

Analisis Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Proses Pengkodean Di RSUD Majenang

Awlia Varasemitha Zahra¹, Agya Osadawedya Hakim², Harry Fauzi³, Gunawan⁴
^{1,2,3}Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto, Indonesia

⁴Rumah Sakit Umum Daerah Majenang, Indonesia

Article Info

Article history:

Received Apr 16, 2024

Revised Jul 12, 2024

Accepted Jul 26, 2024

Keywords:

Coding

BPJS Health

Pending Claims

ABSTRACT

Pending Claim is a refund because there is no agreement between BPJS Health and FKRTL regarding coding rules and medical determination (claim dispute). The correct diagnosis and action code will determine the smooth process of submitting claims for medical services to BPJS Health and reduce the number of claim returns. This study aims to determine the causes of inpatient claim returns in terms of the coding process at Majenang Hospital. The research method used is a qualitative method with an observational descriptive design. Data was obtained from pending claims from July to September 2023. Data collection methods were observation and interviews. Majenang Hospital research results showed that 371 claims were returned and 187 claims were returned due to coding confirmation. Factors inhibiting the accuracy of a diagnosis or action code are the use of combined codes, errors in determining the main diagnosis, differences in perception, and discrepancies in supporting results with the diagnosis. Efforts that can be made to minimize the number of claim returns include reviewing diagnosis or action codes, communicating between DPJP, the casemix team and BPJS verifiers, coding training and having an SPO.

This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.



Corresponding Author:

Awlia Varasemitha Zahra,

Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan,

Universitas Muhammadiyah Purwokerto,

Kampus Soepardjo Roestam Jl. Letjen Soepardjo Roestam, Purwokerto.

E-mail: mithaawlia@gmail.com

1. PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan suatu lembaga pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada individu secara keseluruhan, termasuk pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat [1]. Rumah sakit merupakan suatu fasilitas kesehatan yang sangat penting untuk menyediakan layanan kesehatan. Setiap fasilitas pemeriksaan dan pengobatan kesehatan di rumah sakit harus mempunyai catatan medis yang dibuat oleh para dokter serta staf medis tentang layanan medis yang telah diberikan [2].

Rekam medis merupakan dokumen yang memuat identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, prosedur, dan layanan lain yang diberikan kepada pasien. Pada

fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai lebih dari satu jenis tenaga kesehatan, pengisian informasi klinis harus dilakukan secara terpadu. Rekam medis dimaksudkan untuk membantu pasien dalam membuat keputusan tentang pengobatan, tindakan, atau diagnosis yang tepat [2].

Salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan kesehatan adalah dengan mendirikan badan hukum penyelenggara program jaminan kesehatan masyarakat yang biasa dikenal BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang didirikan dengan tujuan memberikan jaminan kesehatan bagi setiap penduduk Indonesia [3]. Biaya layanan kesehatan untuk program Jaminan Kesehatan Nasional dalam sistem pembiayaan BPJS Kesehatan ditetapkan sesuai dengan tarif INA-CBG's. Tarif INA-CBG's merupakan jumlah pembayaran klaim yang diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan untuk paket layanan yang ditentukan berdasarkan klasifikasi penyakit dan prosedur, mencakup semua sumber daya rumah sakit yang digunakan pada pelayanan medis maupun non medis [4].

BPJS Kesehatan wajib untuk melakukan pengelolaan proses klaim yang dilakukan oleh rumah sakit. Pada proses pengelolaan klaim, dilakukan pemeriksaan pada persyaratan klaim yang diajukan. Verifikasi klaim dilakukan dengan BPJS Kesehatan setelah menerima klaim dari fasilitas kesehatan. Verifikasi dilakukan berdasarkan Verifikasi Administrasi Kepesertaan, Verifikasi Administrasi Pelayanan, dan Verifikasi Pelayanan Kesehatan yang kemudian diverifikasi menggunakan INA-CBG's berdasarkan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem*) dan dilakukan pembayaran sesuai kode diagnosa dan kode prosedur yang tercantum [5].

