

Tinjauan Penolakan Pada Klaim Pasien BPJS Kesehatan di RSUD Tanjung Pura

Valentina¹, Mita Sani², Tri Widya Sandika³

^{1,2,3} Program Studi D-III Perekam dan Informasi Kesehatan, Universitas Imelda Medan

Article Info

Article history:

Received Nov 21, 2021

Revised Jan 27, 2022

Accepted Feb 04, 2022

Keywords:

Verification
Administration
Rejection
Claim
BPJS

ABSTRACT

Rejection of claims is one of the obstacles in the BPJS Kesehatan claim collection process. The purpose of this study was to determine the description of administrative verification on the rejection of BPJS Kesehatan patient claims at Tanjung Pura Hospital. This type of research is descriptive qualitative. The population is all BPJS patient medical record files that were rejected in June 2021 counted 135 files and BPJS Kesehatan claiming officers at Tanjung Pura Hospital, totaling 2 people. The samples of this study were the medical record files of BPJS patients who were rejected in June 2021 and the BPJS claiming officers who were taken by saturated sampling. The instruments used are check list sheets and interview guidelines. Data was collected by using documentation, observation and interview methods. Data analysis was done descriptively. The results showed that there were 123 claim files (2.9%) which were rejected by BPJS Kesehatan from 4,253 claim files submitted. The reason for the rejection of the claim file was because all of them did not pass the verification of the service administration which consisted of the absence of a DPJP signature on the resume and proof of service, no referral letter attached, no inpatient indication/order sheet, and no indication of anesthesia attached to the operation report. This incompleteness is due to the lack of thorough examination of the completeness of the medical record file by the data analysis section and the absence of SOPs in the implementation of the claim process. It is recommended to the hospital director to make an SOP for claiming BPJS Kesehatan and to the claims officer and data analysis to be more thorough in checking the completeness of the BPJS Kesehatan claim file.

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



Corresponding Author:

Valentina,

Program Studi D-III Perekam dan Informasi Kesehatan,

Universitas Imelda Medan,

Jl. Bilal No. 52 Kelurahan Pulo Brayan Darat I Kecamatan Medan Timur, Medan - Sumatera Utara.

Email: valentinave89@gmail.com

1. PENDAHULUAN

Pembayaran biaya pelayanan yang diselenggarakan oleh rumah sakit dalam program JKN ini menggunakan metode INA CBGs. Pembayaran menurut metode ini didasarkan pada diagnostik dan dikelompokkan berdasarkan karakteristik klinis yang serupa dengan

penggunaan sumber daya yang serupa, kemudian dikelompokkan menurut tingkat keparahannya [1]. Sistem pembayaran INA CBGs oleh BPJS Kesehatan menggunakan sistem klaim atas pelayanan medis yang diberikan rumah sakit kepada peserta JKN [2].

Dalam proses penagihan klaim jaminan kesehatan nasional, penagihan tidak langsung ke pemerintah tetapi diserahkan kepada pihak BPJS. Pengajuan pembiayaan dibutuhkan untuk persyaratan klaim yang diajukan kepada verifikator. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 36 tahun 2015 klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada badan penyelenggaraan jaminan sosial [3]. Klaim rumah sakit terhadap BPJS Kesehatan merupakan tagihan atau tuntutan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit [4].

Proses verifikasi terhadap persyaratan pengajuan klaim yang menjadi dasar penagihan biaya verifikasi merupakan sebuah pemeriksaan terhadap laporan, pernyataan uang dan sebagainya [3]. Pengajuan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi kelengkapan berkas yang terdiri dari administrasi kepesertaan dan administrasi pelayanan, serta verifikasi pelayanan kesehatan. Ada beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim, yaitu rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri dari surat eligibilitas peserta (SEP), resume medis/laporan status pasien/ 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 [5].

