nya sebagai kendali klaim
- k. Berkas klaim yang sudah selesai diverifikasi dan dianggap layak bayar oleh BPJS tercatat pada sistem dan akan dibayarkan melalui Berita Acara (BA) setiap tanggal 5 dan 20 setiap bulannya
- l. Berkas klaim yang sudah selesai diverifikasi dan dianggap tidak layak bayar (data tidak lengkap/tidak sesuai) oleh verifikator BPJS Kesehatan dikembalikan langsung kepada Tim Penagihan JKN dan bisa di klaim ulang sebagai klaim revisi
- m. Untuk berkas klaim yang dikembalikan kepada JKN akan dicatat dan segera diperbaiki sesuai dengan kebenaran data-data yang ada serta mengkoordinasikan kepada Dokter Verifikator Internal Department dan Instalasi terkait untuk selanjutnya dikoordinasikan kepada DPJP nya
- n. Klaim revisi yang sudah diperbaiki oleh tim JKN RSPAD Gatot Subroto segera dikembalikan kepada Verifikator BPJS untuk dapat dilayakkan sebagai klaim
- o. Batas waktu proses pengklaiman harus diselesaikan maksimal N+1 (proses pengklaiman bulan pelayanan selesai pada bulan berikutnya)
- p. Pembayaran akan dilaksanakan pada 15 hari kerja sesuai dengan perjanjian kerja sama

SPO pengajuan klaim ini dibuat pada tahun 2016 dan sampai saat ini belum ada perubahan dari pihak rumah sakit terkait dengan SPO pengajuan klaim. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari informan 4 yaitu:

“Setelah SPO dari yang ini belum ada lagi yang ditandatangani karumkit jadi SPO belum ada perubahan sejak awal dibuat tahun 2016” (Informan 4)

Pelaksanaan kegiatan pengajuan klaim di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan di RSPAD Gatot Subroto dalam pelaksanaan kegiatan pengajuan klaim didapatkan bahwa dalam proses pengajuan klaim Pada pelaksanaan pengajuan klaim ini, pengajuannya dibagi menjadi 4 tahap yaitu:

1. Verifikasi JKN

Pelaksanaan pengajuan klaim ini membutuhkan persyaratan dalam pemberkasannya sesuai dengan keterangan dari informan 4.

“Pelaksanaan pengajuan klaim pastinya membutuhkan beberapa persyaratan pemberkasannya. Persyaratannya untuk peserta BPJS sesuai dengan yang sudah tertera dalam peraturan. Dalam satu hari pasien yang mendaftar untuk keseluruhan pasien BPJS bisa sekitaran 1000 kurang lebih”. (Informan 1)

Hasil wawancara tersebut didapatkan bahwa pasien BPJS yang mendaftar setiap hari nya di RSPAD Gatot Subroto sebanyak ± 1000 peserta. Pelaksanaan kegiatan pengajuan klaim yang dilakukan di RSPAD Gatot Subroto dilakukan di Instalasi Administrasi Penjamin Pasien dan membutuhkan beberapa persyaratan untuk pengajuan klaim rawat inap.

“Untuk persyaratan berkas dari rawat inap itu pastinya ada surat rawat inap, SEP, resume pasien keluar perawatan, sama penunjang medis. Tapi ada tambahan billing untuk pengajuan klaim nya”. (Informan 1)

Dengan hasil wawancara tersebut, proses pengajuan klaim memerlukan beberapa berkas yaitu surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume pasien keluar perawatan, billing, hasil penunjang medis. Pada saat pasien sudah dinyatakan pulang / dirujuk / meninggal oleh DPJP setelah mendapatkan pelayanan maka untuk mengajukan klaim dari pasien tersebut petugas harus melengkapi beberapa berkas yaitu:

- a. Formulir resume pasien keluar perawatan / laporan kematian
- b. Surat perintah rawat inap
- c. SEP asli
- d. Billing
- e. Hasil penunjang medis (hasil laboratorium, rontgen, CT scan, dll) Berkas tersebut merupakan berkas penting yang digunakan untuk mengajukan klaim pasien. Berkas tersebut nantinya akan diperiksa isi dan kelengkapannya oleh verifikator JKN. Apabila verifikator JKN menemukan berkas yang belum lengkap maka akan dikembalikan oleh verifikator JKN kepada Dokter Verifikator Internal Department dan Instalasi. Namun apabila berkas tersebut sudah dianggap lengkap

oleh verifikator JKN maka berkas tersebut diberikan kepada Tim Grouper JKN untuk diinput kedalam aplikasi INA-CBGS.