Koder adalah tenaga rekam medis yang bertanggung jawab atas keakuratan kode dari suatu diagnosis yang sudah ditetapkan. Tugas koder adalah memeriksa keutuhan dokumentasi pasien BPJS, menetapkan kode diagnosis dan prosedur medis sesuai standar ICD-10 dan ICD-9-CM, mengklarifikasi dengan dokter, melakukan penginputan data, pengkodean/*grouping* menggunakan INA-CBG's, serta mengirimkan hasil *grouping* kepada Verifikator Internal [6]. Keahlian yang dimiliki oleh koder adalah keahlian mengidentifikasi kode diagnosis dengan ICD-10, dan kode tindakan dengan ICD-9 CM, serta memahami anatomi, terminologi medis, farmakologi, komunikasi, dan bahasa Inggris. Oleh karena itu, koder yang berkompeten akan menghasilkan kelancaran dalam proses pengajuan klaim untuk penggantian biaya layanan kesehatan ke BPJS dan mengurangi besaran pengembalian klaim [7].

Pending klaim merupakan pemulangan tagihan karena belum adanya kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan mengenai peraturan penetapan koding dan medis (*dispute claim*), dan penyelesaiannya dilakukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan [8]. Penyebab pengembalian klaim karena adanya persyaratan yang belum lengkap atau terdapat item yang tidak diisi dengan lengkap, ketidaksesuaian diagnosis, dan adanya perbedaan pendapat antara verifikator rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan [9].

Rawat inap di rumah sakit adalah salah satu layanan kesehatan yang sering kali melibatkan proses klaim BPJS Kesehatan. Untuk menghasilkan klaim yang akurat dan efisien, rumah sakit harus mengikuti prosedur koding yang sesuai dengan standar yang ditetapkan BPJS Kesehatan. Klaim BPJS Kesehatan bertanggung jawab melakukan pembayaran kepada fasilitas pelayanan kesehatan yang telah memberikan layanan kepada peserta yang terdaftar [10]. Salah satu data yang diperlukan untuk klaim berasal dari resume medis berupa diagnosis dan tindakan atau prosedur yang sudah di beri kode sesuai dengan ICD (*International Statistical Classification of Diseases*) yang kemudian di entri dalam INA-CBG's untuk mengidentifikasi dan menghitung biaya yang harus diklaim oleh

BPJS Kesehatan [11]. Dalam pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan dibutuhkan pengkodean yang tepat agar tidak adanya pending klaim.

Pada bulan Juli sampai September 2023, di RSUD Majenang terdapat pengembalian klaim rawat inap sejumlah 371 klaim. Jumlah tersebut bisa dikatakan cukup besar apabila dibandingkan dengan jumlah klaim yang dilakukan pada periode waktu tersebut yaitu sejumlah 2.689 berkas klaim.

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti ingin melakukan penelitian menganalisis Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Proses Pengkodean Di RSUD Majenang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang menjadi penghambat dalam keakuratan kode diagnosis atau tindakan.

2. METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif observasional. Data-data diambil dari unit rekam medis dan unit *casemix* Rumah Sakit Umum Daerah Majenang pada tanggal 20 November sampai 16 Desember 2023. Cara pengumpulan data yaitu dengan observasi terhadap 371 berkas pengembalian klaim bulan Juli sampai September 2023 dan wawancara kepada 3 informan yaitu kepala instalasi rekam medis, verifikator internal, dan koder.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Majenang di dapatkan jumlah pengembalian klaim pada bulan Juli sampai September 2023 di RSUD Majenang sejumlah 371 klaim. Penyebab pengembalian klaim rawat inap di RSUD Majenang dibagi menjadi 3 kategori sesuai dengan ruang lingkup verifikasi klaim BPJS Kesehatan yaitu:

1. Konfirmasi koding dengan jumlah 187 klaim, meliputi adanya kesalahan penggunaan kode, kesalahan entri kode, dan ketidaksesuaian diagnosis dengan hasil penunjang.
2. Tidak adanya berkas penunjang dengan jumlah 159 klaim, meliputi berkas penunjang diagnosis atau tindakan tidak mendukung atau tidak lengkap.
3. Konfirmasi administrasi dengan jumlah 25 klaim, meliputi tidak adanya Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dalam persyaratan klaim.

