

HUBUNGAN KETIDAKTEPATAN KODE DIAGNOSA PASIEN RAWAT INAP DENGAN *PENDING KLAIM* INA-CBG's DI RSUD SULTAN SULAIMAN SERDANG BEDAGAI

Mei Sryendang Sitorus^{1*}, Esraida Simanjuntak², Erlindai³, Theresia Hutasoit⁴, Putri Metha Amelya Lumbantoruan⁵

Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Imelda Medan^{1,4,5}

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

*Corresponding Author : meisitorus51@gmail.com

ABSTRAK

Kode diagnosis berperan penting sebagai dasar penetapan biaya pelayanan kesehatan dan pengambilan kebijakan sehingga harus dijamin kualitasnya. Ketidaktepatan kode berdampak pada kualitas kode yang berpengaruh dalam keakuratan dan kekonsistenan kode diagnosis. Survei awal yang dilakukan di RSUD Sultan Sulaiman menunjukkan ketidaklengkapan hasil pemeriksaan tes diagnostik, ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis, dan ketidaksesuaian *omit code* yang menyebabkan pending klaim INA-CBG's. Populasi penelitian ini 156 berkas klaim pasien peserta BPJS dan sampel sebanyak 61 dengan menggunakan rumus slovin. Dari 61 berkas klaim, 25 (41.0%) berkas klaim yang tidak disetujui (pending klaim) dan 36 (59.0%) yang disetujui. Desain penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross section*, analisis data menggunakan uji *Chi-Square*. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan ketidaktepatan kode diagnosis dengan pending klaim. Ketidaklengkapan hasil pemeriksaan tes diagnostik, kategori tidak lengkap yang tidak disetujui sebanyak 17 (65.3%) dan kategori lengkap yang tidak disetujui sebanyak 8 (22.8%) berkas. Ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis, pada kategori tidak lengkap/tidak tepat yang tidak disetujui sebanyak 16 (69.5%) dan 9 (23.6%) berkas. Ketidaksesuaian *omit code*, kategori tidak sesuai yang tidak disetujui sebanyak 17 (68.0%) dan kategori sesuai yang tidak disetujui sebanyak 8 (22.2%) berkas. Saran yang diajukan yaitu masih diperlukan sosialisasi terkait SOP pengkodean; pihak manajemen perlu mengadakan pertemuan antara dokter, koder, dan tim verifikasi; sebaiknya koder mengikuti petunjuk *omit code* berdasarkan kaidah koding di ICD-10.

Kata kunci : BPJS (INA-CBG's), ketidaktepatan kode, pending klaim

ABSTRACT

Diagnosis codes play an important role as a basis for determining health service costs and making policies so their quality must be guaranteed. Code inaccuracy has an impact on code quality which influences the accuracy and consistency of diagnosis codes. The initial survey conducted at Sultan Sulaiman Regional Hospital showed incomplete diagnostic test results, incomplete and inaccurate filling in of medical records, and inappropriate omit codes which led to pending claim INA-CBG's. From 156 BPJS participant patient claim files, 61 file samples were taken using the Slovin formula. Of the 61 claim files, 25 (41.0%) claim files were not approved (pending claims) and 36 (59.0%) were approved. The design of this research is quantitative descriptive with a cross section approach, data analysis using the Chi-Square test. The research results show that there is a relationship between inaccurate diagnosis codes and pending claims. Incomplete diagnostic test results, 17 (65.3%) incomplete categories were not approved and 8 (22.8%) files were not approved complete categories. Incompleteness and inaccuracy in filling out medical records, in the incomplete/inaccurate category, were not approved as many as 16 (69.5%) and 9 (23.6%) files. Omit code non-conformities, 17 (68.0%) of the files were not approved, and 8 (22.2%) files were not approved. The suggestion put forward is that there is still a need for socialization regarding coding SOP's; management needs to hold a meeting between doctors, coders and the verification team; Coders should follow the omit code instructions based on the coding rules in ICD-10.

Keywords : BPJS (INA-CBG's), codes inaccuracy, pending claim

PENDAHULUAN

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis diartikan sebagai data yang tertulis maupun terekam, dan memuat informasi yang cukup dan akurat tentang identitas pasien, anamnesis, pemeriksaan, penentuan fisik, perjalanan penyakit, laboratorium, diagnosis, segala pelayanan dan tindakan medis serta proses pengobatan yang diberikan kepada pasien (Permenkes RI, 2022).

Rekam medis dalam penyelenggaraannya memiliki fungsi pengolahan data pasien, salah satunya adalah fungsi koding atau kodefikasi diagnosa baik penyakit atau tindakan. Pengkodean diagnosis adalah pemberian penetapan kode dengan menggunakan huruf atau angka yang mewakili komponen data. Dalam pengkodean diagnosis ada beberapa hal yang perlu diperhatikan diantaranya adalah ketepatan, keakuratan, dan kelengkapan kode diagnosa sesuai dengan ICD-10 untuk penyakit dan ICD9-CM untuk tindakan dan prosedur (Budi, 2011).

Kode diagnosis berperan penting sebagai dasar penetapan biaya pelayanan kesehatan dan pengambilan kebijakan sehingga harus dijamin kualitasnya (Maryati dkk., 2020). Keakuratan kode diagnosis berdampak pada perencanaan perawatan pasien di masa mendatang, penyediaan layanan kesehatan dan biaya pengobatan pasien kualitasnya (Cummings dkk., 2011).