Didalam proses verifikasi klaim BPJS ternyata terjadi banyak kendala, salah satunya ialah penolakan berkas oleh verifikator. Penolakan ini terjadi karena pengkodean yang kurang tepat, tidak adanya pemeriksaan penunjang medis, resume yang tidak lengkap sehingga mengakibatkan penolakan yang berujung pada tertundanya proses klaim BPJS [6]. Ketidaklengkapan berkas klaim dapat menyebabkan keterlambatan pengajuan klaim atau bahkan berkas tidak bisa diklaim. Keterlambatan pengajuan klaim dan berkas yang *unclaimed* ini akan menyebabkan keterlambatan pencairan dana yang harusnya diterima oleh rumah sakit [7] sehingga berdampak terhadap keuangan rumah sakit dan juga pada mutu pelayanan sehingga tingkat kepuasan dapat menurun [8].

Penelitian di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama tahun 2014 menemukan 476 berkas yang ditolak dari 9.815 berkas klaim rawat jalan yang diajukan, sedangkan untuk klaim rawat inap ada 233 yang ditolak dari 4.887 berkas klaim yang di ajukan [9]. Di Rumah Sakit Hermina Ciputat jumlah tertinggi berkas klaim rawat inap tertunda karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan sebanyak 71 berkas (50%). Demikian juga pada berkas klaim rawat jalan tertunda paling banyak karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan yaitu berkas (60%) [10].

Berkas klaim yang ditolak disebabkan oleh beberapa hal, antara lain karena masalah kelengkapan berkas yang diajukan tidak memenuhi persyaratan [6]. Penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang memperoleh hasil bahwa terdapat pengembalian dokumen rekam medis dari bagian Pengendalian BPJS kebagian Unit Rawat Inap karena kurang lengkapnya syarat untuk melakukan pengklaiman pasien BPJS dan kurang lengkapnya pengisian dokumen rekam medis [11]. Penelitian lainnya di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya ditemukan bahwa penyebab *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di rumah sakit dikarenakan kurangnya pengetahuan dan kedisiplinan petugas, tidak tersedianya Standar Operasional Prosedur (SOP) terkait klaim, monitoring berkas klaim belum terlaksana dan ketidaklengkapan hasil penunjang [1].

Berdasarkan survei awal di RSUD Tanjung Pura ditemukan bahwa setiap bulannya terjadi pengembalian berkas klaim baik rawat inap maupun rawat jalan. Penolakan berkas

klaim pasien BPJS terjadi karena berkas pasien BPJS yang belum sesuai dengan persyaratan kelengkapan verifikasi administrasi baik dalam verifikasi administrasi kepersertaan dan verifikasi administrasi pelayanan.

2. METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan tujuan untuk mendapatkan gambaran verifikasi administrasi pada penolakan klaim pasien BPJS di RSUD Tanjung Pura.

B. Populasi

Populasi yang digunakan adalah seluruh berkas rekam medis pasien BPJS yang ditolak pada bulan Juni 2021 sebanyak 123 berkas dan petugas pengklaiman BPJS di RSUD Tanjung Pura yang berjumlah 2 orang.

C. Sampel

Sampel penelitian ini yaitu berkas rekam medis pasien BPJS yang ditolak pada bulan Juni 2021 dan petugas pengklaiman BPJS di RSUD Tanjung Purayang diambil secara sampling jenuh.

D. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan adalah lembar check list dan pedoman wawancara.

E. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan metode dokumentasi, observasi dan wawancara.

F. Analisis Data

Analisis data dilakukan secara deskriptif yaitu memperoleh gambaran yang jelas tentang verifikasi administrasi pada penolakan klaim pasien BPJS di RSUD Tanjung Pura.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 4.253 berkas klaim yang diajukan RSUD Tanjung Pura pada bulan Juni tahun 2021 terdapat 123 berkas klaim (2,9%) yang ditolak oleh BPJS Kesehatan, dengan rincian data sebagai berikut.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berkas Klaim yang Ditolak pada Bulan Juni 2021

| No. | Jenis Klaim | Berkas Klaim yang Diajukan | | Berkas Klaim yang Ditolak | |
|--------------|-------------|----------------------------|---------------|---------------------------|---------------|
| | | f | % | f | % |
| 1. | Rawat Jalan | 4.112 berkas | 96,6% | 103 berkas | 83,7% |
| 2. | Rawat Inap | 141 berkas | 3,4% | 20 berkas | 16,3% |
| Total | | 4.253 berkas | 100,0% | 123 berkas | 100,0% |

