

## Analisis Prosedur Klaim BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit

### *Claim Procedure Analysis Health BPJS In Hospital*

Leli Rahayu<sup>1</sup>, Ida Sugiarti<sup>2\*</sup>

<sup>1,2</sup>D3 RMIK Poltekkes Tasikmalaya  
Jalan Cilolohan No. 35 Kota Tasikmalaya, 46115

\*e-mail korespondensi: [ida.sugiarti@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id](mailto:ida.sugiarti@dosen.poltekkestasikmalaya.ac.id)

#### Abstrak

Faktor prosedur administrasi kepesertaan, faktor resume medis, faktor kodefikasi diagnosis dan faktor kodefikasi tindakan masih menjadi kendala sehingga berkas klaim dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan. Tujuan penelitian untuk mengetahui prosedur klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit. Penelitian kepustakaan atau studi literatur dan pendekatan kualitatif. Penelitian ini menggunakan jurnal berbasis online. Berdasarkan telaah 15 (lima belas) jurnal, didapatkan bahwa masih terdapat kendala dalam prosedur klaim BPJS Kesehatan sehingga berkas dikembalikan verifikator BPJS. Seperti dalam hal prosedur administrasi kepesertaan, faktor resume medis, faktor kodefikasi diagnosis dan faktor kodefikasi tindakan. Faktor yang menyebabkan berkas klaim BPJS kesehatan dikembalikan yaitu tidak adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang mengatur pendaftaran pasien mengenai pengumpulan berkas-berkas persyaratan pendaftaran pasien BPJS. Komponen autentikasi penulis dan audit pencatatan yang baik yang belum sesuai karena tidak ada tanda tangan tenaga medis dan masih adanya bagian yang kosong. Serta penulisan diagnosis tidak spesifik sehingga kodefikasi tidak akurat dan koder mengandalkan hafalan tidak merujuk pada ICD-10 atau hanya melihat ICD-10 volume 3 saja tanpa merujuk pada volume 1.

**Kata Kunci:** BPJS, Klaim, Literatur, Prosedur

#### Abstract

The membership administration procedure factor, the medical resume factor, the diagnosis codification factor and the action codification factor are still obstacles so that they are returned by the BPJS Health verifier. The purpose of the study was to determine the BPJS Health claim procedure at the hospital. Literature research or literature study and qualitative approach. Based on a review of 15 (fifteen) journals, it was found that there are still obstacles in the BPJS Health claim procedure so that the file is returned to the BPJS verifier. As in the case of membership administration procedures, medical resume factors, diagnosis codification factors, and action codification factors, which causes BPJS health files to be returned, namely the absence of Standard Operating Procedures which regulates the factors regarding the collection of documents for BPJS patient registration requirements. Components of author authentication and audit records are not appropriate because there is no signature of medical personnel and there are still empty parts. And the writing of the diagnosis is not specific so that the codification is not accurate and the coder on memorization does not refer to ICD-10 or only sees ICD-10 volume 3 without looking at Referring to volume 1.

**Keywords:** BPJS, Claims, Literature, Procedure

#### PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Melalui penerapan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Kesehatan, pemerintah mengharapkan tidak akan ada lagi penduduk Indonesia, khususnya masyarakat kurang mampu, yang tidak berobat ke fasilitas kesehatan karena tidak memiliki biaya. Metode pembayaran yang digunakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan saat ini adalah dengan metode pembayaran

prospektif yaitu Casemix atau menggunakan sistem Indonesia Case Base Group's (INA-CBG's). Sistem pembayaran INA-CBG's menggunakan klaim yang nantinya akan mendapat penggantian biaya dari BPJS (Indawati, 2018).

Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Klaim BPJS adalah tagihan atau tuntutan dari sebuah imbalan dari hasil pelayanan kesehatan dengan jumlah yang telah disepakati dalam perjanjian. Perjanjian yang dimaksud adalah perjanjian yang telah tertulis dalam kontrak kerjasama yang telah disepakati sejak awal. Klaim yang dibayarkan sesuai dengan paket tarif INA-CBG's yang telah ditentukan oleh Kemenkes (Artanto EP, 2018).

