

TINJAUAN FAKTOR PENYEBAB DISPUTE KLAIM BPJS PASIEN COVID-19 DI RSU KABUPATEN TANGERANG

Dina Munadiatu Soliha¹, Daniel Happy Putra², Puteri Fannya³, Nanda Aula Rumana⁴

Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan, Program studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan,
Universitas Esa Unggul.

Dinamuna16001@student.esaunggul.ac.id¹, Daniel.putra@esaunggul.ac.id²

ABSTRACT

The Indonesian government has determined that Covid-19 is a pandemic phenomenon with the number of cases and deaths due to Covid-19 increasing rapidly, the need for adequate health workers and health facilities, in the process of replacing the financing/claims paid by the government to hospitals, there are many dispute cases in the hospital. Covid-19 patient claims greatly affect the financing of hospitals that provide Covid-19 patient services, This study aims to determine the factors that cause disputed claims in Covid-19 patients, The research method used is a mixed-method where one research variable uses a qualitative approach and 2 variables use a quantitative approach, and data collection techniques are observation, interview guidelines, and document studies in the form of minutes of BPJS verification results. Based on the results of the study, 9 criteria caused the claim dispute of Covid-19 patients, the dispute files analyzed were 78 disputed data with the case of the criteria code C2-Covid guarantee participants did not comply with the provisions and could be identified into 5 categories, namely, confirmed patients were 32%, LOS was questioned. not following the provisions 23%, mild symptoms without shortness of breath and fever 17%, probable patients without comorbidities and with comorbidities 26% suspected without comorbidities and with comorbidities 2%, Minister of Health Regulation No. 4344 regarding technical instructions for claiming replacement costs for Covid-19 services, there is a guaranteed limit or requirements for the patient to be declared eligible or not to be claimed for financing.

Keywords : Covid-19 Patient Dispute Claim

ABSTRAK

Pemerintah Indonesia menetapkan Covid-19 menjadi fenomena pandemi dengan jumlah kasus dan kematian akibat Covid-19 yang meningkat dengan pesat, diperlukannya tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan yang memadai, dalam proses pengganti pembiayaan/klaim yang dibayarkan pemerintah ke rumah sakit, banyak terjadi kasus dispute pada klaim pasien Covid-19, hal tersebut sangat berpengaruh terhadap pembiayaan di rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan pasien Covid-19. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor penyebab dispute klaim pada pasien Covid-19, metode penelitian yang digunakan adalah *mix method* dimana satu buah variabel penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dan 2 variabel menggunakan pendekatan kuantitatif, dan teknik pengumpulan data adalah observasi, pedoman wawancara dan studi dokumen berupa berita acara hasil verifikasi BPJS. Berdasarkan hasil penelitian terdapat 9 kriteria penyebab dispute klaim pasien Covid-19, berkas dispute yang dianalisis sebanyak 78 data dispute dengan kasus kriteria kode C2-Peserta jaminan Covid tidak sesuai ketentuan dan dapat diidentifikasi kedalam 5 kategori yaitu, pasien konfirmasi dipertanyakan 32%, LOS yang tidak sesuai ketentuan 23%, gejala ringan tanpa sesak dan demam 17%, pasien probable tanpa komorbid dan dengan komorbid 26% suspek tanpa komorbid dan dengan komorbid 2%, Peraturan Menteri Kesehatan No 4344 tentang petunjuk teknis klaim pengganti biaya pelayanan Covid-19 terdapat batas penjaminan ataupun persyaratan pasien tersebut dinyatakan layak atau tidak untuk diklaim pembiayaannya.

Kata kunci : Klaim Dispute Pasien Covid-19

PENDAHULUAN

Semua *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19) terjadi diawal tahun 2020, asal

mula virus ini diketahui berasal dari Wuhan, Tiongkok, dinyatakan sebagai pandemi oleh *World Health Organization*

(WHO)(Kemenkes RI, 2020). Berdasarkan keputusan presiden No. 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang wajib dilakukan penanggulangan karena berdampak pada aspek politik, ekonomi, sosial budaya, pertahanan, keamanan, serta kesejahteraan masyarakat. Jumlah kasus dan jumlah kematian Covid-19 meningkat dengan pesat meluas lintas wilayah dan lintas negara, oleh karenanya pemerintah diharapkan segera meningkatkan Sumber Daya Manusia (SDM) dan memfasilitasi pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) pembiayaan pasien covid-19 dibayarkan sepenuhnya oleh pemerintah dengan BPJS sebagai verifikator berkas klaim(Pemerintah Indonesia, 2020). Berkas klaim merupakan kelengkapan pasien secara administrasi, dan nonadministrasi yang tercakup kedalam berkas rekam medis, Rekam Medis merupakan kumpulan berkas atau kesan dari sesuatu yang diucapkan atau dituliskan mengenai keadaan pasien dari masa ke masa. Rekam medis bersifat rahasia, informasi yang terkandung di dalamnya hanya dapat diberikan atau dikeluarkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan, kerahasiaan yang berlaku dalam profesi kedokteran atau berdasarkan ketentuan negara(Widjaja, 2015).