Ketidaktepatan kode dalam menentukan diagnosa akan berdampak pada kualitas kode diagnosis yang akan berpengaruh dalam keakuratan dan kekonsistenan kode diagnosa. Kode diagnosa yang tidak tepat dan akurat tersebut dapat merugikan pihak rumah sakit, oleh karena itu sangat diperlukan evaluasi kode diagnosa (Hatta, 2020). Ketepatan (*validity*) kode penting dalam meningkatkan keakuratan dan kekonsistensian data yang akan terkode serta menentukan kode *Case Base Groups* (CBG's). Ketepatan kode inilah yang nantinya mempengaruhi besaran tarif biaya yang akan di klaim. Kelengkapan diagnosis (*completeness*) berarti pengode harus memperhatikan adanya diagnosis dalam bentuk gejala, pengobatan serta tindakan lain yang mengarah ke pernyataan diagnosis dan prosedur yang ditulis dokter. Diagnosis harus digunakan dokter dalam menyebutkan suatu penyakit yang diderita oleh seorang pasien atau suatu keadaan yang menyebabkan seorang pasien memerlukan atau menerima asuhan medis dengan tujuan untuk memperoleh pelayanan pengobatan, mencegah suatu masalah kesehatan menjadi buruk dan juga untuk peningkatan kesehatan (Oktamianiza, 2022).

Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) Kesehatan adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan yang dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya, 2015). Setelah itu BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang tidak layak klaim atau *pending claim* harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali. Apabila terjadi *pending claim* maka aliran kas rumah sakit akan terganggu akibat permasalahan dalam pembayaran klaim tersebut. Klaim sendiri merupakan permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Dalam era JKN saat ini, dalam proses pengajuan klaim untuk penggantian biaya pelayanan kepada BPJS Kesehatan diberlakukan sistem *casemix* INA-CBG's sebagai sistem klasifikasi klinis yang berguna sebagai penentu tarif biaya pelayanan yang nantinya akan diklaim ke BPJS Kesehatan (Susan, 2016).

Sejalan dengan penelitian Mei Sryendang, 2021 dengan judul "Analisis Hubungan Kelengkapan dan Pengisian Dokumen Rekam Medis Pasien Bedah terhadap Kesesuaian Standar Tarif INA-CBG's di Instalasi Rawat Inap RSUD Imelda Pekerja Indonesia",

ditemukan bahwa ada hubungan kelengkapan pengisian laporan pembedahan dan instruksi paska bedah serta laporan anastesi terhadap kesesuaian standart tarif INA-CBG's pada pasien rawat inap khusus bedah (Sitorus, 2021).

Penelitian Santiasih dkk., 2021 dengan judul “Analisis Penyebab *Pending Claim* BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD DR. RM Djoelham Binjai”, menunjukkan bahwa permasalahan di bagian administrasi BPJS terkait pengajuan berkas klaim asuransi BPJS Kesehatan yang dikembalikan selama satu tahun pada periode Januari 2019 sampai dengan Desember 2019 yaitu dari 2.223 jumlah klaim rawat inap yang diajukan terdapat 329 berkas klaim yang dikembalikan ke RSUD DR. RM Djoelham. Data yang diperoleh dari petugas klaim, permasalahan di RSUD DR. RM Djoelham adalah ketidaklengkapan berkas V-klaim BPJS yang menyebabkan terjadinya *pending claim* (Santiasih dkk., 2021).

Berkas klaim BPJS Kesehatan membutuhkan kode yang lengkap terkait semua pengobatan, prosedur dan tindakan lain yang diberikan kepada pasien. Elemen kualitas koding sangat penting dalam pengklaiman sesuai dengan tarif INA-CBG's, yang mencakup penentuan biaya dan kelancaran prosesnya dimana jika salah satu diantara elemen di atas tidak berjalan atau tidak dikelola dengan baik akan mengakibatkan terhambatnya proses klaim dan akhirnya menyebabkan *pending claim* (Permenkes BPJS, 2017).

Berdasarkan informasi yang diperoleh pada saat survei awal yang peneliti lakukan di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai, data yang diperoleh dari petugas pengklaiman menunjukkan ketidaklengkapan hasil pemeriksaan tes diagnostik, ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis, dan ketidaksesuaian *omit code* dengan salah satu kasus terbanyak yaitu diagnosa TB Paru + PPOK dengan kode J44.0 yang menyebabkan *pending claim* INA-CBG's. Adapun berkas pengajuan klaim pada rawat inap, diketahui bahwa jumlah pasien rawat inap di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai diambil pada Triwulan pertama pada Tahun 2023 terdapat 156 berkas klaim pasien peserta BPJS, 61 sampel yang diambil menggunakan rumus slovin. Dari ketidaklengkapan hasil pemeriksaan tes diagnostik yaitu sebanyak 27 (44.3%) berkas klaim yang tidak lengkap dan 34 (55.7%) berkas klaim yang lengkap; Ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis yaitu sebanyak 28 (45.9%) berkas klaim tidak lengkap/tidak tepat dan 33 (54.1%) berkas klaim yang lengkap/tepat; dan ketidaksesuaian *omit code* yaitu sebanyak 15 (24.6%) berkas klaim yang tidak sesuai dan 46 (75.4%) berkas klaim yang sesuai *omit code*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan ketidaktepatan kode diagnosa pasien rawat inap dengan pending klaim INA-CBG's di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan penelitian deskriptif kuantitatif adalah suatu metode yang bertujuan untuk membuat gambar atau deskriptif tentang suatu keadaan secara objektif yang menggunakan angka, mulai dari pengumpulan data, penafsiran terhadap data tersebut serta penampilan dan hasilnya. Pendekatan deskriptif dilakukan dengan tujuan untuk menggambarkan hubungan ketidaktepatan kode diagnosa pasien dengan pending claim INA-CBG's di RSUD Sultan Sulaiman Kabupaten Serdang Bedagai. Dalam penelitian ini menggunakan rancangan penelitian cross sectional (potong lintang) dimana pengambilan data dilakukan satu kali pada waktu yang sama. Penelitian dilakukan di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret sampai dengan bulan September. Populasi dalam penelitian ini adalah berkas klaim rawat inap Triwulan pertama sebanyak 156 berkas klaim. Sampel yang digunakan ada sebanyak 61 berkas klaim dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan ketepatan kode diagnosa pasien rawat inap dengan pending claim ina-cbg's di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai.