Berdasarkan penelitian (Megawati & Pratiwi, 2016) menyebutkan bahwa faktor-faktor pengembalian berkas klaim yaitu administrasi BPJS terkait berkas pengajuan klaim asuransi BPJS. Sehingga pihak verifikator BPJS terlebih dahulu harus mengembalikan berkas persyaratan klaim ke petugas verifikator yang berada di rumah sakit atau dokter yang merawat pasien untuk memintakan kelengkapan pengisian dokumen persyaratan tersebut. Lalu, hasil penelitian (Artanto EP, 2018) terdapat sekitar 10-15% klaim yang tertunda pembayarannya. Salah satu penyebab terbanyak adalah tidak adanya tanda tangan dokter penanggung jawab pasien pada lembar resume medis.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui prosedur klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kepustakaan atau studi literatur dengan pendekatan kualitatif. Kata kunci pencarian yaitu "Prosedur administrasi kepesertaan klaim BPJS", "Resume medis klaim BPJS", "Kodefikasi diagnosis klaim BPJS" dan "Kodefikasi tindakan klaim BPJS" dengan database pencarian *google scholar* dan *garuda*. Dilakukan seleksi inklusi eksklusif sehingga didapatkan 15 jurnal yang sesuai dengan tujuan penelitian.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Prosedur Administrasi Kepesertaan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit**

Berdasarkan hasil penelitian, dari 6 jurnal yang membahas mengenai prosedur administrasi kepesertaan klaim BPJS Kesehatan, yang menjadi penyebab pengembalian berkas klaim yaitu rumah sakit belum memiliki regulasi/prosedur (SOP) yang mengatur pendaftaran pasien BPJS yaitu prosedur mengenai pengumpulan berkas-berkas persyaratan pendaftaran pasien BPJS (SEP, KTP maupun rujukan poli bila kasus bukan gawat darurat) terdapat pada penelitian (Kurniawati et al., 2020), (Irmawati et al., 2018) dan (Susan et al., 2016).

Prosedur administrasi kepesertaan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit dari 6 jurnal yang dianalisis yaitu penelitian (Susan et al., 2016), (Irmawati et al., 2018), (Lewiani et al., 2017), Adam, C.M dkk (2019), (Kurniawati et al., 2020), dan (Nurdiyanti et al., 2017) yaitu membahas mengenai berkas-berkas yang harus disediakan untuk melakukan pendaftaran administrasi yaitu KTP/KK, surat rujukan dan kartu peserta, berkas tersebut bertujuan untuk penerbitan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang merupakan salah satu syarat untuk verifikasi berkas klaim. Hal ini dikarenakan, kesesuaian administrasi kepesertaan berkas klaim dilaksanakan dengan melihat sesuai atau tidak sesuai data SEP dengan data yang diinputkan dalam aplikasi INA-CBG's pada lembar individual pasien dengan data berkas pendukung klaim.

Hal tersebut sejalan dengan prosedur rawat jalan dan rawat inap menurut BPJS Kesehatan 2014 mengenai kesesuaian kepesertaan data dimulai dari petugas registrasi/pendaftaran rumah sakit melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP. Prosedur tersebut akan memudahkan dalam verifikasi administrasi kepesertaan mengenai meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA-CBG's.

Berdasarkan hasil penelitian, yang menjadi penyebab pengembalian berkas klaim yaitu rumah sakit belum memiliki regulasi/prosedur (SOP) yang mengatur

pendaftaran pasien BPJS yaitu prosedur mengenai pengumpulan berkas-berkas persyaratan pendaftaran pasien BPJS (SEP, KTP maupun rujukan poli bila kasus bukan gawat darurat) terdapat pada penelitian (Susan et al., 2016) di RSUD Kota Semarang, (Irmawati et al., 2018) di RSUD R.A Kartini Jepara dan (Kurniawati et al., 2020) di Rumah sakit X yang berlokasi di Malang.