Program JKN adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran, Program JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang diatur dalam Undang-Undang No 24 tahun 2011(Hatta, 2010). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk memenuhi pelayanan kesehatan masyarakat, BPJS Kesehatan

mengacu terhadap prinsip asuransi kesehatan sosial dan bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan undang-undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)(Peraturan Presiden, 2011).

Sistem *Casemix* INA-CBGs adalah suatu pengklasifikasian dari episode perawatan pasien yang dirancang untuk menciptakan kelas-kelas yang relatif homogen dan berisikan pasien-pasien dengan karakteristik klinis yang sejenis(Indawati, Dewi, Pramono, & Maryati, 2018).

Menurut Peraturan BPJS Kesehatan tentang administrasi klaim, klaim merupakan permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Klaim adalah tagihan dari hasil pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit berupa tenaga kerja seperti dokter, perawat, apoteker dan lain-lain atas kepada peserta BPJS Kesehatan yang berobat ataupun dirawat di rumah sakit(BPJS Kesehatan RI, 2017). Kasus *dispute* atau klaim *dispute* adalah klaim yang diajukan oleh rumah sakit dinyatakan *Dispute* oleh BPJS Kesehatan apabila terdapat ketidaksesuaian atau terjadi ketidaksepakatan antara BPJS dengan rumah sakit atas klaim yang menyangkut pelayanan atau tindakan klinis yang berdampak terhadap pembayaran pada klaim pasien(Indawati et al., 2018)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wiwi Ambarawati dengan judul Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia dengan Periode Maret 2020 – Desember 2020 didapatkan hasil analisis Data BPJS per tanggal 28 Januari 2021 menunjukkan total pengajuan klaim COVID-19 oleh rumah sakit sebanyak 433.077, dari hasil verifikasi tercatat sebanyak 266.737 kasus yang sesuai (61,59%) dan dapat diklaim dengan biaya 17,3 triliun, 165.189 kasus *dispute* (38,14%) dengan biaya 9,7 triliun dan 1.151 kasus tidak sesuai (0,27%). Total klaim yang diajukan sampai Desember

2020 sebesar Rp. 22.9 triliun, jumlah yang sudah dibayarkan Kementerian Kesehatan kepada rumah sakit sebesar Rp. 14.5 triliun (63.3%) dan sisa yang belum dibayarkan sebesar Rp. 8.4 triliun (36,6%). Kendala yang ditemui dalam pembayaran klaim antara lain; pembayaran tidak tepat waktu, tingginya dispute klaim yang disebabkan perbedaan persepsi terhadap regulasi yang berlaku, dokumen klaim rumah sakit yang tidak lengkap, ketidaksiapan perangkat aplikasi dan jumlah verifikator dispute dari kementerian kesehatan dalam melakukan verifikasi proses ulang (Ambarwati, 2021). m

Mendapatkan gambaran mengenai faktor yang mengakibatkan *Dispute* klaim BPJS pada pasien Covid-19 di Rumah Sakit Umum kabupaten Tangerang sebagai Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan Covid-19 Mengidentifikasi SPO klaim pasien Covid-19. Mengidentifikasi kriteria kode klaim *Dispute* pasien covid-19 pada Berita Acara Hasil Verifikasi BPJS (BAHV). Dan Mengidentifikasi *Dispute* berdasarkan kode dispute C2-kriteria peserta jaminan covid-19 tidak sesuai ketentuan.