Jika dikelompokkan sesuai dengan tahapan verifikasi administrasi terhadap hasil kelengkapan persyaratan berkas rawat inap dan rawat jalan yang ditolak pada bulan Juni 2021, maka dari 123 berkas klaim rawat jalan dan rawat inap ditolak karena seluruhnya tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan yaitu 123 berkas (100%). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Alasan Penolakan Klaim pada Bulan Juni 2021

| No. | Alasan Penolakan Klaim | Rawat Jalan | | Rawat Inap | |
|--------------|--|-------------------|---------------|------------------|---------------|
| | | f | % | f | % |
| 1. | Tidak Lolos Verifikasi Kebersertaan | | | | |
| | - Surat Eligibilitas Peserta (SEP) tidak terlampir | 0 berkas | 0,0% | 0 berkas | 0,0% |
| 2. | Tidak Lolos Verifikasi Pelayanan | | | | |
| | - Resume medis tidak ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) | 40 berkas | 38,8% | 3 berkas | 15,0% |
| | - Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur tidak ditandatangani oleh DPJP | 50 berkas | 48,6% | 10 berkas | 50,0% |
| | - Tidak terlampir surat rujukan | 13 berkas | 12,6% | | |
| | - Tidak terdapat lembar indikasi/perintah rawat inap | | | 2 berkas | 10,0% |
| | - Laporan operasi, tidak terlampir indikasi anastesi | | | 5 berkas | 25,0% |
| Total | | 103 berkas | 100,0% | 20 berkas | 100,0% |

Hasil wawancara diperoleh informasi bahwa petugas yang melaksanakan pengklaiman di RSUD Tanjung Pura berjumlah 2 orang dengan latar belakang D-III RMIK dan S-1 Farmasi, seperti yang tertuang pada tabel 3.

Tabel 3. Karakteristik Informan

| Petugas Klaim | Jenis Kelamin | Umur | Pendidikan |
|---------------|---------------|----------|-------------|
| Informan 1 | Laki-laki | 28 tahun | D-III RMIK |
| Informan 2 | Laki-laki | 35 tahun | S-1 Farmasi |

Hasil wawancara pada petugas pengklaiman di RSUD Tanjung Pura tentang apakah ada struktur organisasi dan kebijakan/SOP untuk bagian pengklaiman BPJS di RSUD Tanjung Pura, berikut kutipan wawancaranya:

“Tidak ada SOP.” (Informan 1)

“Kami tidak punya SOP.” (Informan 2)

Selanjutnya ditanyakan bagaimana pelaksanaan proses pengelolaan klaim pelayanan rawat inap dan rawat jalan, berikut kutipan wawancaranya:

“Pelaksanaannya kita ya melalui kemampuan kami selama kuliah dan dari pelatihan sesuai bidang kami masing-masing dan proses ini karena dari ruangan dikasih ke bagian analis data atau checker pemberkasan lalu dikasih ke bagian koding, dikoding dulu baru lah ke pengklaiman.” (Informan 1)

“Prosesnya emang tidak ada SOP, kan udah ada bagian analis data yang ngecek duluan berkas yang dari ruangan atau poli terus dikasih lagi ke koding di koding dulu jadi pas udah di bagian pengklaiman langsung di klaim. Jadi kali tidak periksa lagi kelengkapan berkasnya, kan sudah dicek bagian analisis data” (Informan 2)

Ketika ditanyakan tentang apa panduan persyaratan dan kelengkapan berkas yang dibutuhkan untuk melakukan verifikasi administrasi kepersertaan dan verifikasi administrasi pelayanan berkas pada klaim pasien rawat inap dan rawat jalan, informan menjawab sebagai berikut:

“KTP, KK, SEP, resume medis ya sesuai Juknis Verifikasi Klaim BPJS.” (Informan 1)

“Ngikutin yang di Juknis Verifikasi Klaim BPJS.” (Informan 2)

Pertanyaan tentang apa yang akan dilakukan terhadap berkas klaim yang ditolak, informan menjawab sebagai berikut:

“Diperbaiki lah kekurangan dari persyaratannya lalu di klaim lagi. Tetapi emang di SOP gak tersedia gimana perbaikannya, ya kami ngikutin Juknis Verifikasi Klaim BPJS itu aja.” (Informan 1)

“Dilengkapi apa yang kurang lengkapi lalu dikumpulkan sebagian pengklaiman untuk di klaim kembali ya sesuai juknis Verifikasi Klaim BPJS itu.” (Informan 2)

Pertanyaan kapan pengajuan kembali, berikut kutipan wawancaranya:

“Pengajuan kembali dibulan depannya di tanggal 10.” (Informan 1)

“Bulan depan bersama dengan pengklaiman bulan berikutnya itu.” (Informan 2)

Selain itu, pertanyaan tentang permasalahan atau hambatan apa yang sering dihadapi dalam proses pengklaiman berkas pasien BPJS di RSUD Tanjung Pura, berikut kutipan wawancaranya:

“Satu ya karena tidak ada dasar ya maksudnya SOP tadi jadi permasalahannya nga da kayak ga ada tuntutan kerjanya. Terus masalah ketidaklengkapan ya emang pasti ada ajanya yang seperti itu, tapi gimanapun terhambat juga sih karena harus ditunda proses klaim karena harus dilengkapi dulu.” (Informan 1)

“SOP sih, tapi kan kami punya alur dan petugas disini juga udah memahami bidang masing-masing. Tapi kan emang harusnya punya biar lebih terstruktur.” (Informan 2)

Hasil wawancara tentang apakah ada verifikasi internal, berikut jawaban informan:

“Ada, dokter.” (Informan 1)

“Ada. Satu orang dokter” (Informan 2)

3.2 Pembahasan

Hasil penelitian diperoleh jumlah berkas klaim yang ditolak BPJS Kesehatan yaitu 123 berkas klaim (2,9%) dari 4.253 berkas klaim yang diajukan RSUD Tanjung Pura pada bulan Juni tahun 2021. Berkas klaim yang ditolek tersebut terdiri dari 103 (83,7%) berkas rawat jalan dan 20 berkas rawat inap (16,3%). Seluruh berkas klaim tersebut ditolak karena tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan.

Adapun alasan penolakan berkas klaim pada rawat jalan disebabkan resume medis tidak ditandatangani oleh DPJP (38,8%), bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur tidak ditandatangani oleh DPJP (48,6%) dan tidak terlampir surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama (12,6%).

Juknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan menyebutkan bahwa verifikasi pelayanan rawat jalan harus melengkapi resume medis yang diisi lengkap baik diagnosa, tindakan maupun tanda tangan DPJP serta melampirkan surat rujukan [5]. Surat rujukan yang tidak lengkap dapat menjadi salah satu penyebab berkas klaim ini ditolak [10]. Surat rujukan dibutuhkan peserta JKN untuk mendapatkan pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), kecuali pada kasus emergency. [12] menjelaskan apabila dokter memberikan surat keterangan bahwa pasien masih memerlukan perawatan di FKRTL tersebut, maka untuk kunjungan berikutnya pasien dapat langsung datang ke FKRTL tanpa harus ke FKTP terlebih dahulu dengan membawa surat kontrol dari dokter [12]. Namun, berdasarkan hasil penelusuran yang ditemukan pada kasus ini ternyata pasien saat kunjungan sebelumnya merupakan pasien umum akan tetapi pada kunjungan selanjutnya baru saja menggunakan kartu JKN-nya dan hanya melampirkan surat kontrol dari pertemuan sebelumnya, sehingga tidak membawa surat rujukan.

Alasan penolakan berkas klaim pada rawat jalan disebabkan resume medis tidak ditandatangani oleh DPJP (15,0%), bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur tidak ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) (50,0%), tidak terdapat lembar indikasi/perintah rawat inap (10,0%) dan pada laporan operasi tidak terlampir indikasi anestesi (25,0%).