### **Faktor Resume Medis dalam Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit**

Berdasarkan 8 jurnal yang membahas mengenai faktor resume medis dalam prosedur klaim BPJS Kesehatan yang menjadi penyebab dikembalikan verifikator BPJS yaitu seperti menurut (Nurdiyanti et al., 2017) masih ditemukan ketidaklengkapan resume medis pasien yang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu penulisan diagnosa kurang spesifik atau tulisan dokter terkadang susah dibaca dan tidak menuliskan nama dokter dan tanda tangan dokter penanggungjawab pasien.

Faktor resume medis dalam prosedur klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit dari 8 jurnal yang dianalisis yaitu penelitian (Lewiani et al., 2017), (Kurniawati et al., 2020), (Nurdiyanti et al., 2017), (Apriyanti, 2016), (Dzakiy et al., 2020), (Habib et al., 2018), (Pardede, 2020) dan (Ariyanti & Gifari, 2019) membahas mengenai kelengkapan resume medis dinilai dari empat komponen yaitu identifikasi pasien, laporan penting, autentifikasi penulisan dan catatan yang baik. Hal ini dikarenakan resume medis yang tercantum identitas pasien, nomor rekam medis, tanggal pelayanan, diagnosa dan prosedur/tindakan medis yang diberikan kepada pasien serta tanda tangan dokter dan nama jelas dokter, menjadi persyaratan kelengkapan berkas yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim BPJS.

Menurut (Widjaya, 2018) kelengkapan resume medis dinilai 4 komponen analisis kuantitatif pada rekam medis yaitu melakukan audit komponen identifikasi pasien pada lembaran resume medis (nomor RM, nama pasien, tanggal lahir/umur, jenis kelamin), melakukan audit komponen pelaporan/pencatatan yang penting (riwayat saat masuk, kondisi selama dirawat, keterangan saat akan pulang), melakukan audit komponen autentikasi penulis (nama dan tanda tangan) dan audit pencatatan yang baik (tidak ada coretan, tidak ada tipp-ex, tidak ada bagian yang kosong).

Berdasarkan hasil penelitian yang menjadi penyebab resume medis dikembalikan verifikator BPJS yaitu pada komponen autentikasi penulis dengan tidak ada tanda tangan tenaga medis seperti dalam penelitian (Lewiani et al., 2017) di Rumah Sakit Dr. R. Ismoyo Kota Kendari, (Nurdiyanti et al., 2017) di RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara dan (Ariyanti & Gifari, 2019) di RSUD Tangerang Selatan. Faktor penyebab dikembalikan lainnya yaitu pada komponen pencatatan yang baik dengan masih adanya bagian yang kosong, seperti dalam penelitian (Kurniawati et al., 2020), (Nurdiyanti et al., 2017), (Apriyanti, 2016), (Dzakiy et al., 2020), (Habib et al., 2018) dan (Pardede, 2020).

### **Faktor Kodefikasi Diagnosis dalam Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit**

Berdasarkan 5 jurnal yang membahas faktor kodefikasi diagnosis dalam prosedur klaim bpjs kesehatan di rumah sakit , faktor penyebab ketidaktepatan kode diagnosis terbanyak yaitu pada jurnal penelitian (Trisetyawan & Eryani, 2018) ketidaktepatan pengodean diagnosa dyspepsia yang disebabkan oleh adanya tulisan dokter yang sulit dibaca, tidak lengkapnya fasilitas yaitu ICD-10 yang digunakan, SDM petugas koding yang kurang, petugas koding tidak merujuk ke ICD-10 Volume 1, Standar Prosedur Operasional (SPO) kodefikasi tidak spesifik.