Berdasarkan hasil observasi tersebut, pengembalian klaim oleh verifikator BPJS paling banyak yaitu terkait konfirmasi koding dengan jumlah 187 klaim. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor penghambat yang mempengaruhi keakuratan kode diagnosis. Hasil wawancara yang telah dilakukan dengan 3 informan didapatkan beberapa faktor penghambat dalam keakuratan kode diagnosis atau tindakan yaitu:

1. Penggunaan kode gabung

“Di kita paling banyak itu kode gabung yang kalo di kita kan ke kurang pahaman DPJP menurut saya si untuk mengaktifkan simulasi. Jadi temen-temen di kita kan ada simulasi nih per diagnosa. Diagnosa A, diagnosa B ini klaimnya berapa. Dari situ kan seharusnya ada kode-kode diagnosa tertentu kan yang kodenya harus digabung jadi satu.” (Informan 1)

2. Kesalahan penentuan diagnosis utama

“Kalau kesalahan diagnosa utama eee di sini si kadang koder sudah memberikan kode sesuai diagnosa yang diberikan dokter yaaa, tetapi karena kepentingan pembayaran jadi dari INA CBG’s nya terkadang diagnosa utama berubah menjadi diagnosa sekunder” (Informan 3)

3. Perbedaan persepsi

“Untuk perbedaan persepsi antara BPJS sama kita itu...dalam pengembalian gak lama si gak begitu panjang. Yang penting kan kita yakin dengan penunjang yang ada. Jadi diagnosa kita udah.. istilahnya kalau kita di...regulasi kita udah mengikuti

regulasi, ya kita ajukan lagi sesuai regulasi. Kita jawab permintaan BPJS kita jawab dengan regulasi juga.” (**Informan 1**)

“...Nah mungkin kaya dokter kan ada beberapa DPJP tu yang anu...percaya si beda-beda setiap penyakit dalam. Ini tuh udah ini mba sesuai klinis udah masuk pneumonia. Lah sekarang bertentangan dengan regulasi BPJS. Yang penting tu rontgennya tetep harus ada pneumonia meskipun klinisnya udah mendukung dengan pneumonia.” (**Informan 3**)

4. Ketidaksesuaian diagnosis dengan hasil penunjang

“...Misalkan eee pasien itu... ini udah mengarah ke... masih pneumonia apa TB itunya kok suspek padahal hasil dari rontgen, dari pemeriksaan lain itu kan...TB seperti itu kan klinis.” (**Informan 2**)

“Mungkin kalo untuk penghambat kesulitannya kita itu kadang dokter itu tidak...ini...sesuai menuliskan diagnosa dengan penunjang. Mungkin dari klinisnya itu pneumonia padahal dari bacaan rontgen thorax nya bronchitis.” (**Informan 3**)

3.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pengembalian klaim BPJS rawat inap bulan Juli-September 2023 mengenai konfirmasi koding sebanyak 187 klaim. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor penghambat dalam keakuratan kode diagnosis atau tindakan yaitu:

1. Penggunaan Kode Gabung

RSUD Majenang mengharuskan penggunaan kode gabung sesuai dengan regulasi dan berita acara kesepakatan BPJS untuk menegakan diagnosa. Tetapi masih terdapat diagnosa yang dikode secara terpisah sehingga tidak memenuhi berita acara kesepakatan dan terjadi pengembalian klaim. Hal tersebut sejalan dengan contoh kasus pending klaim yang bermasalah karena pengkodean dan bidang medis yang diuraikan pada berita acara kesepakatan bersama mengenai permasalahan klaim INA-CBG's tahun 2018 terkait pneumonia yaitu : (a) Penyebab pneumonia yang tidak dapat dijelaskan diberi kode J18.9, (b) Pneumonia dengan TBC sebaiknya mengenakan kode gabung yaitu A16.2, (c) Pneumonia dengan PPOK sebaiknya mengenakan kode gabung yaitu J44.0, kecuali pada PPOK eksaserbasi akut diberi kode tersendiri, (d) Pneumonia disertai sepsis diberi kode tersendiri, kecuali pada pemeriksaan penunjang ditemukan bakteri *streptococcus pneumoniae* maka menggunakan kode kombinasi A40.3, (e) Pneumonia dengan demam tifoid menggunakan kode kombinasi A01.0† J17.0* dan (f) Pneumonia disertai asma diberi kode tersendiri [12]. Ketidaksesuaian kode dikarenakan beberapa hal, diantaranya: tidak adanya hasil penunjang yang mendukung, DPJP tidak menuliskan diagnosa tapi diklaimkan oleh rumah sakit, kurang memahaminya kaidah koding, yang semestinya dikoding secara gabung tetapi rumah sakit mengkoding secara terpisah [13]. Berikut contoh pengembalian klaim penggunaan kode gabung :