2. Grouper JKN

“Kalo berkasnya udah kekumpul lengkap terus udah di koding juga, setelah itu tim grouper ini input berkas-berkas ke aplikasi INA-CBGS”. (Informan 2)

Grouper JKN menginput data berkas klaim kedalam aplikasi INA- CBGS. Selanjutnya berkas yang telah selesai diinput tersebut dikirim ke BPJS kepada tim penagihan untuk dicatat kedalam buku kendali klaim pasien BPJS.

3. Verifikasi BPJS Kesehatan

“Tadi kan berkasnya udah di input ke INA-CBGS, abis itu dimasukkin ke buku kendali ini biar bisa dikirim ke BPJS Center supaya bisa diverifikasi sama verifikator. Di cek berkasnya layak atau engga, masih ada yang belum lengkap atau engga. Kalo udah nanti dipisah antara yang layak sama engganya. Yang engga layak ini dikembalikan lagi untuk direvisi”. (Informan 3)

Berkas klaim regular yang sudah tercatat pada buku kendali klaim dikirim ke BPJS Center untuk di verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan secara langsung setiap hari. Tim penagihan JKN merekonsiliasi data klaim yang sudah selesai dikerjakan / diverifikasi oleh BPJS setiap harinya sebagai kendali klaim. Berkas klaim yang sudah selesai diverifikasi dan dianggap tidak layak bayar (data tidak lengkap/tidak sesuai) oleh verifikator BPJS Kesehatan dikembalikan langsung kepada tim penagihan JKN dan bisa di klaim ulang sebagai klaim revisi. Berkas yang dikembalikan pada saat peneliti turun lapangan yaitu sebanyak 115 berkas dari 1.341 berkas yang diajukan. Berkas tersebut dikembalikan karena 23 berkas memiliki kesalahan pada diagnosanya atau diagnose yang diberikan oleh DPJP belum terkonfirmasi. 23 berkas memiliki kekurangan pada berkas penunjang yang diperlukan. 25 berkas memiliki kekurangan pada berkas tatalaksana yang diberikan kepada pasien. 16 berkas tidak memiliki indikasi emergency, indikasi jaminan, dan belum sesuai indikasi penjaminan. 6 berkas merupakan berkas pasien covid. 5 berkas memiliki kesalahan dalam kodefikasinya. 4 berkas tidak ada administrasi rawat inap. 4 berkas merupakan sirkumsisi RJTL (Rawat Jalan Tingkat Lanjut). 3 berkas memiliki kekurangan pada berkas yang harus di scan. 2 berkas merupakan berkas kecelakaan lalu lintas yang memerlukan purifikasi ulang. 1 berkas tidak ada billing. 1 berkas merupakan berkas readmisi. 1 berkas merupakan konfirmasi bahwa penyakit tersebut dikarenakan pekerjaan. 1 berkas memerlukan laporan tindakan. Dan 1 berkas tidak dapat dijamin JKN akibat injeksi silicon. Untuk berkas klaim revisi yang dikembalikan kepada JKN akan dicatat dan segera diperbaiki sesuai dengan kebenaran data-data yang ada serta mengkoordinasikan kepada Dokter Verifikator Internal Department dan Instalasi

terkait untuk selanjutnya dikoordinasikan kepada DPJP nya. Klaim revisi yang sudah diperbaiki oleh tim JKN RSPAD Gatot Subroto segera dikembalikan kepada Verifikator BPJS untuk dapat dilayakkan sebagai klaim. Batas waktu proses pengklaiman harus diselesaikan maksimal N+1 (proses pengklaiman bulan pelayanan selesai pada bulan berikutnya).