Faktor kodefikasi diagnosis dalam prosedur klaim BPJS kesehatan di rumah sakit dari 5 jurnal penelitian yang dianalisis yaitu (Pardede, 2020), Ningtyas, N.K dkk (2019), (Sukawan & Meilany, 2020), (Trisetyawan & Eryani, 2018) dan (Irmawati et al., 2019) yaitu mengenai keakuratan kodefikasi diagnosis. Hal ini dikarenakan keakuratan kode diagnosa sangat mempengaruhi kualitas pembayaran biaya kesehatan dengan sistem case-mix, faktor kodefikasi sangat menentukan, dimana yang digunakan untuk menentukan tarif adalah dengan pedoman ICD-10 untuk menentukan diagnosa.

Hal tersebut sejalan dengan teori BPJS (2014) verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosa pada tagihan dengan kode ICD-10. Penulisan diagnosa harus lengkap dan spesifik, apabila terjadi kesalahan penulisan diagnosa akan mempengaruhi tarif. Berdasarkan teori Hatta (2014) keakuratan dalam pemberian kode diagnosa merupakan hal yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis/koder,

ketepatan data diagnosa sangat penting dibidang manajemen data klinis dan dalam hal penagihan biaya kepada pihak BPJS Kesehatan beserta hal-hal lain yang berkaitan dalam asuhan dan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian, yang menjadi faktor penyebab ketidakakuratan kode yaitu penulisan diagnosis tidak spesifik sehingga kodefikasi tidak lengkap seperti dalam penelitian (Ningtyas et al., 2019) di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, (Sukawan & Meilany, 2020) pada penyakit diabetes mellitus tipe II di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar Sulawesi Selatan, serta penelitian (Trisetyawan & Eryani, 2018) pada diagnosis dyspepsia di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu. Selain faktor tersebut, yang menyebabkan kode diagnosis tidak akurat yaitu koder mengandalkan hafalan tidak merujuk pada ICD-10 atau hanya melihat ICD-10 volume 3 saja tanpa merujuk pada volume 1, yaitu pada penelitian (Pardede, 2020) dan (Trisetyawan & Eryani, 2018).

#### **Faktor Kodefikasi Tindakan dalam Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit**

Berdasarkan 2 jurnal yang membahas faktor kodefikasi tindakan dalam prosedur klaim bpjs kesehatan di rumah sakit, penyebab ketidakakuratan pada saat pelaksanaan koding terbanyak yaitu pada penelitian menurut (Priyadi & Lestari, 2021) yaitu belum ada SOP untuk kodefikasi tindakan, kodefikasi tindakan masih ada yang dilakukan oleh perawat/dokter dan jumlah ICD-9-CM masih kurang.

Faktor Kodefikasi Tindakan dalam Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit dari 2 jurnal penelitian yaitu penelitian (Priyadi & Lestari, 2021) dan (Sukawan & Meilany, 2020) yaitu pada keakuratan kodefikasi tindakan. Hal ini dikarenakan, selain diagnosis, tindakan sangat penting dalam sistem pembiayaan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, yang akan menentukan besar biaya dalam pembayaran pelayanan kesehatan.

Hal tersebut sejalan dengan teori BPJS (2014) verifikator wajib memastikan kesesuaian prosedur pada tagihan dengan kode ICD 9 CM. Langkah-langkah kodefikasi menggunakan ICD-9-CM menurut Permenkes RI Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Group's dimulai dengan menentukan lead term lalu dicari pada volume 3 index dan di rujuk ke volume 1

tabular list. Pada penelitian (Sukawan & Meilany, 2020) koding tidak sesuai karena koder tidak melakukan koding secara lengkap.

