

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP PERIODE TRIWULAN IV TAHUN 2024 DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TANGERANG SELATAN

Rumondang Christin^{1*}, Santi Lestari², Rita Dwi Pratiwi³, Riska Indria Muchtar⁴

^{1, 2, 3, 4}STIKes Widya Dharma Husada Tangerang, Jl. Pajajaran No. 1, Pamulang Barat., Kec. Pamulang, Kota Tangerang Selatan, Banten 15417

ARTICLE INFORMATION	ABSTRACT
<i>*Corresponding Author</i> Name: Rumondang Christin E-mail: christinerumondang@gmail.com Keywords: Claim pending BPJS Kesehatan, INA-CBG's, document completeness, RSUD South Tangerang.	<i>Claim pending for BPJS Kesehatan at the Regional General Hospital (RSUD) of South Tangerang is a significant issue, affecting the hospital's administrative and financial efficiency. Based on a preliminary study, the main causes of pending claims include incomplete documents such as service procedure reports, supporting examination results, and diagnosis revisions. This research aims to identify the factors influencing inpatient claim pendings for BPJS Kesehatan at RSUD South Tangerang. A quantitative approach with a retrospective design was used. Data were collected through document observation, questionnaires, and interviews with 14 casemix officers, along with an analysis of 224 pending claim files. The sampling technique applied was simple random sampling, and data were analyzed descriptively to identify the percentage of document incompleteness and the underlying causes of claim pending. The results showed that the implementation of the Standard Operating Procedure (SOP) for claim submission had reached 86%, although SOP socialization was still uneven. Human resources in the casemix unit were dominated by graduates of the Associate Degree in Medical Records (50%), while 7% of staff had only completed high school or equivalent. Incomplete documentation was identified as the main cause of claim pending, with incomplete diagnosis codes (53%), incomplete supporting documents (46%), and incomplete service evidence (13%).</i>
Kata Kunci: Pending klaim, BPJS Kesehatan INA-CBG's, Kelengkapan dokumen, RSUD Tangerang Selatan.	Pending klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tangerang Selatan merupakan masalah yang signifikan, masalah ini berdampak pada efisiensi administrasi dan keuangan rumah sakit. Berdasarkan studi pendahuluan, ditemukan ketidaklengkapan dokumen seperti laporan tindakan pelayanan, hasil penunjang, dan perbaikan diagnosa sebagai penyebab utama pending klaim. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Tangerang Selatan. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain retrospektif. Data dikumpulkan melalui observasi dokumen, kuesioner, dan wawancara terhadap 14 petugas casemix serta analisis 224 berkas pending klaim. Teknik pengambilan sampel menggunakan simple random sampling, dan data dianalisis secara deskriptif untuk mengidentifikasi persentase ketidaklengkapan dokumen dan faktor penyebab pending klaim. Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan SPO pengajuan klaim telah mencapai 86%, namun sosialisasi SPO belum merata, sumber daya manusia di unit casemix didominasi oleh lulusan D3 Rekam Medis (50%), tetapi 7% petugas berlatar belakang pendidikan SLTA/Sederajat, ketidaklengkapan dokumen menjadi penyebab utama pending klaim, dengan kode diagnosa tidak lengkap (53%), lembar penunjang tidak lengkap (46%), dan bukti pelayanan tidak lengkap (13%).
Manuskrip diterima: 03 09 2025 Manuskrip direvisi: 14 10 2025 Manuskrip dipublikasi: 30 11 2025	This is an open access article under the CC-BY-NC-SA license.

	
	© 2025 Some rights reserved

PENDAHULUAN

Menurut WHO (World Health Organization), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna yang komprehensif berupa penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan. "Kesehatan adalah keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekadar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif". Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif (Presiden RI, 2023).

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejalan dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024, dimana Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Manfaat jaminan kesehatan yang diperoleh bersifat pelayanan perorangan berupa pelayanan kesehatan mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan yang diberikan pada fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Peraturan BPJS, 2024).