4. Pembayaran

“Untuk pembayarannya itu sesuai dengan berita acara setiap tanggal 5 dan 20 setiap bulannya. Yang dibayar sama pihak BPJS ini yang sudah layak. Kalo yang direvisi tadi itu dibayarnya nanti pas udah diperbaiki dan diajuin lagi”. (Informan 4)

Berkas klaim yang sudah selesai diverifikasi dan dianggap layak bayar oleh BPJS tercatat pada sistem dan akan dibayarkan melalui Berita Acara (BA) setiap tanggal 5 dan 20 setiap bulannya. Pembayaran akan dilakukan dilaksanakan pada 15 hari kerja sesuai dengan perjanjian kerja sama.

Kendala dalam pengajuan klaim di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RSPAD Gatot Subroto, kendala dalam pengajuan klaim yaitu pendaftar atau pasien datang membawa berkas yang sudah ditentukan terkadang masih ada yang kurang lengkap atau belum di fotocopy sehingga saat melakukan pendaftaran harus tertunda untuk memenuhi syarat yang belum lengkap tersebut.

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan informan 1 yaitu:

“Kadang pasien mau daftar tapi ada berkas yang belum difotocopy jadinya kalo pagi tempat fotocopy ramai sama yang mau daftar tapi berkasnya ada yang belum difotocopy” (Informan 1)

Lalu dengan begitu, hal tersebut tidak terlalu menjadi hambatan dalam proses pengajuan klaim karena apabila pasien sudah mendapatkan perawatan berarti berkas tersebut sudah lengkap. Karena sesuai dengan pernyataan informan 3 yaitu:

”Kalo udah dapat perawatan dari ruang rawat inap berarti berkas yang awal ada di pendaftaran itu sudah lengkap jadi bukan hambatan untuk pengajuan klaim nya” (Informan 3)

Setelah pasien menerima perawatan dari ruang perawatan dan pulang dari rumah sakit / dirujuk / meninggal dunia berkas tersebut diserahkan kepada koder untuk dikoding. Dalam proses pengajuan klaim, dengan jumlah berkas sebanyak 1.700 berkas untuk pasien rawat inap maka setiap bulannya terdapat klaim yang

tidak layak sehingga memerlukan perbaikan untuk bisa dinyatakan layak. Namun dengan begitu, pihak RSPAD Gatot Subroto menyatakan bahwa tidak terdapat kerugian dalam proses pengajuan klaim walaupun ada perbaikan untuk klaim yang tidak layak dikarenakan klaim yang tidak layak tersebut akan diajukan bulan berikutnya bersamaan dengan berkas klaim yang baru. Hal tersebut ditegaskan oleh informan sebagai berikut:

“Mungkin akan terjadi selisih tarif setiap bulannya karena ada berkas yang direvisi tapi itu bukan masalah besar yang akan menimbulkan kerugian untuk rumah sakit. Soalnya kan klaim yang direvisi bakal diajukan lagi bulan berikutnya” (Informan 4).

Hasil wawancara tersebut mengatakan bahwa berkas klaim yang tidak layak dan harus direvisi oleh petugas bukan merupakan masalah yang besar hingga menimbulkan kerugian untuk rumah sakit. Yang terjadi hanyalah perbedaan selisih tarif yang sudah diperhitungkan di awal sebelum terjadinya revisi dengan tarif yang didapatkan.

Dalam meneliti kendala pengajuan klaim ini, peneliti menggunakan unsur 5M untuk mengetahui kendalanya. Unsur 5M dalam kendala pengajuan klaim di RSPAD Gatot Subroto:

a. Man

Dalam proses pengajuan klaim, pada unsur man (manusia) yaitu dokter, perawat, koder, petugas pengajuan klaim. Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSPAD Gatot Subroto ditemukan bahwa yang menjadi kendala pada unsur man ini ialah perawat atau koder yang masih kurang teliti dalam mengisi atau mengkoding resume pasien keluar. Sehingga beberapa berkas yang akan diajukan dikembalikan kembali karena perlunya konfirmasi terkait kode yang diberikan karena tidak adanya berkas penunjang. Ataupun kode yang diberikan oleh koder tidak sesuai dengan diagnosis. Dan juga kurangnya kode tambahan untuk kasus ibu melahirkan.