Ketidaklengkapan berkas klaim ini selanjutnya dilengkapi kekurangannya persyaratannya lalu diklaim lagi bersamaan dengan pengajuan klaim pada bulan berikutnya. Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan menyebutkan bahwa berkas klaim rawat inap yang diajukan ke petugas pengklaiman salah satunya harus terdiri dari resume medis disertai dengan penulisan diagnosa dan tindakan serta tanda-tangan DPJP serta melengkapi lampiran jika terjadi perintah rawat inap pada pasien dan indikasi anestesi jika dilakukan operasi pada pasien [5]. Hasil penelitian di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo menunjukkan ketidaklengkapan resume medis yang menyebabkan klaim BPJS Kesehatan tertunda didominasi ketiadaan tanda tangan Dokter Penganggungjawab Pasien (DPJP) [4].

Penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan pengisian dokumen rekam medis dengan persetujuan klaim di RSI Sultan Agung Semarang. Berkas klaim ditolak oleh verifikator disebabkan ketidaklengkapan berkas klaim [13]. Hasil penelitian juga membuktikan kelengkapan persyaratan berkas klaim merupakan bagian penting dalam proses pengklaiman, penyebab ketidaklengkapan berkas klaim disebabkan ketidaklengkapan pengisian rekam medis [8]. Penelitian di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta diketahui bahwa laporan individual pasien dan laporan penunjang yang tidak lengkap merupakan faktor penyebab pengembalian berkas persyaratan klaim BPJS Pasien Rawat Inap [14].

Ketidaklengkapan berkas rekam medis untuk pengklaiman di RSUD Tanjung Pura terjadi karena bagian analisis data yang bertugas memeriksa kelengkapan rekam medis yang dikirim dari ruangan kurang teliti dalam mengecek berkas rekam medis pasien sebelum dikirim ke bagian pengklaiman. Berdasarkan hasil wawancara menyebutkan bahwa petugas pengklaiman tidak memeriksa kembali kelengkapan berkas rekam medis yang akan diklaim karena hal tersebut merupakan tugas dari bagian analisis data. Bagian analisis kurang teliti dalam memeriksa kelengkapan dokumen rekam medis sehingga berkas klaim yang diajukan tidak memenuhi verifikasi kelengkapan administrasi dan tidak dapat diklaim.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUD Brigjend. H. Hasan Basry Kandungan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan berkas klaim pasien Jamkesmas dapat disebabkan oleh tidak adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) [15].

Hasil wawancara pada petugas pengklaiman di RSUD Tanjung Pura mengatakan bahwa SOP tidak tersedia sehingga pelaksanaan klaim dilakukan otodidak berdasarkan kesadaran tugas dan tanggungjawab masing-masing unit bagian. SOP (Standar Operasional Prosedur) adalah sistem yang dilakukan secara baik dengan berurutan mulai awal sampai terakhir yang disusun untuk merapikan, menertibkan dan memudahkan dan pekerjaan kita [16]. Tidak adanya SOP yang jelas menyebabkan pelaksanaan tugas menjadi tidak tertib karena tidak ada panduan tertulis dalam melaksanakan kegiatan tersebut. SOP berfungsi menjelaskan secara tegas tugas dan tanggung jawab pelaksana setiap unit kejadian meminimalisir masalah yang mungkin terjadi. Berkas pengklaiman dalam proses pengajuan klaim merupakan outpu [17] dari serangkaian kegiatan yang dikerjakan oleh banyak profesi seperti dokter, perawat, PMIK dan sebagainya sehingga perlu ada kerja sama dan komunikasi yang baik agar isi berkas klaim lengkap.

Penelitian di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano diperoleh informasi bahwa tidak terjalin koordinasi dan kerja sama tim antara perawat pelaksana dan PMIK dalam proses

pengklaiman sehingga terjadi keterlambatan dan ketidaklengkapan dokumen pengklaiman. Untuk mengatasi hal ini diupayakan meningkatkan supervisi dengan menjaga kondisi kerja yang nyaman dan kondusif serta memberikan pengarahan kepada seluruh petugas yang berhubungan dengan proses pengklaiman sehingga timbul kesadaran dan pemahaman akan peran fungsinya masing-masing [18].