Rumah sakit akan melakukan pengajuan klaim biaya pelayanan kesehatan kepada BPJS dengan menggunakan sistem casemix Indonesia Case Base Group (INA- CBGs). Proses pengajuan klaim dari rumah sakit ke BPJS melalui tahapan tahapan, diantaranya tahap verifikasi administrasi kepersertaan, administrasi pelayanan, dan pelayanan kesehatan. Apabila dalam proses verifikasi terdapat ketidaksesuaian berkas klaim maka akan terjadi pengembalian berkas klaim oleh verifikator BPJS Kesehatan kepada pihak rumah sakit. Ada beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim, ialah sebagai berikut: rekapitulasi pelayanan dan

berkas pendukung pasien yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis atau keterangan diagnosa dari dokter yang merawat, bukti pelayanan lainnya, misalnya protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat), perincian tagihan rumah sakit (manual atau automatic billing) dan berkas pendukung lain yang diperlukan (BPJS Kesehatan, 2014). Dengan adanya sistem pembayaran kesehatan melalui sistem INA-CBGs ini maka dapat meningkatkan kesehatan Masyarakat yang merupakan hakdasar setiap orang, dan semua warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan UUD 1945 Perubahan, Pasal 34 Ayat 2 dan hal ini diperkuat dengan UU no 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk memberikan jaminan sosial menyeluruh bagi setiap orang dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Januari 2025 oleh peneliti di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan, ditemukan proses klaim dapat berjalan lancar namun terdapat beberapa kasus yang mendapatkan pending klaim karena adanya beberapa alasan salah satunya adalah adanya dokumen yang belum terlampir seperti Penunjang medis, konfirmasi tatalaksana, dan perbaikan kodefikasi. Dengan dilakukan observasi 199 berkas pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap pada bulan Desember 2023 ditemukan faktor pending klaim karena laporan tindakan pelayanan yang tidak lengkap 82 (41%), hasil penunjang yang tidak lengkap 61 (31%), dan perbaikan diagnosa 56 (28%). Sehingga berkas pending klaim pasien peserta BPJS Kesehatan harus diajukan ke pihak BPJS Kesehatan kembali.

Berdasarkan masalah diatas penulis ingin meneliti Standar Prosedur Operasional dalam pelaksanaan klaim pasien BPJS, Sumber Daya Manusia pelaksanaan klaim pasien BPJS, dan kelengkapan syarat berkas administrasi klaim pasien BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan pendekatan retrospektif yang dilakukan di Unit Casemix Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan pada April-Mei 2025. Populasi pada penelitian ini adalah populasi objek yaitu berkas Rekam Medis dengan kasus pending klaim rawat inap di RSUD Tangerang Selatan periode triwulan IV berjumlah 508 berkas rekam medis, populasi subjek sebanyak 14 orang, yaitu 1 kepala casemix, 2 dokter casemix, dan 11 petugas unit casemix di RSUD Tangerang Selatan.

Sampel penelitian ini adalah sampel subjek berjumlah 14 orang menggunakan total sampling dan sampel objek 224 sampel menggunakan teknik simple random sampling menggunakan interval dengan perhitungan slovin derajat kesalahan 5%. Proses pengumpulan data menggunakan lembar checklist (lembar observasi), observasi dokumen, dan lembar kuesioner. Proses analisis pada penelitian ini adalah untuk melihat faktor-faktor pending klaim rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan.

HASIL

1. Standar Prosedur Operasional Pelaksanaan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan.

a. Observasi Pelaksanaan Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan sudah memiliki SPO terkait pengajuan klaim rawat inap maupun rawat jalan guna mempermudah petugas casemix dalam melakukan klaim BPJS Kesehatan, oleh karena itu peneliti melakukan observasi untuk mengetahui apakah petugas sudah mengikuti ketentuan- ketentuan yang teradapat dalam SPO. Pelaksanaan observasi di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan dengan meninjau langsung SPO Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap. Berikut tabel observasi pelaksanaan SPO Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan:

Tabel 1. Hasil Observasi Pelaksanaan Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan

No.	Kriteria Standar Operasional Prosedur	Terlaksana	Tidak Terlaksana
1	Berkas klaim rawat inap yang sudah dilengkapi oleh bagian administrasi dan rekam medis di rawat inap maka dikembalikan ke ruang <i>casemix</i> untuk diperiksa kelengkapannya, jika ada status rekam medis yang belum terlengkapi maka berkas akan dikembalikan ke bagian rekam medis untuk dilengkapi	✓	
2	Berkas yang sudah lengkap selanjutnya diverifikasi untuk di scan oleh petugas <i>scanner</i> .	✓	

3	Melakukan penyatuan dan penyocokan kwitansi tagihan rawat dengan <i>form</i> pengajuan klaim dan SEP dan nomor rekam medis, untuk berkas tidak ada hasil laboratorium dan radiologi di cek kembali ke sistem informasi, jika ada tagihannya download, jika tidak ada file tagihan rumah sakit maka berkas dikembalikan ke bagian kasir	✓
4	Menyatukan dan menyelesaikan <i>billing</i> dan berkas klaim rawt inap dan IGD dalam satu <i>softfile PDF</i> , untuk diberikan kepada koder.	✓
5	Koder mengambil berkas dari petugas keuangan (<i>costing</i>), dan melakukan penginputan ke dalam E-Klaim INACBG's yang selanjutnya dilakukan kodefikasi diagnosa ICD-10 dan tindakan kedalam ICD-9CM	✓
6	Setelah <i>final claim</i> data akan dikirim <i>online</i> dengan mengambil data TXT di aplikasi E-Klaim dan dikirim dengan berkas yang sudah di <i>scan</i>	✓