“Untuk kendalanya dari koder sendiri biasanya karena kurang teliti sama diagnosis jadi kode yang diberikan berbeda dengan diagnosis dari dokter atau kurang lengkap kodenya karena kan berpedoman juga sama kodingan menurut BPJS” (Informan 2).

b. Money

Dalam kendala pengajuan klaim untuk unsur money tidak memiliki kendala. Karena jika klaim tersebut mengalami pengembalian sehingga harus dilakukan revisi maka klaim tersebut akan diajukan kembali pada bulan berikutnya bersamaan dengan berkas klaim pada bulan tersebut. Akibatnya dari berkas-berkas

yang mengalami revisi maka terjadi selisih tarif yang sudah diperhitungkan pada bulan tersebut dengan jumlah yang didapatkan dibulan tersebut.

“Tidak ada kendala dalam unsur keuangan ya karena tadi berkas yang direvisi bakal diajukan kembali bulan berikutnya” (Informan 4)

c. Material

Dalam kendala pengajuan klaim untuk unsur material setelah dilakukan penelitian dan wawancara tidak memiliki kendala yang mempengaruhi proses pengajuan klaim. Karena untuk proses pengkodean dalam pengajuan klaim menggunakan pedoman yang sudah ditentukan dari pihak BPJS Kesehatan.

d. Methode

Dalam kendala pengajuan klaim untuk unsur metode tidak memiliki kendala yang dapat mempengaruhi proses pengajuan klaim.

e. Machine

Dalam kendala pengajuan klaim untuk unsur machine memiliki kendala seperti jaringan komputer atau sistem yang sedang tidak bisa diakses. Hal tersebut menjadi kendala dikarenakan apabila proses pengajuan klaim yang dilakukan biasanya membutuhkan waktu selama 1 minggu, menjadi 2 minggu atau lebih dikarenakan jaringan computer atau sistem yang tidak bisa diakses.

“Kadang sistemnya tidak bisa diakses jadi kalo lagi kejar target ya lembur sampe malem karena sistemnya bermasalah” (Informan 3)

B. Pembahasan

SPO pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto

Standar Prosedur Operasional merupakan panduan yang digunakan untuk memastikan kegiatan operasional organisasi atau perusahaan berjalan dengan lancar. Penggunaan SPO dalam organisasi bertujuan untuk memastikan organisasi beroperasi secara konsisten, efektif, efisien, sistematis, dan terkelola dengan baik, untuk menghasilkan produk yang memiliki mutu konsisten sesuai dengan standar yang telah ditetapkan ([Alindra, 2015](#)).

Berdasarkan hasil penelitian SPO pengajuan klaim peserta rawat inap BPJS Kesehatan di RSPAD Gatot Subroto, SPO tersebut mudah dipahami dan dimengerti sehingga pelaksana pengajuan klaim peserta rawat inap tidak akan keliru ataupun bingung dengan isi dari SPO tersebut. Sehingga proses pengajuan klaim peserta rawat inap dapat berjalan dengan lancar. Akan tetapi SPO tersebut

sejak awal dibuat yaitu pada tahun 2016 hingga sekarang tahun 2022 belum ada perubahan terkait isi dari SPO tersebut.

Berdasarkan penelitian analisis prosedur klaim asuransi Jaminan Kesehatan Nasional pasien rawat inap di RSUD Lembang didapatkan bahwa penerapan prosedur klaim dalam pelaksanaannya berpedoman pada Surat Perjanjian Kerjasama antara RSUD Lembang dengan BPJS Cabang Cimahi tentang Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional nomo: 60/KTR/V-09/0521 dan nomor: 440/003/PKS/V/RSUD/2021. Dikarenakan RSUD Lembang belum memiliki SPO yang menjadi pedoman dalam pelaksanaan klaim tersebut sehingga perlu dibuatkan Standar Prosedur Operasional ([Nugraha & Bambang Eko Turisno, 2016](#)) .