4. KESIMPULAN

Terdapat 123 berkas klaim (2,9%) yang ditolak oleh BPJS Kesehatan dari 4.253 berkas klaim yang diajukan RSUD Tanjung Pura pada bulan Juni tahun 2021. Penyebab penolakan 103 berkas klaim rawat jalan dan 20 berkas klaim rawat inap tersebut karena seluruhnya tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan. Disarankan kepada direktur rumah sakit untuk membuat SOP pengklaiman BPJS Kesehatan dan kepada petugas pengklaiman dan analisis data agar lebih teliti dalam pengecekan kelengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan.

REFERENCES

- [1] R. . Nurdiah and A. T. Iman, "Analisis Penyebab Unclaimed Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya," *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 4, no. 2, 2016.
- [2] Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA CBGs*. Jakarta: PERMENKES, 2014.
- [3] Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Pada Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: PERMENKES, 2015.
- [4] A. A. Ep, "Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016. Rumah Sakit," *J. Adm. Rumah Sakit*, vol. 4, no. 2, pp. 122–134, 2018.
- [5] BPJS Kesehatan, *BPJS Kesehatan. 2014. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS*. Jakarta, 2014.
- [6] P. Feriawati and Agus Peri Kusuma, *Faktor Faktor Keterlambatan Pengeklaiman BPJS di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang Tahun 2015*. Semarang, 2015.
- [7] Putra Dino Avinsa Anggara, "Model Verifikasi Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping," Yogyakarta, 2016.
- [8] N. Maimun and R. Rifqi, "Faktor-Faktor Keterlambatan Proses Pelayanan Klaim Asuransi (BPJS) di Rumah Sakit Bersalin Annisa Pekanbaru," *J. Kesehat. Komunitas*, vol. 6, no. 2, pp. 188–193, 2020.
- [9] H. Mutia, "Gambaran Klaim Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Yang Ditolak Pada Layanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya Jawa Barat," Jakarta, 2016.
- [10] Supriadi and S. Rosania, "Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien JKN di Rumah Sakit Hermina Ciputat 2018," *J. Vokasi Indones.*, vol. 7, no. 2, pp. 19–26, 2019.
- [11] A. C. Tyas, "Tinjauan Penyebab Adanya Ketidak Lengkapan Syarat Klaim BPJS di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang.," Semarang, 2015.
- [12] Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Program JKN*. Jakarta: PERMENKES, 2014.
- [13] dkk Ulfah, "Hubungan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Dengan Persetujuan Klaim Jamkesmas Oleh Verifikator Dengan Sistem INA-CBGs Periode Triwulan IV Tahun 2011 Di RSI Sultan Agung Semarang," Semarang, 2011.

- [14] L. Megawati and R. D. Pratiwi, “Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta,” *J. Kesehat. Vokasional*, vol. 1, no. 1, pp. 36–43, 2016.
- [15] M. Kusairi, “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kelengkapan Berkas Klaim Pasien Jamkesmas di RSUD Brigjend. H. Hasan Basry Kandungan,” Yogyakarta, 2013.
- [16] S. Ekotama, *Pedoman Mudah Menyusun SOP*. Yogyakarta: Media Press Indo., 2015.
- [17] A. Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*, 3rd ed. Tangerang: Bina Rupa Aksara, 2010.
- [18] T. dkk. Malonda, “Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano,” *JIKMU*, vol. 5, no. 5, 2015.

BIOGRAPHIES OF AUTHORS



Valentina, Gelar Sarjana dari FKM Universitas Sumatera Utara, Jurusan Kesehatan Masyarakat Epidemiologi pada tahun 2011. Magister Kesehatan Masyarakat diperoleh dari FKM USU pada tahun 2015. Saat ini aktif sebagai pengajar di Program Studi D-III Perekam dan Informasi Kesehatan Universitas Imelda Medan.



Tri Widya Sandika, Gelar Sarjana Diperoleh dari Universitas Sumatera Utara, Jurusan Sastra Inggris pada tahun 2000. Magister Linguistik Terapan Bahasa Inggris diperoleh dari Universitas Negeri Medan pada tahun 2003. Saat ini aktif sebagai pengajar di Program Studi D-III Perekam dan Informasi Kesehatan Universitas Imelda Medan.