HASIL

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai yang berlokasi di Jl. Negara Km.58 No.315, Firdaus, Kec. Sei Rampah, Kab. Serdang Bedagai, Sumatera Utara 20995. Penelitian ini diperoleh dari wawancara dan observasi secara langsung dengan menggunakan lembar observasi.

Analisa Univariat**Karakteristik Berkas Klaim Pasien Peserta BPJS**

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berkas Klaim Pasien Peserta BPJS Berdasarkan Lama Rawat (AvLOS) di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai

Lama Rawat (AvLOS)	Frekuensi (f)	Persentase
1-5 hari	29	47.5
6-10 hari	20	32.8
11-20 hari	12	19.7
Total	61	100.0

Dari tabel 1 diketahui bahwa dari 61 berkas klaim pasien peserta BPJS, rawatan paling lama adalah lama rawat 1-5 hari yaitu sebanyak 29 (47.5%) berkas klaim, dan rawatan paling pendek adalah lama rawat 11-20 hari sebanyak 12 (19.7%) berkas klaim.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berkas Klaim Pasien Peserta BPJS Berdasarkan Severity Level (Tingkat Keparahan) di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai

Severity Level (Tingkat Keparahan)	Frekuensi (f)	Persentase
Tingkat I	9	14.8
Tingkat II	20	32.8
Tingkat III	32	52.5
Total	61	100.0

Dari tabel 2 diketahui bahwa dari 61 berkas klaim pasien peserta BPJS, tingkat keparahan paling tinggi ada pada Severity Level tingkat III yaitu sebanyak 32 (52.5%) berkas klaim dan tingkat keparahan paling rendah ada pada Severity Level tingkat I yaitu sebanyak 9 (14.8%) berkas klaim.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Karakteristik Berkas Klaim Pasien Peserta BPJS Berdasarkan Kelas Rawat Jaminan BPJS di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai

Kelas Rawat Jaminan BPJS	Frekuensi (f)	Persentase
Kelas I	29	47.5
Kelas II	21	34.4
Kelas III	11	18.0
Total	61	100.0

Dari tabel 3 diketahui bahwa dari 61 berkas klaim pasien peserta BPJS, kelas rawat paling banyak ada pada Kelas I yaitu sebanyak 29 (47.5%) berkas klaim dan kelas rawat paling sedikit ada pada Kelas III yaitu sebanyak 11 (18.0%) berkas klaim.

Penyebab Ketidaktepatan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap

Adapun penyebab ketidaktepatan kode diagnosa pasien rawat inap di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai yaitu ,ketidaklengkapan hasil pemeriksaan tes diagnostik, ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis, dan ketidaksesuaian *omit code*.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Ketidaklengkapan Hasil Pemeriksaan Tes Diagnostik di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai

No.	Ketidakkengkapan Hasil Pemeriksaan Tes Diagnostik	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Lengkap	27	44.3
2	Lengkap	34	55.7
	Total	61	100.0

Dari tabel 4 diketahui bahwa dari 61 berkas klaim pasien peserta BPJS, 27 (44.3%) berkas klaim yang tidak lengkap pada hasil pemeriksaan tes diagnostik dan 34 (55.7%) berkas klaim yang lengkap pada hasil pemeriksaan tes diagnostik.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Ketidaklengkapan dan Ketidaktepatan Pengisian Rekam Medis di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai

No.	Ketidakkengkapan dan Ketidaktepatan Pengisian Rekam Medis	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Lengkap/Tidak Tepat	28	45.9
2	Lengkap/Tepat	33	54.1
	Total	61	100.0

Dari tabel 5 diketahui bahwa dari 61 berkas klaim pasien peserta BPJS, 28 (45.9%) berkas klaim tidak lengkap/tidak tepat pada pengisian rekam medis dan 33 (54.1%) berkas klaim yang lengkap/tepat pada pengisian rekam medis.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Ketidaksesuaian *Omit Code* di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai

No.	Ketidaksesuaian <i>Omit Code</i>	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Sesuai	15	24.6
2	Sesuai	46	75.4
	Total	61	100.0

Dari tabel 6 diketahui bahwa dari 61 berkas klaim pasien peserta BPJS, 15 (24.6%) berkas klaim yang tidak sesuai pada *omit code* dan 46 (75.4%) berkas klaim yang sesuai *omit code*.