Pelaksanaan kegiatan pengajuan klaim di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto

Berdasarkan hasil dari wawancara dan hasil observasi yang dilakukan kepada petugas pengajuan klaim memiliki Standar Prosedur Operasional secara tertulis tentang prosedur pengajuan klaim rawat inap BPJS Kesehatan. Sehingga pelaksanaan kegiatan pengajuan klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan berpedoman kepada standar prosedur operasional. Dalam pelaksanaannya berkas yang sudah dilengkapi oleh pihak rumah sakit kemudian akan diverifikasi kembali kelengkapannya oleh pihak BPJS Kesehatan untuk mengetahui apakah berkas-berkas yang sudah dilengkapi tersebut sesuai dengan ketentuan yang telah diberikan oleh BPJS Kesehatan atau tidak.

Berkas tersebut diajukan kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 setiap bulannya. Apabila berkas tersebut diketahui memiliki kekurangan atau kurang lengkap maka berkas tersebut akan dikembalikan kepada pihak rumah sakit untuk diperbaiki. Berkas tersebut direvisi untuk diperbaiki dan dilihat ketidaklengkapannya. Untuk berkas yang direvisi dan dikembalikan untuk diperbaiki tersebut memiliki pengaruh dalam proses pencairan dana kepada pihak rumah sakit. Berkas yang direvisi akan diajukan kembali bersamaan dengan berkas yang akan diajukan pada bulan berikutnya. Proses pencairan dana dilakukan setelah semua berkas yang diajukan pada bulan tersebut dianggap layak dan sudah terverifikasi dan akan dibayarkan melalui berita acara setiap tanggal 5 dan 20 pada setiap bulannya.

Klaim yang sudah diajukan oleh fasilitas kesehatan akan melalui tahap verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan dengan tujuan untuk melihat dan menguji administrasi pertanggungjawaban apakah berkas tersebut telah dilaksanakan atau belum ([Sawondari et al., 2021](#)) . Hal tersebut sesuai dengan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim, BPJS Kesehatan wajib membayar pelayanan yang telah diberikan oleh fasilitas kesehatan sesuai dengan klaim yang diajukan paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas klaim diterima lengkap oleh pihak BPJS Kesehatan. Pengajuan klaim tersebut dilakukan menggunakan sebuah

sistem yaitu INA-CBGS dan BPJS Kesehatan membayarkan biaya pelayanan yang sudah diajukan tersebut melalui INA-CBGS.

Pada pelaksanaannya, BPJS Kesehatan wajib memberikan feedback atas telaah dari hasil verifikasi terhadap perbedaan biaya yang sudah diajukan rumah sakit dengan yang sudah disetujui oleh verifikator BPJS Kesehatan. Perbedaan biaya itu terjadi karena adanya berkas yang tidak terverifikasi oleh pihak verifikator BPJS Kesehatan sehingga berkas yang tidak terverifikasi tersebut dikembalikan kepada pihak rumah sakit untuk diajukan kembali pada bulan berikutnya setelah diperbaiki dan dilengkapi oleh pihak rumah sakit. Pelaksanaan pengajuan klaim yang dilakukan melalui sistem INA-CBGS memiliki proses verifikasi lanjutan, dimana hal tersebut dilaksanakan dengan tujuan agar menghindari terjadi error verifikasi yang menyebabkan terjadinya double klaim. Verifikasi lanjutan ini terdiri dari:

1. Verifikasi double klaim untuk dua (atau lebih) pelayanan RI. Tahap ini bertujuan untuk melihat apakah kasus readmisi atau pasien yang dipulangkan hanya secara administrasi
2. Verifikasi double klaim RJ yang langsung dirujuk ke RI. Untuk mendapatkan persetujuan dalam klaim ini menjadi klaim RI maka verifikator harus memperhatikan apakah pasien yang ada pada pagi hari mendapatkan pelayanan rawat jalan dan pada sore hari mendapatkan pelayanan UGD lalu dirujuk ke pelayanan rawat inap. Maka jika iya, pelayanan yang dapat diklaimkan hanya pelayanan yang dilakukan pada pagi hari saja. Lalu apabila pasien sudah rutin melakukan suatu terapi namun pasien di rawat inap dengan tidak ada hubungannya pada terapi tersebut, akan tetapi pasien harus menjalankan terapi tersebut pada rawat jalan maka pelayanan terapi pada rawat jalan tersebut dapat diklaimkan sendiri
3. Verifikasi klaim terhadap kode INA-CBGS berpotensi tidak benar. Hal ini dilakukan untuk menyaring kembali kode INA-CBGS yang tidak layak bayar dan diperlukan analisis lebih lanjut.
4. Verifikasi terhadap kode diagnose yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku
5. Pemeriksaan bebas. Hal ini dilakukan dengan alasan lain untuk kasus- kasus yang tidak termasuk dalam kategori langkah-langkah sebelumnya, namun harus ditidaklayakkan karena alasan lain ([Sawondari et al., 2021](#)).

Berdasarkan penelitian analisis prosedur pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di rawat inap rumah sakit umum pancaran kasih GMIM Manado didapatkan bahwa pelaksanaan kegiatan pengajuan klaim yang dilakukan dipengaruhi oleh kelengkapan berkas rekapitulasi pelayanan dari ruangan rawat inap yang dimasukan diloket keuangan sudah lengkap, perawat jaga dan dokter sudah melengkapi berkas rekapitulasi pelayanan sebelum dimasukkan ke loket keuangan. Berkas rekapitulasi pelayanan harus terisi dengan benar karena berkas ini akan diinput di software Ina-CBGs untuk tahapan pengklaiman BPJS

Kesehatan. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berjalan dan untuk kelengkapan berkas klaim yang akan di masukkan oleh RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado kepada BPJS paling lambat tanggal 10 bulan berjalan dan selama ini untuk RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado tanggal 5 bulan berjalan berkas klaim sudah dimasukkan kepada pihak BPJS dan sesuai dengan pelaksanaannya dilakukan oleh bagian keuangan untuk monitoring(7).

Kendala dalam pengajuan klaim di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada petugas pengajuan klaim didapatkan bahwa kendala dalam pengajuan klaim pada tahap pendaftaran, peserta terkadang masih membawa berkas yang kurang lengkap ataupun belum terfotocopy. Hal tersebut menjadikan peserta BPJS harus melengkapi sebelum melakukan pendaftaran. Akan tetapi kendala dalam tahap pendaftaran tidak menjadikan hambatan untuk proses pengajuan klaim dikarenakan apabila pasien sudah ditangani maka berkas pada saat awal pendaftaran sudah lengkap.

Unsur 5M dalam kendala pengajuan klaim ini terdiri atas unsur man, money, material, method, machine. Dalam hal ini kendala yang terjadi saat pengajuan klaim yaitu faktor Man (manusia) dan faktor Machine (alat) berdasarkan dari hasil penelitian:

a. Man

Dalam pengajuan klaim ini dilakukan oleh beberapa petugas yaitu perawat, dokter, dan petugas klaim. Perawat dan petugas koder yang melakukan proses pelengkapan formulir untuk pengajuan klaim mengalami kendala dikarenakan kesalahan dalam pengkodean. Kesalahan pengkodean ini terjadi adanya perbedaan antara kode dari pihak rumah sakit dengan kode yang sudah ada dari pihak BPJS Kesehatan. Sehingga hal tersebut menjadi kendala dalam proses pengkodean diagnosa. Selain itu dikarenakan jumlah berkas yang banyak, terkadang berkas yang harus dimasukkan ke dalam berkas klaim tidak terbawa sehingga berkas klaim tersebut tidak lengkap.