Tabel 1. Contoh Pengembalian Klaim Penggunaan Kode Gabung

Nama Pasien	Kode INA-CBG's	Keterangan
RA*****	E-4-10-II	Koreksi kode diagnosa DM dengan Ulkus seharusnya menggunakan kode gabung E11.5
SA*****	J-4-15-III	Koreksi sesuai resume diagnosa presuntif TBC paru dengan broncopneumonia menggunakan kode gabung A16.2
IK** QO*****	J-4-16-III	Kode I50.0 dengan J81 memiliki kode gabung I50.1
AH*** BA*****	A-4-15-III	Koreksi seharusnya menggunakan kode gabung HIV dengan multipel disease kode B20.7
UR** SU*****	N-4-10-II	CKD dengan CHF menggunakan kode gabung I13.0

2. Kesalahan Penentuan Diagnosis Utama

Pada RSUD Majenang koder telah memberikan kode diagnosa sesuai dengan diagnosa yang diberikan dokter. Tetapi dalam menentukan diagnosis utama seringkali terdapat kesalahan, hal tersebut dikarenakan adanya kepentingan pembayaran sehingga diagnosis utama dapat menjadi diagnosis sekunder. Menurut *World Health Organization* (WHO), diagnosis utama merupakan kondisi primer yang menjadi fokus perawatan atau penyelidikan sewaktu periode pelayanan kesehatan yang relevan. Apabila terdapat lebih dari satu kondisi, maka kondisi penyebab yang menggunakan sumber daya paling besar dipilih menjadi diagnosis utama [14]. Hal tersebut sesuai konsep INA-CBG's, diagnosis utama merupakan diagnosis dengan biaya tertinggi atau lama rawat inap terlama. Terdapat perbedaan antara bidang klinis dengan bidang pengkodean administrasi klaim. Pada bidang klinis, diagnosa merujuk pada patofisiologi kasus yang menjadi asal mula kondisi pasien dan berdasar pada penunjang yang tepat. Adanya kesalahan penentuan diagnosis utama terkadang membuat koder merasa berada pada posisi sulit karena koder sudah membuat kode sesuai dengan diagnosis yang dituliskan oleh dokter. Namun karena kepentingan pembayaran, ada beberapa diagnosis utama yang berubah urutan menjadi diagnosis sekunder. Begitu pula sebaliknya [7].

Faktor yang berpengaruh pada biaya INA-CBG's adalah diagnosa utama, diagnosa sekunder atau penyakit penyerta (*comorbidity*) atau komplikasi (*complication*), peringkat keparahan, jenis intervensi, serta usia pasien. Tarif INA-CBG's diberikan untuk setiap episode pelayanan medis, yang mencakup serangkaian layanan yang diberikan kepada pasien dari awal hingga selesai [13]. Berikut contoh pengembalian klaim karena kesalahan penentuan diagnosis utama:

Tabel 2. Contoh Pengembalian Klaim Kesalahan Penentuan Diagnosis Utama

Nama Pasien	Kode INA-CBG's	Keterangan
JU*****	I-4-17-III	Koreksi sesuai resume medis kode diagnosa tetanus A35 sebagai diagnosis utama
BA** NY***** NI* IS*****	P-8-13-III	Koding <i>respiratory distress</i> pada bayi lahir (P22.9) yang seharusnya menjadi kondisi utama
SU***	J-4-21-III	Koreksi CKD on HD N18.5 seharusnya yang menjadi diagnosis utama
BA** NY***** WA*****	P-8-11-III	Koreksi kode P22.0 <i>Respiratory distress syndrome of newborn</i> seharusnya menjadi kondisi utama
RI*****	N-1-12-III	Koreksi CKD on HD menjadi diagnosis utama