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Berkas Klaim Pasien Peserta BPJS di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai

No.	Berkas Klaim Pasien Peserta BPJS	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Disetujui (<i>Pending Claim</i>)	25	41.0
2	Disetujui	36	59.0
	Total	61	100.0

Dari tabel 7 diketahui bahwa dari 61 berkas klaim pasien peserta BPJS, 25 (41.0%) berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*) dan 36 (59.0%) berkas klaim yang disetujui.

Analisa Bivariat

Tabel 8. Tabulasi Silang Ketidاكلengkapan Hasil Pemeriksaan Tes Diagnostik dengan Hasil Pengajuan Klaim di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai

Hasil Pemeriksaan Tes Diagnostik	Tidak Disetujui				Jumlah		P Value
	(Pending Claim)		Disetujui				
	N	%	N	%	N	%	
Tidak Lengkap	17	65.3	9	34.6	26	100.0	0.002
Lengkap	8	22.8	27	77.1	35	100.0	
Jumlah	25	88.1	36	111.7	61	100.0	

Berdasarkan hasil tabel 8 didapatkan bahwa dari 26 berkas klaim pasien peserta BPJS pada kategori tidak lengkap hasil pemeriksaan tes diagnostik yang disetujui yaitu sebanyak 9 (34.6%) berkas klaim sedangkan 17 (65.3%) berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*). Dan dari 35 berkas klaim pasien peserta BPJS pada kategori yang lengkap hasil pemeriksaan tes diagnostik yang disetujui yaitu sebanyak 27 (77.1%) berkas klaim sedangkan 8 (22.8%) berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*).

Dari hasil analisis uji *Chi-Square* pada lampiran tabel uji *Chi-Square* :

Untuk tabel 2×2 dan tidak ada Expected Count < 5, menggunakan Continuity Correction. Nilai P-Value = 0.002 < sig_α = 0.05. Hasil analisis ini memenuhi kriteria persyaratan hipotesis hubungan, sehingga dapat dinyatakan bahwa Ketidاكلengkapan Hasil Pemeriksaan Tes Diagnostik memiliki hubungan yang signifikan dengan *Pending Claim* INA-CBG's.

Tabel 9. Tabulasi Silang Ketidاكلengkapan dan Ketidاكلepatan Pengisian Rekam Medis dengan Hasil Pengajuan Klaim di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai

Pengisian Rekam Medis	Tidak Disetujui				Jumlah		P Value
	(Pending Claim)		Disetujui				
	N	%	N	%	N	%	
Tidak Lengkap/Tidak Tepat	16	69.5	7	30.4	23	100.0	0.001
Lengkap/Tepat	9	23.6	29	76.3	38	100.0	
Jumlah	25	93.1	36	106.7	61	100.0	

Berdasarkan hasil tabel didapatkan bahwa dari 23 berkas klaim pasien peserta BPJS pada kategori tidak lengkap/tidak tepat pengisian rekam medis yang disetujui yaitu sebanyak 7 (30.4%) berkas klaim sedangkan 16 (69.5%) berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*). Dan dari 38 berkas klaim pasien peserta BPJS pada kategori yang lengkap/tepat pengisian rekam medis yang disetujui yaitu sebanyak 29 (76.3%) berkas klaim sedangkan 9 (23.6%) berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*).

Dari hasil analisis uji *Chi-Square* pada lampiran tabel uji *Chi-Square* :

Untuk tabel 2×2 dan tidak ada Expected Count < 5, menggunakan Continuity Correction. Nilai P-Value = 0.001 < sig_α = 0.05. Hasil analisis ini memenuhi kriteria persyaratan hipotesis hubungan, sehingga dapat dinyatakan bahwa Ketidاكلengkapan dan Ketidاكلepatan Pengisian Rekam Medis memiliki hubungan yang signifikan dengan *Pending Claim* INA-CBG's.

Berdasarkan hasil tabel 10 didapatkan bahwa dari 25 berkas klaim pasien peserta BPJS pada kategori tidak sesuai omit code yang disetujui yaitu sebanyak 8 (32.0%) berkas klaim sedangkan 17 (68.0%) berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*). Dan dari 36 berkas klaim pasien peserta BPJS pada kategori sesuai omit code yang disetujui yaitu sebanyak 28

(77.7%) berkas klaim sedangkan 8 (22.2%) berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*).

Dari hasil analisis uji *Chi-Square* pada lampiran tabel uji *Chi-Square* :

Untuk tabel 2×2 dan tidak ada Expected Count < 5, menggunakan Continuity Correction. Nilai P-Value = 0.001 < sig_α = 0.05. Hasil analisis ini memenuhi kriteria persyaratan hipotesis hubungan, sehingga dapat dinyatakan bahwa Ketidaksesuaian Omit Code memiliki hubungan yang signifikan dengan *Pending Claim* INA-CBG's.