b. Money

Unsur money dalam pengajuan klaim berarti bagaimana proses pembayaran pada saat klaim tersebut diajukan ([Jasa Putera, Istiqomah, & Wahjuni, 2013](#)). Dalam pengajuan klaim, setelah dilakukan penelitian didapatkan bahwa unsur money tersebut tidak memiliki kendala. Dari hasil penelitian yang sudah dilakukan di RSPAD Gatot Subroto, kendala dalam unsur ini sebetulnya tidak ada yang membuatnya menjadi kendala. Akan tetapi, jika berkas klaim yang diajukan terdapat berkas yang dikembalikan dan harus direvisi maka akan terjadi selisih tarif yang sudah ditentukan di awal dengan tarif yang didapatkan diakhir. Namun

permasalahan tersebut bukanlah kendala karena tarif itu akan dibayarkan pada bulan berikutnya.

c. Material

Material atau bahan yang digunakan dalam proses pengajuan klaim ini yaitu sebuah buku pedoman yang berasal dari BPJS Kesehatan. Buku pedoman tersebut digunakan sebagai pedoman untuk melakukan pengkodean dalam pengajuan klaim. Dalam unsur material dalam proses pengajuan klaim ini tidak memiliki kendala. Material yang digunakan untuk melakukan proses pengajuan klaim ini berpedoman dengan menggunakan buku panduan koding untuk proses pengajuan klaim. Dan juga menggunakan petunjuk sesuai dengan Juknis dari BPJS Kesehatan.

d. Methode

Dalam unsur metode dalam proses pengajuan klaim tidak memiliki kendala yang mempengaruhi.

e. Machine

Unsur machine pada proses pengajuan klaim merupakan sebuah perangkat komputer dan juga sistem INA-CBGS ([Mayori, Deharja, Nuraini, & Santi, 2021](#)). Dalam hal ini yang menjadi kendala dalam proses pengajuan klaim pada unsur machine ini yaitu terkadang server yang digunakan tidak bisa diakses sehingga memerlukan waktu untuk melakukan penginputan dari berkas yang seharusnya sudah diinput.

Selain itu pada saat berkas sudah diserahkan ketika pasien sudah dinyatakan pulang dari rumah sakit / dirujuk / meninggal, masih terdapat kendala selanjutnya yang berasal dari pihak internal rumah sakit seperti kode diagnosa yang tidak tepat, kode diagnosa yang kurang ataupun kurangnya berkas yang memperkuat diagnosa tersebut. Karena kendala ini menjadikan berkas klaim yang diajukan harus dikembalikan karena kurang tepatnya kode, kurang lengkapnya kode, berkas penunjang dari kode tersebut yang masih kurang ataupun masih terdapatnya kesalahan dalam mengkode diagnosa tersebut. Oleh sebab itu maka terjadilah selisih dari tarif yang sudah ditentukan untuk bulan itu dengan yang dibayarkan oleh pihak BPJS Kesehatan.

Berdasarkan penelitian tinjauan pelaksanaan prosedur klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pasien rawat inap di RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen didapatkan kendala tahap pertama pendaftaran kepersertaan masih ditemukan kartu BPJS yang tidak aktif yang diakibatkan karena biaya premi/tunggakan pembayaran iuran yang belum dibayarkan setiap bulannya oleh peserta BPJS khususnya NON PBI selain itu juga dikarenakan penghapusan BPJS dari pemerintah disebabkan karena peserta BPJS PBI dianggap sudah mampu untuk membayarkan tunggakan premi atas dirinya (adanya pengalihan dari peserta PBI ke NON PBI). Selain itu terdapat kendala dari pihak internal rumah sakit maupun kendala pengembalian klaim yang tidak disetujui oleh pihak verifikator yaitu pada berkas klaim terdapat formulir yang tidak ada seperti hasil

PA belum jadi dikarenakan hasil laboratorium tersebut harus dipelajari oleh dokter, ringkasan pasien pulang belum diisi lengkap, data penunjang medik belum ada, data di dokumen rekam medis dan di berkas klaim tidak sama, pengkodean yang terkadang belum sesuai dengan pihak verifikator serta penulisan diagnosis oleh dokter kurang lengkap dan jelas(6).