3. Perbedaan Persepsi

Terdapat perbedaan pendapat antara Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan verifikator BPJS bahwa pemberian diagnosis harus disertai penunjang yang sesuai. Hal ini sejalan dengan penelitian Bhudy, dkk yaitu terjadinya pengembalian klaim disebabkan karena adanya perbedaan antara pihak BPJS Kesehatan dengan pihak rumah sakit mengenai pelayanan yang berkaitan dengan pengkodean diagnosis dan prosedur klinis. Akurasi kode merujuk pada tingkat keakuratan dan ketepatan dalam menetapkan kode, meliputi pengkodean diagnosis penyakit dan prosedur klinis [15]. Menurut penelitian yang dilakukan Fir, dkk menyatakan bahwa penyebab pengembalian klaim karena adanya perbedaan persepsi antara petugas koding dengan verifikator Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan tentang koding berkas yang diajukan. Sedangkan pada penelitian ditemukan bahwa ada beberapa Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) yang mempunyai koding yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu karena sudah diketahui besaran nilainya dan meminta case manager untuk mengisi kode diagnosa yang mereka sukai meskipun terkadang tidak sesuai dengan diagnosa penyakit [16]. Adapun contoh pengembalian klaim karena adanya perbedaan persepsi yaitu hasil klinis pasien sudah menunjukkan penyakit pneumonia tetapi tidak disertai dengan hasil rontgen yang dapat menunjang pneumonia tersebut, sehingga hal tersebut bertentangan dengan regulasi BPJS Kesehatan dan akan adanya pengembalian klaim untuk dikonfirmasi.

4. Ketidaksesuaian Diagnosis Dengan Hasil Penunjang

Menurut [10] Pengisian *resume medis* wajib mencakup diagnosa primer, diagnosa sekunder dan prosedur klinis yang dilakukan sesuai diagnosis untuk memastikan akurasi tarif klaim yang sesuai dengan kelengkapan dokumen. Selain itu, ketidaksesuaian antara pemeriksaan penunjang dan diagnosa primer dapat mengakibatkan kerugian finansial karena tidak mendukung klaim yang diajukan. Sesuai panduan teknis verifikasi klaim BPJS Kesehatan tahun 2014 menjelaskan bahwa verifikator BPJS Kesehatan berhak melakukan konfirmasi kepada petugas apabila tidak didapatkan adanya bukti-bukti bahwa berkas klaim masih tidak sesuai, maka klaim akan dikembalikan kepada RS untuk dilengkapi atau diperbaiki. Sejalan dengan hasil penelitian [17] pada studi penyebab pengembalian berkas klaim BPJS Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu bahwa penyebab terbanyak pengembalian klaim adalah ketidaksesuaian diagnosa, dikarenakan petugas koding kesulitan untuk menentukan diagnosa karena ada Dokter Penanggung Jawab (DPJP) yang mempunyai diagnosa yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu dan tidak didukung dengan bukti pelayananyang diberikan. Berikut contoh pengembalian klaim karena tidak sesuai dengan diagnosis dengan hasil penunjang:

Tabel 3. Contoh Pengembalian Klaim Tidak Sesuai dengan Diagnosis Dengan Hasil Penunjang

Nama Pasien	Kode INA-CBG's	Keterangan
MU*****	G-4-15-III	Koreksi penunjang kode diagnosis I21.1 tidak mendukung
SO***	J-1-02-III	Kode diagnosa pneumonia J18.9 tidak entri penunjang tidak mendukung hasil radiologi tidak ada kesan pneumonia
SU*****	I-4-10-II	Tidak ada penunjang yg mendukung kode diagnosis I47.1
SE*****	N-4-10-III	Kode J81 tidak entri, tidak ada penunjang yang mendukung
MA*****	I-4-19-III	Tidak ada hasil penunjang yang mendukung kode diagnosa broncopneumonia kode J18.0

Ketepatan dalam pengkodean sangat penting untuk memastikan pelaporan yang akurat berdasarkan kasus yang ada. Jika pengkodean tidak tepat atau tidak optimal, hal ini dapat berdampak pada pelaporan mengenai tingkat kematian, tingkat penyakit, dan statistik rumah sakit.