Tabel 10. Tabulasi Silang Ketidaksesuaian Omit Code dengan Hasil Pengajuan Klaim di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai

<i>Omit Code</i>							<i>P Value</i>
	Tidak Disetujui		Disetujui		Jumlah		
	<i>(Pending Claim)</i>						
	N	%	N	%	N	%	
Tidak Sesuai	17	68.0	8	32.0	25	100.0	0.001
Sesuai	8	22.2	28	77.7	36	100.0	
Jumlah	25	100	36	99.8	61	100.0	

PEMBAHASAN

Ketidaklengkapan Hasil Pemeriksaan Tes Diagnostik Terhadap Hasil Pengajuan Klaim di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa dari nilai P-Value = 0.002 < sig_α = 0.05, yang berarti ada hubungan ketidaklengkapan hasil pemeriksaan tes diagnostik terhadap hasil pengajuan klaim di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai. Pemeriksaan Tes Diagnostik merupakan sebuah cara (alat) untuk menentukan apakah seseorang menderita penyakit atau tidak, berdasar adanya tanda dan gejala pada orang tersebut, sebagaimana di dalam pemeriksaan, kurangnya hasil pemeriksaan yang menunjang diagnosa yang tepat. Dari penelitian yang dilakukan, ditemukan bahwa dari 61 berkas klaim pasien peserta BPJS yang dianalisa, hasil pemeriksaan tes diagnostik yang tidak lengkap yaitu sebanyak 26 (42.6%) berkas klaim dan yang lengkap yaitu sebanyak 35 (57.3%) berkas klaim.

Hasil analisis yang dilakukan pada 26 berkas klaim pasien peserta BPJS pada kategori yang tidak lengkap hasil pemeriksaan tes diagnostik yang disetujui yaitu sebanyak 9 (34.6%) berkas klaim sedangkan 17 (65.3%) berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*). Dan dari 35 berkas klaim pasien peserta BPJS pada kategori yang lengkap hasil pemeriksaan tes diagnostik yang disetujui yaitu sebanyak 27 (77.1%) berkas klaim sedangkan 8 (22.8%) berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*).

Hasil wawancara yang dilakukan kepada informan diperoleh informasi, peneliti memberikan pertanyaan kepada informan yaitu “Apa yang menyebabkan pending klaim terkait ketidaklengkapan hasil pemeriksaan tes diagnostik, Bu?” Informan menjawab :

Informan 1 :

Yang menyebabkan pending claim terkait ketidaklengkapan hasil pemeriksaan tes diagnostik, itu karena tidak ada bukti pendukung bagi diagnosa yang mau ditegakkan oleh dokter penanggung jawab, dek. Salah satu kasus yang didapat yaitu pada berkas klaim diagnosa pneumonia. Nah, pada saat di analisis ternyata tidak ada ditemukan hasil penunjang (tes diagnostik) pada kasus penumonia yaitu pemeriksaan radiologi (foto thorax).

penanggung jawab. Hal ini menyebabkan terjadinya pending pada klaim tersebut. Salah satu kasus yang didapat yaitu pada berkas klaim dengan diagnosa pneumonia. Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan oleh petugas klaim ternyata tidak ditemukan hasil penunjang (tes diagnostik) pada kasus pneumonia yaitu pemeriksaan radiologi (foto thorax).

Adapun informasi yang diperoleh dari petugas klaim. Peneliti memberikan pertanyaan kepada informan yaitu **“Apa cara untuk mengurangi terjadinya ketidaklengkapan hasil pemeriksaan tes diagnostik ya, Bu?”** Informan menjawab :

Informan 2 :

Untuk mengurangi penyebabnya ya ini, dek. Bisa buat sosialisasi SOP pengkodean dalam penyediaan penunjang.

Berdasarkan hasil wawancara yang peneliti peroleh dari petugas klaim, untuk meminimalkan masalah ketidaklengkapan hasil pemeriksaan tes diagnostik maka petugas melakukan sosialisasi SOP pengkodean dalam penyediaan pemeriksaan penunjang guna untuk pemeriksaan tes diagnostik.

Menurut peneliti ketidaklengkapan hasil pemeriksaan tes diagnostik ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan pengkodean, dimana dokter penanggung jawab menegakkan diagnosa hanya berdasarkan anamnesa dan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan terhadap pasien tanpa adanya hasil pemeriksaan tes diagnostik yang dapat mendukung penegakkan diagnosa tersebut. Hal ini dapat terjadi disebabkan oleh dua hal, pertama pasien yang bersangkutan memang tidak mendapat pemeriksaan tes diagnostik yang sesuai atau pasien mendapat pemeriksaan tes diagnostik yang sesuai tetapi bukti pemeriksaan tersebut tidak dilampirkan dalam berkas klaim.

Sejalan dengan penelitian Bajeng, 2021 dengan judul “Pengaruh Kelengkapan Dokumen Klaim INA-CBG’s di RS Pantiwilasa Dr. Cipto Bulan Januari-Maret 2021”, ditemukan bahwa hasil kelengkapan isi dokumen rekam medis pasien rawat inap periode bulan Januari sampai dengan bulan Mei 2021 sebagai berikut: jumlah sampel yaitu 97 dokumen rekam medis pasien rawat inap. Kelengkapan tidak bisa dilihat hanya dari diagnosis dan tanda tangan dokter saja namun juga dilihat dari data hasil penunjang pendukung penegakkan diagnosis yang harus ada seperti pemeriksaan, bukti penunjang, bukti tindakan medik (bila ada operasi atau prosedur), laporan persalinan, serta bukti diagnosis yang mendukung penegakkan diagnosa oleh dokter penanggungjawab.