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan tabel 1, hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti terkait pelaksanaan SPO Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan terhadap 14 petugas sudah terlaksana sepenuhnya yaitu 100%.

b. Kuesioner Terkait SPO Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil kuesioner yang dilakukan peneliti terhadap 14 petugas mengenai pelaksanaan SPO Pengajuan Klaim BPJS di unit casemix Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan dengan cara memberikan kuesioner kepada petugas casemix didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 2. Hasil Kuesioner Terkait SPO Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan

Pernyataan	Hasil			
	Ya	%	Tidak	%
Terdapat SPO mengenai pengajuan klaim	14	100	-	-
SPO klaim disosialisasikan oleh kepala unit	11	79	3	21
SPO pengajuan klaim diterapkan secara konsisten	12	86	2	14

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan tabel 2, kuesioner yang dilakukan peneliti, seluruh petugas menyatakan bahwa memiliki SPO pengajuan klaim dan diterapkan secara konsisten, SPO pengajuan klaim diterapkan secara konsisten 12 (86%), dan mengenai SPO pengajuan klaim disosialisasikan oleh kepala unit terdapat 3 (21%) petugas yang menyatakan “Tidak”.

2. Sumber Daya Manusia Pelaksanaan Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan.
 - a. Pendidikan Terakhir Sumber Daya Manusia Pelaksanaan Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil penyebaran kuesioner yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan. Berikut hasil Pendidikan terakhir sumber daya manusia pelaksanaan klaim pasien BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan:

Tabel 3. Hasil Kuesioner Distribusi Frekuensi Pendidikan Terakhir SDM Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan

Pendidikan	Jumlah	%
SLTA/Sederajat	1	7
S1/S2/S3 Manajemen Administrasi	4	29
S1/S2/S3 Kedokteran	2	14
Diploma RMIK	7	50
Total	14	100

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan petugas casemix terkait dengan proses pengajuan klaim BPJS seluruhnya ada 14 orang yang berlatar belakang Diploma Rekam Medis berjumlah 7 (50%) orang, S1/S2/S3 Manajemen Administrasi

berjumlah 4 (29%) orang, S1/S2/S3 Kedokteran 2 (14%) orang, dan SLTA/Sederajat 1 (7%) orang.

- b. Lama Kerja Sumber Daya Manusia Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan

Tabel 4. Hasil Kuesioner Distribusi Frekuensi Lama Kerja SDM Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan

Lama Kerja	f	%
1-5 Tahun	4	29
>5 Tahun	10	71
Total	14	100

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan petugas casemix terkait dengan proses pengajuan klaim BPJS seluruhnya ada 14 orang dengan lama kerja 1-5 tahun berjumlah 4 (29%) orang, dan >5 tahun berjumlah 10 (71%) orang.

- c. Sertifikasi INACBGs Sumber Daya Manusia Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan

Tabel 5. Hasil Kuesioner Distribusi Frekuensi Sertifikasi INACBGs SDM Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan

Sertifikasi INACBGs	f	%
Pernah	5	36
Tidak Pernah	9	64
Total	14	100

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan petugas casemix terkait dengan kepemilikan sertifikasi INACBGs pengajuan klaim BPJS pernah mengikuti pelatihan berjumlah 5 (36%), dan SDM yang tidak pernah mengikuti pelatihan berjumlah 9 (64%) orang.

3. Kelengkapan Syarat Berkas Administrasi Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti meninjau langsung dengan menelaah dokumen Triwulan IV sampel 224 dalam berkas pending klaim rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan:

Tabel 6 Hasil Observasi Berkas Dokumen Pengajuan Klaim Rawat Inap**BPJS Kesehatan**

Komponen Analisis	Jumlah Rekam Medis Persentase Kelengkapan Berkas Klaim BPJS Kesehatan				
	L	%	TL	%	T
Diagnosa	106	47	118	53	224
Lembar Penunjang	120	54	104	46	224
Bukti Pelayanan	194	87	30	13	224

Sumber: Data Primer, 2025

Berdasarkan hasil tabel 6 diketahui bahwa terdapat urutan 3 teratas yang menjadi faktor penyebab pending klaim yang tidak lengkap, yaitu masalah diagnosa 118 (53%), lembar penunjang 104 (46%), dan bukti pelayanan 30 (13%).