Berdasarkan faktor-faktor penghambat keakuratan kode diagnosis dan tindakan dapat dilakukan upaya perbaikan yaitu :

1. Melakukan peninjauan kembali kode diagnosa atau tindakan
Kode diagnosa yang sudah dientri pada sistem INA-CBG's dilakukan pengecekan kembali.
2. Komunikasi antara DPJP, Tim *Casemix*, dan verifikator BPJS
Apabila terdapat pengembalian klaim mengenai koding atau hasil penunjang maka ditangani oleh dokter umum yang ada di *casemix*.
3. Pelatihan Koding
Adanya dukungan dari manajemen rumah sakit berupa pelatihan untuk memperbaiki kualitas koding. Menurut penelitian [18] pada kegiatan pengabdian masyarakat dalam bentuk pelatihan pengodean diagnosis obstetri di RS Naili DBS berhasil meningkatkan keterampilan peserta dalam melakukan pengodean diagnosis primer. Hal tersebut sejalan dengan penelitian [19] menyatakan bahwa kualitas pengkodean tergantung pada kelengkapan diagnosis, kejelasan penulisan dokter, dan tingkat profesionalisme dokter serta koder.
4. Adanya Standar Prosedur Operasional (SPO)
Pembuatan SPO yang menjelaskan mengenai administrasi klaim dan peraturan klaim BPJS kemudian disosialisasikan kepada seluruh petugas pengelolaan klaim BPJS (verifikator internal rumah sakit, DPJP, dan petugas rekam medis).

4. KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan pengembalian klaim rawat inap bulan Juli sampai Berdasarkan penelitian yang dilakukan pengembalian klaim rawat inap bulan Juli sampai September 2023 adalah sejumlah 371 klaim dan pengembalian klaim paling banyak yaitu disebabkan konfirmasi koding sejumlah 187 klaim. Adapun faktor penghambat dalam keakuratan kode diagnosis atau tindakan di RSUD Majenang yaitu adanya penggunaan kode gabung, kesalahan penentuan diagnosa utama, perbedaan persepsi, dan ketidaksesuaian diagnosis dengan hasil penunjang. Upaya perbaikan yang dilakukan dengan melakukan peninjauan kembali kode diagnosa atau tindakan, adanya komunikasi yang baik antara DPJP, Tim *Casemix*, dan verifikator BPJS, adanya pelatihan koding, dan adanya standar prosedur operasional (SPO) pengelolaan klaim.

REFERENCES

- [1] Permenkes RI, "Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit," *Implement. Sci.*, vol. 39, no. 1, pp. 1–15, 2020, [Online]. Available: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/152506/permenkes-no-3-tahun-2020>
- [2] WHO, "PERMENKES 24 TAHUN 2022 TENTANG REKAM MEDIS," 2022, [Online]. Available: https://yankes.kemkes.go.id/unduhuan/fileunduhuan_1662611251_882318.pdf
- [3] U. U. N. 4 T. 2011 B. Tentang, "UNDANG-UNDANG NOMOR 24 TAHUN 2011 TENTANG BADAN PENYELENGGARAN JAMINAN SOSIAL KESEHATAN," *Phys. Rev. E*, vol. 108, p. 24, 2011, [Online]. Available: http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/377/4/Muoz_Zapata_Adriana_Patricia_Articulo_2011.pdf
- [4] D. Jaminan, S. Nasional, J. Kesehatan, and J. Kesehatan, "PMK No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan," *Menteri Kesehat. Republik Indones. Peratur. Menteri Kesehat. Republik Indones.*, vol. 69, no. 555, pp. 1–53, 2020.