Ketidaklengkapan dan Ketidaktepatan Pengisian Rekam Medis Terhadap Hasil Pengajuan Klaim di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa dari $P\text{-Value} = 0.001 < \text{sig}_\alpha = 0.05$, yang berarti ada hubungan ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis terhadap hasil pengajuan klaim di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai. Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien, sebagaimana diartikan sebagai data yang tertulis maupun terekam, dan memuat informasi yang cukup dan akurat tentang identitas pasien, anamnesis, pemeriksaan, penentuan fisik, perjalanan penyakit, laboratorium, diagnosis, segala pelayanan dan tindakan medis serta proses pengobatan yang diberikan kepada pasien (Permenkes RI Nomor 24 Tahun 2022). Dari penelitian yang dilakukan, ditemukan bahwa dari 61 berkas klaim pasien peserta BPJS yang dianalisa, pengisian rekam medis yang tidak lengkap dan tidak tepat yaitu sebanyak 23 (37.7%) berkas klaim dan yang lengkap dan tepat yaitu sebanyak 38 (62.2%) berkas klaim. Hasil analisis yang dilakukan pada 23 berkas klaim pasien peserta BPJS pada kategori tidak lengkap/tidak tepat pengisian

rekam medis yang disetujui yaitu sebanyak 7 (30.4%) berkas klaim sedangkan 16 (69.5%) berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*). Dan dari 38 berkas klaim pasien peserta BPJS pada kategori yang lengkap/tepat pengisian rekam medis yang disetujui yaitu sebanyak 29 (76.3%) berkas klaim sedangkan 9 (23.6%) berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Erwin Sentosa, et al., dalam penelitian *Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pelayanan Medik Rawat Jalan dan Patient Safety di RSGMP UMY* dinyatakan bahwa masalah yang sering timbul dalam pengisian rekam medis adalah dalam proses pengisiannya tidak lengkap, penulisan dokter yang kurang spesifik mengenai diagnosa, keterbatasan waktu sehingga dokter tidak sempat mengisi berkas rekam medis dengan lengkap.

Hasil wawancara yang dilakukan kepada informan diperoleh informasi, peneliti memberikan pertanyaan kepada informan yaitu “Apa yang menyebabkan pending klaim terkait ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis, Bu?” Informan menjawab :

Informan 1 :

Yang menyebabkan pending klaim terkait ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis, itu karena tidak tepat pada saat pemilihan diagnosa utama dan diagnosa sekunder, tidak ada laporan penunjang. Contohnya hasil laboratorium, hasil radiologi, dan sebagiannya

Berdasarkan hasil wawancara yang peneliti peroleh dari petugas klaim pending, berkas klaim yang tidak disetujui (*pending klaim*) disebabkan ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis, sehingga terjadi ketidaktepatan dalam pemilihan diagnosa utama dan diagnosa sekunder (*du dan ds*), tidak adanya laporan penunjang seperti hasil laboratorium, hasil radiologi, dan sebagiannya. Hal ini menyebabkan terjadinya pending pada klaim tersebut.

Adapun informasi yang diperoleh dari petugas klaim. Peneliti memberikan pertanyaan kepada informan yaitu “**Apa cara untuk mengurangi terjadinya ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis ya, Bu?**” Informan menjawab :

Informan 2 :

Untuk mengurangi penyebabnya ya ini, dek. Diadakan pertemuan tim, seperti dokter, coder, dan tim verifikasi untuk persepsi tentang pengisian rekam medis.

Untuk meminimalkan masalah ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis maka pihak manajemen mengadakan pertemuan antara dokter, *coder*, dan tim verifikasi dalam persepsi tentang pengisian rekam medis yang berguna untuk tercapainya pengklaiman yang lebih baik.

Menurut peneliti ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis juga merupakan salah satu faktor yang menyebabkan ketidaktepatan pengkodean. Dimana hal ini disebabkan oleh ketidaklengkapan dan ketidaktepatan dalam pemilihan diagnosa utama dan diagnosa sekunder (*du dan ds*), tidak adanya laporan penunjang, penulisan dokter yang kurang spesifik mengenai diagnosa.

Sejalan dengan penelitian Mei Sryendang, 2021 dengan judul “Analisis Hubungan Kelengkapan dan Pengisian Dokumen Rekam Medis Pasien Bedah terhadap Kesesuaian Standar Tarif INA-CBG’s di Instalasi Rawat Inap RSUD Imelda Pekerja Indonesia”, ditemukan bahwa ada hubungan kelengkapan pengisian laporan pembedahan dan instruksi

paska bedah serta laporan anastesi terhadap kesesuaian standart tarif INA-CBG's pada pasien rawat inap khusus bedah.

Ketidaksesuaian *Omit Code* Terhadap Hasil Pengajuan Klaim di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa nilai $P\text{-Value} = 0.001 < \text{sig}_\alpha = 0.05$, yang berarti ada hubungan ketidaksesuaian *omit code* terhadap hasil pengajuan klaim INA-CBG's di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai. *Omit code* merupakan kode kombinasi, dimana dua diagnosa yang dikode dengan satu kode gabungan. Dari penelitian yang dilakukan, ditemukan bahwa dari 61 berkas klaim pasien peserta BPJS yang peneliti analisa, *omit code* yang tidak sesuai yaitu sebanyak 25 (40.9%) berkas klaim dan yang sesuai yaitu sebanyak 36 (59.0%) berkas klaim.

Hasil analisis yang dilakukan pada 25 berkas klaim pasien peserta BPJS pada kategori tidak sesuai *omit code* yang disetujui yaitu sebanyak 8 (32.0%) berkas klaim sedangkan 17 (68.0%) berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*). Dan dari 36 berkas klaim pasien peserta BPJS pada kategori sesuai *omit code* yang disetujui yaitu sebanyak 28 (77.7%) berkas klaim sedangkan 8 (22.2%) berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*).