PEMBAHASAN

1. Standar Prosedur Operasional Pelaksanaan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan.

Berdasarkan hasil yang telah peneliti dapatkan dengan menggunakan metode observasi dan kuesioner, didapatkan bahwa di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan sudah memiliki SPO pengajuan klaim memiliki hasil dengan tingkat pelaksanaan secara konsisten 86% sesuai SPO, di unit casemix belum seluruhnya mendapatkan sosialisasi terkait SPO pengajuan klaim BPJS. Unit casemix Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan memiliki 3 SPO, yaitu “SPO Verifikasi Administrasi BPJS” menjelaskan langkah-langkah verifikasi administrasi untuk memenuhi standar kelengkapan syarat administrasi rawat inap, “SPO Costing Rawat Inap BPJS” menjelaskan tentang langkah- langkah proses penghitungan biaya berdasarkan kegiatan nyata pelayanan yang dilakukan, “SPO Coding dan Input aplikasi E-klaim” menjelaskan tentang langkah-langkah input data pasien dan kodefikasi diagnosa dan tindakan untuk mengetahui tarif INACBGs pada E-klaim rawat inap. Seluruh SPO tersebut bertujuan untuk mempermudah proses pengajuan klaim BPJS. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sasikirana Trapsilo (2021) mengatakan bahwa dalam penelitian yang dilakukan SPO harus sesuai dengan aturan dari buku panduan administrasi BPJS Kesehatan bertujuan untuk mempermudah proses pengajuan klaim BPJS dan meminimalisir terjadinya kesalahan.

2. Sumber Daya Manusia Pelaksanaan Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan.

Berdasarkan hasil yang didapat oleh peneliti melalui kuesioner, didapatkan bahwa terdapat 14 responden memiliki latar belakang pendidikan minimal Diploma III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan 7 (50%), S1/S2/S3 Manajemen Administrasi 4 (29%), S1/S2/S3 Kedokteran 2 (14%), SLTA/Sederajat 1 (7%), responden memiliki lama kerja >5 tahun 10 (71%), 1-5 tahun 4 (29%), responden yang memiliki sertifikat pelatihan INACBGs 9 (64%). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Julia Pohan et al (2022), menyatakan bahwa seharusnya disebuah unit rekam medis dan casemix yang bertugas seharusnya berlatar belakang pendidikan lulusan rekam medis dikarenakan berkas yang penting menyangkut data diri pasien, Riwayat penyakit, keuangan, dan hukum.

3. Kelengkapan Syarat Berkas Administrasi Pengajuan Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan.

Berdasarkan hasil yang didapat oleh peneliti terdapat data klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tangerang Selatan pada triwulan IV tahun 2024, tercatat jumlah klaim berstatus pending sebanyak 157 berkas pada bulan Oktober, 598 berkas pada bulan November, dan meningkat menjadi 704 berkas pada bulan Desember. Secara keseluruhan, jumlah klaim pending selama periode triwulan IV mencapai 1.459 berkas. Peningkatan ini menunjukkan adanya kendala sistemik dan administratif dalam proses klaim yang tidak terselesaikan secara tepat waktu. Beberapa faktor yang dapat menjadi penyebabnya antara lain keterlambatan pengumpulan dokumen, masa peralihan rekam medis konvensional ke rekam medis elektronik, serta penetapan kesepakatan berita acara BPJS Kesehatan dan Kemenkes terbaru mempengaruhi terjadinya pending klaim. Berdasarkan hasil yang didapat oleh peneliti terdapat 224 berkas pending klaim dilakukan observasi dari file koreksi balasan pihak BPJS Kesehatan terhadap pengajuan berkas, dan observasi isi berkas rekam medis rawat inap Triwulan IV di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan diketahui terdapat 3 urutan teratas faktor pengaruh pending klaim yaitu diagnosa yang tidak lengkap 118 (53%), diagnosa yang lengkap 106 (47%), lembar penunjang yang tidak lengkap 104 (46%), lembar penunjang yang lengkap 120 (54%), bukti pelayanan yang tidak lengkap 30 (13%), dan bukti pelayanan yang lengkap 194 (87%). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fani Farhnsyah dkk (2024) menyatakan bahwa

ketidaklengkapan persyaratan dokumen klaim menyebabkan pengembalian berkas ke rumah sakit yang perlu menjadi perhatian khusus karena berkas menjadi di tolak atau tidak layak bayar.