- [5] F. Ariyanti and M. T. Gifari, “Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap,” *J. Ilmu Kesehat. Masy.*, vol. 8, no. 04, pp. 156–166, 2019, doi: 10.33221/jikm.v8i04.415.
- [6] M. E. Susanti, “Tinjauan Peran Koder Untuk Klaim BPJS Kesehatan Dalam Pelaksanaan JKN Di RSUD Darmayu Ponorogo,” *Glob. Heal. Sci.*, vol. 3, no. 3, pp. 245–251, 2018.
- [7] L. Indawati, “Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016,” *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 7, no. 2, p. 113, 2019, doi: 10.33560/jmiki.v7i2.230.
- [8] E. K. Kurnia and Mahdalena, “Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit X Periode Triwulan 1 Tahun 2022,” *Pros. Semin. Inf. Kesehat. Nas.*, vol. 1, no. 1, pp. 173–177, 2022.
- [9] Ni Wayan Arikusnadi, Sudirman, and Abdol Kadri, “Studi Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan di Rumkit Bhayangkara Palu,” *J. Kolaboratif Sains*, vol. 3, no. 4, pp. 159–165, 2020, doi: 10.56338/jks.v3i4.1708.
- [10] BPJS, “Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan,” *BPJS Kesehat.*, pp. 1–48, 2014.
- [11] A. T. Iman and D. Barsasella, “Pengaruh Kodifikasi ICD 10 Dan ICD 9 CM Terhadap Klaim JKN Rawat Inap di RSUD Dr . Soekardjo Kota Tasikmalaya,” *J. Persada Husada Indones.*, vol. 6, no. 22, pp. 39–49, 2019, [Online]. Available: <http://jurnal.stikesphi.ac.id/index.php/Kesehatan/article/view/165>
- [12] M. F. Iqbal, “Ketentuan Kodefikasi Pneumonia Kasus Rawat Inap pada Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berdasarkan ICD 10,” *J. Rekam Medis dan Manaj. Inf. Kesehat.*, vol. 2, no. 1, pp. 1–8, 2022.
- [13] R. Amalia, S. Lestari, A. Ferdianto, P. S. Akbar, and N. Fardilan, “Determinan Pengembalian Berkas Klaim Berdasarkan Akurasi Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSI Sultan Agung Semarang),” *J. Rekam Medis dan Inf. Kesehat.*, vol. 6, no. 2, pp. 98–104, 2023, doi: 10.31983/jrmik.v6i2.10633.
- [14] N. K. Ningtyas, S. Sugiarsi, and A. S. Wariyanti, “Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten,” *J. Kesehat. Vokasional*, vol. 4, no. 1, p. 1, 2019, doi: 10.22146/jkesvo.38794.
- [15] T. I. Bhudy, B. Soemaryono, and U. Aprillia, “Penentuan Grading Tumor Ganas Oral Squamous Cell Carcinoma Berdasarkan Gambaran Histopatologi (Determination of Grading Malignant Tumor Oral Squamous Cell Carcinoma Based on Histopathological View),” *J. Biosains Pascasarj.*, vol. 17, no. 1, pp. 46–51, 2017.
- [16] R. R. R. W. Maria Alfira Juita Fir, Ni Kadek Yunita Sari, “Penyebab Pengembalian Klaim Pasien Rawat Inap Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Surya Husada Denpasar,” *J. Kesehatan, Sains, dan Teknol.*, vol. 02, no. 01, pp. 41–50, 2023, [Online]. Available: <https://jurnal.undhirabali.ac.id/index.php/jakasakti/article/view/2466>
- [17] S. Pitaloka and N. Ningsih, “Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit Tk 02.07.02 Lahat,” *Cerdika J. Ilm. Indones.*, vol. 1, no. 12, pp. 1733–1741, 2021, doi: 10.36418/cerdika.v1i12.275.
- [18] R. Oashttamadea SM, “Pelatihan Pengodean Diagnosis Obstetri Di Rs Naili Dbs,” *LOGISTA - J. Ilm. Pengabd. Kpd. Masy.*, vol. 3, no. 2, p. 157, 2019, doi: 10.25077/logista.3.2.157-164.2019.
- [19] N. Maimun and Y. (2018). Natassa, JihaMaimun, N., Natassa, J., Trisna, W. V., & Supriatin, “Pengaruh Kompetensi Coder Terhadap Keakuratan Dan Ketepatan Pengkodean Menggunakan ICD-10,” *J. Kesmas*, vol. 1, no. 1, pp. 31–43, 2018, [Online]. Available: <https://media.neliti.com/media/publications/256299-pengaruh-kompetensi-coder-terhadap-keaku-d7a7389e.pdf>

BIOGRAPHIES OF AUTHORS

	<p>Awlia Varasemitha Zahra, Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto.</p>
	<p>Agya Osadawedyah Hakim, Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto.</p>
	<p>Harry Fauzi, Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Purwokerto.</p>
	<p>Gunawan, Rumah Sakit Umum Daerah Majenang.</p>