METODE

Penelitian ini bersifat deskriptif dan pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah *Mix Method*, *mix method* adalah metode penelitian yang dilakukan oleh peneliti untuk menghasilkan outcome dan proses dari suatu penelitian, serta menggunakan kombinasi kualitatif dan kuantitatif didalam satu penelitian (Masrizal, 2015) dimana 2 variable penelitian yaitu SPO dan identifikasi kode klaim dispute yang menggunakan pendekatan Kualitatif dan satu buah variable menggunakan pendekatan Kuantitatif dengan menggunakan data sekunder & Studi Dokumen. Populasi yang diambil adalah seluruh data dispute klaim BPJS pasien covid-19 pada bulan Januari - Agustus 2021 sebanyak 78 berkas dispute untuk

mengidentifikasi penyebab berkas klaim tidak sesuai kriteria BPJS dan mengetahui faktor terjadinya dispute di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang. Teknik penelitian yang dilakukan yaitu observasi, mengumpulkan data *dispute* klaim BPJS pasien Covid-19, mengidentifikasi data tersebut menggunakan daftar tilik dan pedoman wawancara kepada kepala bagian instalasi *casemix* Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang, serta peneliti melakukan studi dokumen dengan data yang dinyatakan dispute oleh verifikator.

HASIL

Bagian Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti mengenai SPO klaim BPJS pada pasien covid-19 di RSUD Kabupaten Tangerang kepada petugas *casemix* mengatakan “secara khusus belum dikelurakan oleh pihak rumah sakit dan sekarang sudah dalam proses perancangan, sebelumnya proses klaim dilakukan menggunakan alur yang sudah ada hanya saja terdapat sedikit perbedaan seperti berkas yang harus di scan dan di upload dalam aplikasi Eklaim, pada proses kegiatan klaim”, upaya apa yang dilakukan oleh petugas *casemix* untuk meminimalisir terjadinya dispute, petugas *casemix* mengatakan “instalasi *casemix* berusaha untuk meminimalisir kendala yang terjadi seperti ketidaklengkapan berkas yang dapat menyebabkan berkas klaim dispute, dimana pada alur klaim dilakukan verifikasi berkas oleh petugas *casemix* dan jika tidak lolos verifikasi akan dikembalikan ke ruang perawatan untuk dilengkapi Kembali” (wawancara penelitian, 10 Januari 2022) ujar petugas *casemix*, dengan alur klaim sebagai berikut berkas kelengkapan klaim dilengkapi dari ruang perawatan dan selanjutnya di kirimkan ke ruangan AMD (Administrasi dan Mobilisasi Dana). Berkas di bawa oleh AMD ke *casemix* setelah berkas berada di *casemix* lalu di verifikasi oleh penerima berkas dan jika terdapat ketidaklengkapan data dari ruang

keperawatan di kembalikan lagi untuk dilengkapi dan selanjutnya jika lolos verifikasi Dilakukan verifikasi diagnosa dan klinis, Selanjutnya dilakukan penyimpanan berupa *softcopy* untuk di *upload*. Setelahnya petugas *casemix* mengkode dan *entry* data, berkas yang selesai di kode dan dilakukan *entry* dikirim dalam bentuk txt ke Kemenkes dan BPJS Setelah 14 hari kerja akan dikeluarkan berita acara yang menyatakan status berkas tersebut yaitu klaim diajukan, klaim disetujui, *dispute* dan pending atau bisa di sebut berkas refisi yang selanjutnya dapat diperbaiki dan dikirm ulang ke BPJS, berkas *dispute* yang di kelurkan oleh BPJS akan dikirim ke Kemenkes dan akan diverifikasi oleh TPKD (Tim Penyelesaian Klaim *Dispute*) yang akan menyatakan klaim *dispute* tersebut layak atau tidak layak. Dapat disimpulkan bahwa rumah sakit belum mengeluarkan SPO terkait klaim pasien covid-19, dan selama ini dilakukan dengan cara melakukan alur yang telah ditetapkan (Mulyani & Sonia, 2022).

Identifikasi kriteria kode klaim *Dispute* pasien covid-19 pada Berita Acara Hasil Verifikasi BPJS (BAHV)