KESIMPULAN

Standar Prosedur Operasional pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan memiliki 3 SPO. Namun pelaksanaan SPO secara konsisten masih 86% dikarenakan kurangnya sosialisasi SPO kepada seluruh petugas. Sumber Daya Manusia pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan memiliki 14 orang, masing-masing memiliki latar belakang pendidikan lulusan S1 dan D3 RMIK ada 7 orang, dan masih terdapat 1 orang yang memiliki latar belakang pendidikan lulusan SLTA/Sederajat, sebaiknya disarankan untuk petugas yang memiliki latar belakang SLTA untuk melanjutkan Pendidikan D3 RMIK. Kelengkapan Syarat Berkas Administrasi Pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tangerang Selatan terdapat total 224 sampel berkas pending yang diamati pada bulan Oktober, November, dan Desember ditemukan 3 urutan teratas yang menjadi faktor pengaruh berkas pending klaim, yaitu diagnosa yang tidak lengkap 118 (53%), untuk hal ini disarankan melakukan sosialisasi kepada dokter yang merawat agar melengkapi diagnosis dalam waktu 1x24 jam, lembar penunjang yang tidak lengkap 104 (46%), dan bukti pelayanan yang tidak lengkap 30 (13%), dalam hal ini sebaiknya dilakukan sosialisasi kepada petugas administrasi harus saling berkoordinasi dengan bagian administrasi dalam kelengkapan berkas dan hasil penunjang .

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, R. (2020). Analisis Penerapan Indonesia Case Based Groups (Ina-Cbg's) Dalam Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rumah Sakit Kabupaten Pelalawan. *Pekbis Jurnal*, 12(2), 106–116.
- Amanah Cahyaningtyas. (2020). Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Rawat Inap Oleh Verifikator BPJS Di RSUD Pandan Arang Kabupaten Boyolali. *BPJS Kesehatan*. (2014). Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. *BPJS Kesehatan*, 1–48.
- Budiarti, U. (2018). GAMBARAN KUALITAS PELAYANAN..., Umami Budiarti, Fakultas Ilmu Kesehatan UMP, 2018. 12–33.

- Gemala Hatta. (2014). Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan disarana Pelayanan Kesehatan. In G. R. Hatta, Ed.; Vol. 1.
- Kartika, D. (n.d.). Analisis Ketepatan Waktu Pelayeleasaan Klaim Rawat Inap Pasien BPJS di RSUD Dr Adjidarmo Kabupaten Lebak Tahun 2014. 2014.
- Kemenkes. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Thunh 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. <https://www.kemhan.go.id/itjen/w p-content/uploads/2017/03/bn874- 2014.pdf>
- Kesehatan, K. (2016). Buku Panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Bagi Populasi Kunci.
- Kesehatan, M. (2014). Pedoman Pelaksanaan program JKN. *Implementation Science*, 39(1),1–15.
- Kurnia, M. (2022). Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X Periode Triwulan 1 Tahun 2022. *MEDICORDHIF Jurnal Rekam Medis*.
- Linfia Esti Zenika Hulu. (2022). Gambaran Kejadian Pending Dan Dispute Dalam Proses Pengklaiman BPJS Kesehatan Pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Imelda Pekerja Indonesia Tahun 2022. *Braz Dent J.*, 33(1), 1–12.
- Miles, M., & Huberman, A. (1992). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Diterjemahkan Oleh Tjetjep Rohendi Rohindi.
- National Casemix Center (NCC). (2019). Petunjuk Teknis Aplikasi E-Klaim. *National Casemix Center (NCC)*, 24–26.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Oktaviana Tri Mutia, Nuryati. (2017). Analisis Faktor Penyebab Dan Dampak Dari Pengembalian Berkas Klaim Bpjs Rawat Inap Oleh Verifikator Di Rsu Pku Muhammadiyah Bantul.
- Peraturan BPJS. (2024). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 Tentang Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi. (2012). Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2012. Tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur Administrasi Pemerintahan, 6(11), 1–63.
- Permenkes. (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. *ASURANSI - KESEHATAN - STANDAR / PEDOMAN*.

- Permenkes No. 24. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022, 151(2), 1–19.
- Presiden RI. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. Undang-Undang, 187315, 1–300.
- Rano Indradi S. (2020). Medical Records Manual - a Guide for Developing Countries (M. I. R. Brillianing Pratiwi, Ed.). <https://opac.ut.ac.id/detail-opac?id=38867>
- Republik Indonesia. (2018). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan.
- Sugiyono. (2018). Metode Penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D.
- Syamil, A., & Ludji, dkk. (2023). Metodologi Penelitian Kesehatan. (Issue 2023).
- Wiasa, I. N. D. (2022). Jaminan Kesehatan Nasional Yang Berkeadilan Menuju Kesejahteraan Sosial.