Sejalan dengan penelitian Nina Dwi, et al., dengan judul Tinjauan Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap, dinyatakan bahwa masalah yang sering terjadi dimana koder menemukan dua diagnosis tertentu yang diderita oleh seorang pasien dimana menurut aturan koding harus dijelaskan satu koding yang terintegrasi. Kode gabung ini sering dikoding oleh koder menjadi kode diagnosa terpisah, sehingga sering terjadi *pending claim*.

Hasil wawancara yang dilakukan kepada informan diperoleh informasi, peneliti memberikan pertanyaan kepada informan yaitu "Apa yang menyebabkan *pending claim* terkait ketidaksesuaian *omit code*, Bu?" Informan menjawab :

Informan 1 :

Yang menyebabkan pending klaim terkait ketidaksesuaian omit code, itu karena tidak sesuai sama omit code. Koder masih mendiagnosa dengan dua kode diagnosa, tidak menggunakan omit code, sementara untuk omit code sendiri, sudah ada kodenya berdasarkan kaidah koding di (ICD-10).

Berdasarkan hasil wawancara yang peneliti peroleh dari petugas klaim, berkas klaim yang tidak disetujui (*pending claim*) disebabkan karena adanya ketidaksesuaian *omit code*. Dimana koder masih mendiagnosa dengan dua kode diagnosa, tidak menggunakan *omit code*, sementara untuk *omit code* sendiri, sudah ada kodenya berdasarkan kaidah koding di *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions* (ICD-10). Hal inilah yang menyebabkan terjadinya *pending* pada klaim tersebut.

Adapun informasi yang diperoleh dari petugas klaim. Peneliti memberikan pertanyaan kepada informan yaitu "Apa cara untuk mengurangi terjadinya ketidaksesuaian *omit code* ya, Bu?" Informan menjawab :

Informan 2 :

Untuk mengurangi penyebabnya ya ini, dek. Mengikuti kaidah koding ICD-10.

Kaidah koding di buku *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revisions* (ICD-10).

Menurut peneliti ketidaksesuaian *omit code* merupakan salah satu faktor penyebab ketidaktepatan perkodingan. Salah satu kasus terbanyak yang didapat yaitu pada berkas klaim dengan diagnosa TB Paru + PPOK, petugas mendiagnosa kode diagnosa satu per satu (terpisah) yaitu A16.2 + J44.9. Sementara berdasarkan hasil analisis yang dilakukan oleh petugas klaim ternyata tidak sesuai dengan kaidah koding. Kode diagnosa yang tepat untuk kasus tersebut yaitu J44.0. Hal ini yang menyebabkan terjadinya ketidaksesuaian *omit code*.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dengan judul “Hubungan Ketidaktepatan Kode Diagnosa Pasien Rawat Inap dengan Pending Klaim INA-CBG’s di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai” dapat disimpulkan sebagai berikut : Karakteristik berkas klaim pasien peserta BPJS menurut lama rawat (AvLOS), rawatan paling lama yaitu lama rawat 1-5 hari sebanyak 47.5% dan paling pendek lama rawat 11-20 hari sebanyak 19.7% berkas klaim; menurut tingkat keparahan (*Severity Level*) tingkat keparahan paling tinggi ada pada *Severity Level* Tingkat III yaitu sebanyak 52.5% dan paling rendah *Severity Level* Tingkat I sebanyak 14.8% berkas klaim; menurut kelas rawat paling banyak ada pada Kelas I yaitu sebanyak 47.5% berkas klaim dan paling sedikit ada pada Kelas III sebanyak 18.0% berkas klaim. Penyebab terjadinya ketidaktepatan kode diagnosa pasien rawat inap dengan *pending claim* INA-CBG’s yaitu ketidaklengkapan hasil pemeriksaan tes diagnostik, ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis, dan ketidaksesuaian *omit code*. Ada hubungan ketidaklengkapan hasil pemeriksaan tes diagnostik dengan *pending claim* INA-CBG’s di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai (Nilai P-Value = 0.002 < sig_α= 0.05). Ada hubungan ketidaklengkapan dan ketidaktepatan pengisian rekam medis dengan *pending claim* INA-CBG’s di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai (Nilai P-Value = 0.001 < sig_α= 0.05). Ada hubungan ketidaksesuaian *omit code* dengan *pending claim* INA-CBG’s di RSUD Sultan Sulaiman Serdang Bedagai (Nilai P-Value = 0.001 < sig_α= 0.05).

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terima kasih penulis ucapkan kepada Akademi Manajemen Informasi Kesehatan Universitas Imelda Medan atas dukungan dan bantuan dalam pelaksanaan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Abiyasa, M. T., Ernawati, D., dan Kresnowati, L. (2012). *Hubungan Antara Spesifisitas Penulisan Diagnosis Terhadap Akurasi Kode Pada RM I Dokumen Rawat Inap Rumah Sakit Bhayangkara Semarang*. Jurnal Visikes, 11(2), 99-104.
- Agustini, H., dan Agustina, S. 2016. *Pelaksanaan Kode Penyakit dan kode Tindakan di Klinik Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Pasar rebo*. Medicordhif, Vol. 03(01) : 1-8.
- Ardhitya, T. 2015. *Faktor-Faktor Yang Melatar Belakang Penolakan Klaim BPJS oleh Verifikator BPJS di RSJD DR. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah*, (online). (http://eprints.dinus.ac.id/17385/1/jurnal_15985.pdf) di akses pada 27 Maret 2017.
- Arikunto, S. 2019. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Aneka Cipta.
- Bajeng. 2021. *Pengaruh Kelengkapan Dokumen Klaim INA-CBG's di RS Pantiwilasa Dr. Cipto Bulan Januari-Maret 2021*, dalam Jurnal Rekam Medis dan Manajemen Informasi Kesehatan Vol 1, Nomor 2 (halaman 31-36). Politeknik Bina Trada Semarang.
- BPJS Kesehatan (2017). *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 03 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional*.