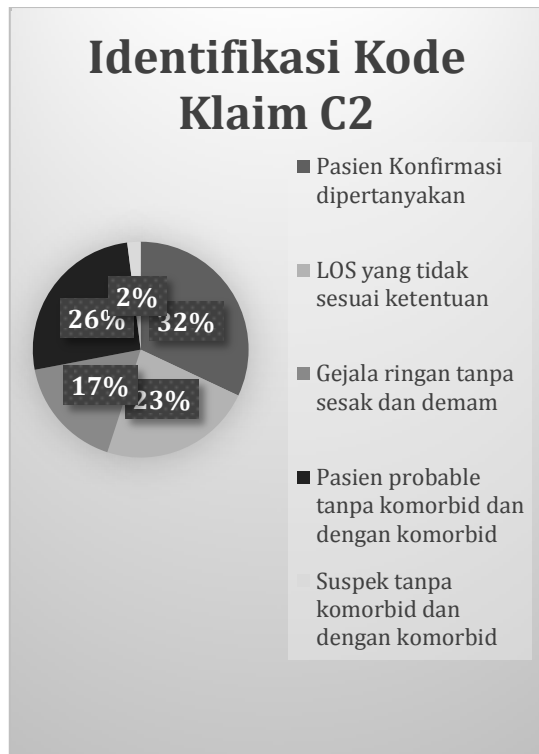
Kasus *dispute*/klaim *dispute* merupakan klaim yang setelah dilakukan verifikasi oleh BPJS terdapat ketidak sesuaian ataupun terdapat perbedaan persepi antara BPJS dengan rumah sakit, terdapat 9 kode kriteria *dispute* yaitu : C1-Identits tidak sesuai ketentuan, C2-Kriteria jaminan covid tidak sesuai ketentuan, C31-Pemeriksaan penunjang laboratorium tidak sesuai ketentuan RITL:tidak ada pemeriksaan swab, C32-Pemeriksaan laboratorium tidak sesuai ketentuan RTJL:tidak ada pemeriksaan darah rutin dan rontgen, C5-Berkas klaim tidak lengkap, C6-Diagnosa penyakit penyerta/komplikasi merupakan bagian dari diagnosa utama (*sign and symptom*), C7-Diagnosa komorbid tidak sesuai ketentuan, C8-Rawat inap dilakukan diluar

ruangan isolasi yang ditetapkan oleh direktur RS, C9-Pemeriksaan penunjang radiologi tidak sesuai ketentuan. Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan terdapat 78 kasus *dispute* yang terjadi di RSUD Kabupaten Tangerang pada bulan Januari-Agustus 2021 dengan identifikasi keseluruhan klaim *dispute* berada pada kode C2-Kriteria peserta jaminan covid tidak sesuai ketentuan.

Identifikasi *Dispute* berdasarkan kode *dispute* C2-kriteria peserta jaminan covid-19 tidak sesuai ketentuan

Peneliti melakukan studi dokumen dan juga wawancara terhadap petugas *casemix* agar informasi dapat lebih jelas dan terperinci, dilakukannya studi dokumen oleh peneliti untuk mengidentifikasi terjadinya *dispute* yang sering terjadi yaitu C2, dan peneliti melakukan wawancara terhadap petugas *casemix* megatakan bahwa “kami jarang menemui *dispute* ketidak lengkapan berkas namun yang sering terjadi yaitu perbedaan persepsi antara rumah sakit dengan verifikator, karna verifikator tidak melihat kondisi secara kilnis dan mengakibatkan verifikator memotong LOS pasien tersebut” (wawancara penelitian, 10 Januari 2022), dapat disimpulkan bahwa penyebab terbesar *dispute* yang terjadi di RSUD Kabupaten Tangerang adalah perbedaan persepsi antara verifikator dan pihak rumah sakit termasuk kedalam kode klaim C2. Peneliti melakukan presentase penyebab kode *dispute* C2-Kriteria peserta jaminan covid-19 tidak sesuai ketentuan.

Pada hasil presentase pada gambar 1 yaitu identifikasi kode klaim C2, didapatkan hasil kasus tertinggi yaitu pasien konfirmasi dipertanyakan sebesar 32%, selanjutnya LOS yang tidak sesuai ketentuan sebesar 23%, gejala ringan tanpa sesak dan demam sebesar 17%, pasien probable tanpa komorbid dan dengan komorbid sebesar 26%, dan kasus terendah suspek tanpa komorbid dan dengan komorbid sebesar 2%.



Gambar 1: Presentase kode klaim C2-Kriteria peserta jaminan covid-19 tidak sesuai ketentuan

PEMBAHASAN

Identifikasi kriteria kode klaim *Dispute* pasien covid-19 pada Berita Acara Hasil Verifikasi BPJS (BAHV)

Kasus *dispute* yang ditemukan oleh peneliti berdasarkan hasil observasi dan studi dokumen yang dilakukan menggunakan berkas Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) terjadi karena perbedaan persepsi atas regulasi yang berlaku dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 4344 tahun 2021 yang didalamnya terdapat persyaratan/batasan pasien yang dapat diklaim pembiayaan perawatannya sebagai berikut:

Pasien suspek dapat dipulangkan dari rumah sakit dibuktikan dengan hasil assesmen klinis dituangkan dalam resume medis yang di tulis oleh DPJP menunjukkan perbaikan atau pemeriksaan darah membaik

Pasien probable/konfirmasi covid-19 dengan atau tanpa gejala dapat

dipulangkan dari rumah sakit dibuktikan dengan hasil assesmen klinis yang dituangkan dalam resume medis yang ditulis oleh DPJP, termasuk diantaranya gambaran radiologi dan menunjukkan perbaikan dapat dipulangkan tanpa *follow up* RT-PCR Pasien *probable*/konfirmasi covid-19 dengan gejala berat/kritis dapat dipulangkan dari perawatan rumah sakit jika resume medis ataupun lab radiologi menunjukkan perbaikan dan pasien harus melampirkan *follow up* RT-PCR dan jika tidak dapat dibuktikan dengan RT-PCR dibuktikan dengan *x-ray* foto thorax, untuk bukti *x-ray* foto thorax tidak bisa dilakukan oleh ibu hamil dan orang dengan kondisi medis tertentu seperti pasien gangguan jiwa, gaduh gelisah dapat dibuktikan dengan keterangan dari DPJP.

Pasien suspek/konfirmasi/probable covid-19 dapat dipindahkan ke rawat *Non* isolasi jika sudah memenuhi kriteria isolasi, tetapi jika masih membutuhkan perawatan lanjutan terkait dengan komorbid, *co-insidens* dan komplikasi dengan pembiayaan dijamin oleh JKN/asuransi ataupun mandiri, proses alih rawat berdasarkan ketentuan hasil resume medis yang ditulis DPJP menunjukkan perbaikan, dan pada pasien konfirmasi gejala berat/kritis harus melampirkan *follow up* RT-PCR jika tidak ada, melampirkan bukti *x-ray* foto thorax ataupun radiologi lainnya, dan jika tidak bisa seperti pasien ibu hamil, ataupun dengan orang kondisi medis tertentu, dan jika pasien tanpa gejala/tanda ISPA didukung dengan hasil assesmen dari DPJP atau hasil radiologi yang mendukung pasien negatif.

Pasien suspek dengan atau tanpa komorbid, pasien konfirmasi covid-19 gejala ringan tanpa komorbid dengan hasil RDT-Ag positif dan tidak memiliki tempat isolasi atau isolasi terpusat dari

pemerintah, setelah masuk pemeriksaan rawat inap 24-48 jam jika hasil RT-PCR negatif maka dengan kriteria C bisa dipulangkan.

Pasien konfirmasi dengan gejala ringan sampai berat dengan komorbid atau tanpa komorbid setelah masuk rawat inap dalam waktu 24-48 jam harus melakukan pemeriksaan RT-PCR jika hasil negatif dengan ketentuan kriteria C dapat dipulangkan dan jika terdapat komorbid dilakukan alih rawat sesuai kebutuhan medis pasien

Pasien suspek/*probable*/konfirmasi covid-19 yang meninggal dalam perawatan covid-19 atau meninggal *Death On Arrival* (DOA) dan tidak sempat melakukan RT-PCR maka pemulasaran jenazah sesuai tatalaksana covid-19 dibuktikan dengan melampirkan bukti pelayanan pemulasaran jenazah.

Bayi baru lahir dengan kriteria suspek, bayi dirawat diruang isolasi yang terpisah dari ibunya dan bayi akan melakukan pemeriksaan RT-PCR/RDT-Ag dalam masa tunggu hasil selama 7 hari, bila hasil positif dan selanjutnya ada perbaikan klinis atau hasil pemeriksaan RT-PCR negative bayi dapat dipulangkan (Kemenkes RI, 2021).

Identifikasi *Dispute* berdasarkan kode dispute C2-kriteria peserta jaminan covid-19 tidak sesuai ketentuan

Peneliti melakukan studi dokumen untuk mengidentifikasi penyebab kode C2-Kriteria peserta jaminan covid tidak sesuai ketentuan dinyatakan *dispute* oleh verifikator dan didapatkan 5 kategori yaitu Kategori pasien konfirmasi dipertanyakan, karena memiliki gambaran klinis yang kurang meyakinkan dari syarat peserta penjaminan covid-19, perlu melampirkan bukti penunjang yang harus di upload sebagai berkas pendukung seperti pasien tersebut memiliki gejala tanda ISPA/ARDS/pasien dinyatakan meninggal.