KESIMPULAN

SPO pengajuan klaim rawat inap di RSPAD Gatot Subroto sudah dapat dipahami secara keseluruhan dengan mudah oleh petugas pengajuan klaim dalam menerapkan pelaksanaan pengajuan klaim rawat inap akan tetapi SPO tersebut belum mengalami perubahan sejak awal dibuat yaitu pada tahun 2016

Pelaksanaan pengajuan klaim rawat inap yang dilakukan masih belum sempurna. Hal itu dibuktikan dengan cukup banyaknya berkas yang dikembalikan dan harus direvisi oleh pihak BPJS Kesehatan dikarenakan masih terdapatnya kesalahan serta kekurangan. Namun pada pelaksanaannya sudah terlaksana dengan baik sesuai dengan yang tertulis di SPO yaitu pada proses pengelompokkan berkas yang dibutuhkan, proses pengisian dan kelengkapan berkas, proses grouping dan penginputan kedalam software Ina-CBGs serta proses pelaporan berkas yang sudah diinput kedalam software

Kendala dalam proses pengajuan klaim ini berasal dari pihak internal rumah sakit seperti kode diagnosa yang tidak tepat, kode diagnosa yang kurang ataupun kurangnya berkas yang memperkuat diagnosa tersebut. Karena kendala ini menjadikan berkas klaim yang diajukan harus dikembalikan karena kurang tepatnya kode, kurang lengkapnya kode, berkas penunjang dari kode tersebut yang masih kurang ataupun masih terdapatnya kesalahan dalam mengkode diagnosa tersebut

BIBLIOGRAFI

- Alindra, Aput Ivan. (2015). Analisis Pengaruh Budaya Organisasi Terhadap Kinerja Karyawan Depok Sports Center.
- Ginting, Anna Feberina, Dengo, Salmin, & Kolondam, Helly F. (2016). Implementasi program jaminan sosial ketenagakerjaan di kota manado. *Jurnal Administrasi Publik*, 3(400).
- Jasa Putera, Angga Dwi, Istiqomah, Liliek, & Wahjuni, Edi. (2013). Pengajuan Klaim Asuransi Jiwa Apabila Tertanggung Meninggal Dunia Dalam Keadaan Pembayaran Premi Tidak Lancar (Lapse) Pada Asuransi Jiwa Bersama (AJB) Bumiputera 1912 Cabang Jember.
- Mayori, Elsa, Deharja, Atma, Nuraini, Novita, & Santi, Maya Weka. (2021). Upaya Perbaikan Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pada Unit Rawat Inap di RSIA Srikandi IBI Jember Tahun 2019. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 2(4), 461–470. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v2i4.2301>

- Ningrum, Frandhica Septyan, & Lestari, Tri. (2017). Tinjauan Pelaksanaan Prosedur Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Pasien Rawat Inap Di Rsud Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.
- Nugraha, Bayu Cakra Adhy, & Bambang Eko Turisno, Suhartoyo. (2016). Klaim Antara Rsud Dr. Loekmono Hadi Kudus Dengan Bpjs Kesehatan Cabang Utama Kudus Bagi Pasien Rawat Inap Dengan Sistim Ina-Cbgs. Diponegoro Law Journal, 5(3), 1–20.
- Puspaningsih, Mira, Suryawati, Chriswardani, & Arso, Septo Pawelas. (2022). Evaluasi Administrasi Klaim BPJS Kesehatan dalam Menurunkan Klaim Pending. Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia, 7(6), 7055–7064. <https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v7i6.7317>
- RI, Kementerian Kesehatan. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014.
- Sawondari, Nofitalia, Alfiansyah, Gamasiano, & Muflihatin, Indah. (2021). Analisis kuantitatif kelengkapan pengisian resume medis di rumkital dr. Ramelan surabaya. J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan, 2(2), 211–220. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v2i2.2008>
- Sudrajat, Tedi. (2020). Perlindungan Hukum dan Pemenuhan Hak Pekerja pada Program Jaminan Kesehatan Nasional. Pandecta Research Law Journal, 15(1), 83–92. <https://doi.org/10.15294/pandecta.v15i1.23647>

© 2022 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY SA) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>).