- BPJS Kesehatan (2018). *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. Indonesia.
- Budi, Savitri Citra. (2011). *Manajemen Unit Rekam Medis*. Quantum Sinergis Media.
- Budi, 2012. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem Tenth Revision*. 10.
- Eramo, Lisa A. (2012). *Don't let fear prevent coders from learning ICD-10*. Jakarta.
- Ernawati, D; Kresnowati, L. 2013. *Studi Kualitatif tentang Kompetensi Tenaga Koder dalam Proses Reimbursement Berbasis System Case-mix di Beberapa Rumah Sakit yang Melayani Jamkesmas dalam Jurnal Penelitian Internal LPPM*. Semarang: Universitas Dian Nusantoro.
- Erwin Santosa. 2014. *Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pelayanan Medik Rawat Jalan dan Patient Safety In RSGMP UMY*, dalam *Journal of Medico Legal-Ethics and Hospital Management* Vol 3, Nomor 1. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Frista, T. E., dan Maisharoh. (2020). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketepatan Pengkodean Diagnosa Penyakit*. Administration and Health Information of Journal, 1(2), 145-150.
- Hatta, Gemala. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press.
- Hatta, Gemala. (2020). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press.
- Kasim, F. (2011). *Sistem Klasifikasi Utama Morbiditas dan Mortalitas*. Dalam Hatta, G, Editor. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press
- Hendrik, SH. 2012. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Ifalahma, Darah. 2013. *Hubungan Pengetahuan Coder dengan Keakuratan Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap Jaminan Kesehatan Masyarakat Berdasarkan ICD-10 Di RSUD Simo Boyolali*. Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan, INFOKES, Vol 3, Nomor 2 (halaman 14-26). Surakarta: APIKES Citra Medika Surakarta.
- Indonesia, *Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)*, UU No. 24 Tahun 2011. LN No. 5256 Indonesia.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia. 2021. *Kata Validasi di Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: EGC.
- Mei S, Arifah, dan Asriwati. 2022. *Analisis Hubungan Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Bedah dengan Kepatuhan Standar Tarif INA-CBG's*. Jurnal Ilmiah Perkam Medis dan Informasi Kesehatan Imelda, (Universitas Imelda Medan).
- Nabila,Salma Firyal, Maya Weka Santi, Yusirwan Tabrani, and Atma Deharja. 2020. *Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo*. J-REMI : Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan 1(4): 519–28.
- Nina Dwi. 2022. *Tinjauan Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap* dengan Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Vol 5, Nomor 2. Poltekkes Kemenkes Semarang.
- Notoatmodjo. 2018. *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Nuswantoro, Dian, Dyah Ernawati, and Lily Kresnowati. 2013. *INDONESIA HEALTH INFORMATICS FORUM 2013 Studi Kualitatif Tentang Kompetensi Tenaga Koder Dalam Proses Reimbursement Berbasis System Case-Mix Di Beberapa Rumah Sakit Yang Melayani Jamkesmas Di Kota Semarang INDONESIA HEALTH INFORMATICS FORUM 2013 at Universitas Dian Nuswantoro Semarang*. : 1–11.
- Oktamianiza. (2022). *Literatur Riview tentang Faktor Penyebab Klaim Tidak Layak Bayar*

- BPJS Kesehatan di RS*. Jurnal Ilmiah Perkam dan Informasi Kesehatan Imelda, 322-327.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan. Jakarta: Kemenkes RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Pasal 1 ayat (1) dan (2) Tentang Rekam Medis. Jakarta: Kemenkes RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's). Jakarta: Kemenkes RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Kemenkes RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis. Jakarta: Kemenkes RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: Kemenkes RI.
- Pepo, A. A. H., dan Yulia, N. (2015). *Kelengkapan Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketepatan Pengkodean Klinis Kasus Kebidanan*. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia, 3(2).
- Rismayanti, et al., 2015. *Tinjauan keakuratan kode diagnosis PPOK berdasarkan ICD-10 dokumen rekam medis rawat inap JKN dalam Jurnal Penelitian Vol 9, Nomor 2. APIKES*. Mitra Husada Karanganyar.
- Santiasih, Wayan Ary, Asyiah Simanjorang, and Beni Satria. 2021. *Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap Di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai*. *Journal of Healthcare Technology and Medicine* 7(2): 1381–94.
- Semarajana, I. N. G., & Soewondo, P. (2019). *Factors Related To Pending Claim In Indonesian National Health Insurance (JKN): A Systematic Review*. *Proceedings of International Conference on Applied Science and Health ICASH-A102*, 4, 768–780.
- S. Solechan, 2019. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Sebagai Pelayanan Publik*. *Administrative Law and Governance Journal*, vol.2, no.4, pp. 686-696, Nov. 2019. <https://doi.org/10.14710/alj.v2i4.686-696>
- Sugiyono. 2019. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Zahri Vandawati. 2020. *Mekanisme Pencarian Klaim Badan Penyelenggara Jaminan*. 2(2): 315–19. Jakarta: EGC.