Kategori LOS yang tidak sesuai ketentuan, dimana verifikasi BPJS mempertanyakan lama rawat pasien tersebut, dengan bukti indikasi yang dilampirkan oleh rumah sakit, dan melampirkan CCPT beserta hasil lab RT-PCR dengan hasil positif, jika pasien dengan status dirujuk perlu didukung dengan upload Surat Keterangan (SK) dari kepala puskesmas yang menyatakan pasien tersebut tidak memiliki tempat tinggal untuk isolasi.

Kategori gejala ringan tanpa sesak dan demam yang seharusnya bisa isolasi mandiri, dan jika memang tidak memiliki tempat isolasi perlu didukung dengan upload SK dari kepala puskesmas yang menyatakan pasien tersebut tidak memiliki tempat isolasi dan juga melampirkan hasil lab RT-PCR dengan hasil positif.

Kategori pasien *probable* tanpa komorbid dan dengan komorbid, harus melampirkan gambaran klinis yang meyakinkan jika pasien menderita komorbid dan di upload sebagai bukti pendukung (resume medis/surat keterangan DPJP/dkk) kondisi pasien menunjukkan keluhan covid-19 tetapi belum ada hasil RT-PCR/RDT-Ag karena pasien meninggal dan hal tersebut perlu dilengkapi dengan surat pemulasaran jenazah pasien covid-19.

Kategori pasien suspek tanpa komorbid dan dengan komorbid, pasien dipastikan memiliki kontak dengan pasien covid-19 ataupun memiliki Riwayat perjalanan ke transmisi lokal dengan wilayah kasus covid-19 yang meningkat dalam 14 hari sebelum timbul gejala ISPA/pneumonia, melampirkan hasil lab RDT-Ag dengan hasil positif.

KESIMPULAN

Identifikasi faktor penyebab terjadinya *dispute* pada berkas klaim pasien covid-19

di RSUD Kabupaten Tangerang, terdapat 9 faktor penyebab dispute klaim, dengan jumlah 78 berkas BAHV yang dikembalikan oleh verifikator didapatkan faktor penyebab utamanya yaitu C2-Kriteria peserta jaminan covid tidak sesuai ketentuan, dimana kriteria penjaminan sudah tertera dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. H.01.07/menkes/4344/2021 tentang petunjuk teknis klaim pengganti biaya pelayanan covid-19. Berdasarkan hasil observasi dengan melakukan studi dokumen didapatkan 5 kategori yang termasuk kedalam C2, dengan hasil presentase tertinggi terjadi pada pasien konfirmasi dipertanyakan 32% sebanyak 25 berkas dispute.

UCAPAN TERIMA KASIH

Sebagai penulis tentunya masih banyak kurang pada penelitian yang saya lakukan, saya ucapkan terimakasih yang sebesar besarnya dan berkat bantuan dan dorongan dari keluarga terdekat ibu, ayah serta adik, dan tak lupa juga para pembimbing dan teman-teman yang sudah membimbing dan menemani sampai saat ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, W. (2021). Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia Analisis Periode Maret 2020 – Desember 2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 6(1), 23–37. <https://doi.org/10.7454/eki.v6i1.4881>
- BPJS Kesehatan RI. (2017). Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Hatta, G. R. (2010). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan* (Universitas Indonesia, Ed.). Jakarta.
- Indawati, L., Dewi, D. R., Pramono, A. E., & Maryati, Y. (2018). Manajemen informasi Kesehatan V. In *sistem klaim dan asuransi pelayanan kesehatan*.
- Kemendes RI. (2020). Pedoman Pencegahan dan pengendalian Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). *MenKes/413/2020*, 2019, 207.
- Kemendes RI. (2021). *Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Bagi Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)* (Vol. 4, pp. 1–21). Vol. 4, pp. 1–21.
- Masrizal, M. (2015). *Mixed Method Research*. 53–56.
- Mulyani, E. P., & Sonia, D. (2022). *Kelengkapan Berkas Rekam Medis Kasus Covid-19 Kemenkes RI Untuk Klaim Pembiayaan*. 16(8), 7173–7178.
- Pemerintah Indonesia. (2020). *Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2020 Tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)* (pp. 1–2). pp. 1–2.
- Peraturan Presiden. (2011). Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan. *BPJS*. Retrieved from <http://www.ainfo.inia.uiy/digital/bitstream/item/7130/1/LUZARDO-BUIATRIA-2017.pdf>
- Widjaja, L. (2015). *Manajemen Informasi Kesehatan I* (Universitas Esa Unggul, Ed.). Jakarta: Univer.