#### **SIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat diambil kesimpulan bahwa: Prosedur Administrasi Kepesertaan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit masih terdapat rumah sakit yang belum memiliki prosedur (SOP) yang mengatur pendaftaran pasien BPJS yaitu prosedur mengenai pengumpulan berkas-berkas persyaratan pendaftaran pasien BPJS (SEP, KTP maupun rujukan poli bila kasus bukan gawat darurat), sehingga terjadi pengembalian berkas klaim. Faktor Resume Medis dalam Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit. Komponen autentikasi penulis dan audit pencatatan yang baik masih menjadi penyebab resume medis pasien dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan, seperti tidak adanya tanda tangan tenaga medis penanggung jawab pasien dan resume medis tidak lengkap. Faktor Kodefikasi Diagnosis dalam Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit. Faktor ketidakakuratan kodefikasi diagnosis yaitu penulisan diagnosis tidak spesifik sehingga kodefikasi tidak lengkap serta koder mengandalkan hafalan tidak merujuk pada ICD-10 atau hanya melihat ICD-10 volume 3 saja tanpa merujuk pada volume 1. Hal ini dapat berpengaruh pada tarif klaim BPJS, tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil tergantung hasil dari kode yang berhasil di grouping. Faktor Kodefikasi Tindakan dalam Prosedur Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit. Faktor ketidakakuratan kode tindakan sehingga terjadi pengembalian berkas yaitu belum ada SOP untuk kodefikasi tindakan, kodefikasi belum sepenuhnya dilakukan oleh koder, kurangnya jumlah ICD-9-CM dan koder tidak melakukan koding secara lengkap.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Apriyanti, D. (2016). Analisis Hubungan Kelengkapan Pengisian Resume Medis Terhadap Kesesuaian Standar Tarif INA-CBG's Instalasi Rawat Inap Teratai RSUP Fatmawati Jakarta Analysis of Correlation of Medical Record Fulfilling and INA-CBG'S costing at Teratai Inpatient

- Instalatio. *Jurnal Arsi*, 2(3), 10. <https://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2201>
- Ariyanti, F., & Gifari, M. T. (2019). Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(04), 156–166. <https://doi.org/10.33221/jikm.v8i04.415>
- Artanto EP, A. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret 2016. 2016. *Jurnal ARSI*, 4(2), 122–134. <http://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2564>
- Dzakiy, M. N., Sudalhar, & Pratama, T. W. Y. (2020). Pengaruh Kelengkapan Resume Medis Rawat Inap Terhadap Ketepatan Waktu Klaim Bpjs Di Rsud Sumberrejo. *Jurnal Hospital Science*, 4(1), 105–109. <http://e-journal.stikesmuhbojonegoro.ac.id/index.php/JHS/article/view/170>
- Habib, H., Mulyana, R. M., Albar, I. A., Sulistio, S., Muharris Mulyana, R., Albar, A., & Sulistio, S. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Resume Medis IGD RSCM oleh Verifikator BPJS Kesehatan. *Cermin Dunia Kedokteran*, 45(263), 251–254. <http://www.cdkjournal.com/index.php/CDK/article/view/198>
- Hatta, Gemala R., (2014) Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan, Jakarta, UI Press
- Indawati, dkk. (2018). Manajemen Informasi Kesehatan V Sistem Klaim dan Asuransi Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan
- Irmawati, I., Kristijono, A., Susanto, E., & Belia, Y. (2018). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 1(1), 45. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v1i1.3594>
- Irmawati, I., Marsum, M., & Monalisa, M. (2019). Analisis Dispute Kode Diagnosis Rumah Sakit Dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 98. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.235>
- Kurniawati, M., Satrijawati, T., & Hariyanto, T. (2020). Faktor Yang Mempengaruhi Pengembalian Administrasi Klaim Bpjs Kesehatan Ditinjau Dari Syarat-Syarat Kelengkapan Administrasi Klaim. *CHMK HEALTH JOURNAL*, 4(1), 1–9. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-20203177951%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038/s41562-020-0887-9%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z%0Ahttps://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193%0Ahttp://sersec.org/journals/index.php/IJAST/article/view/22>
- Lewiani, N., Lisnawaty, & Akifah. (2017). Proses Pengelolaan Klaim Pasien Bpjs Unit Rawat Inap Rumah Sakit Dr. R. Ismoyo Kota Kendari Tahun 2016. *J Kesimkesmas Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(6), 1–10. [https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&as\\_sdt=0%2C5&q=ANALISIS+FAKTOR+YANG+BERHUBUNGAN+DENGAN+K EJADIAN+DISMINOREA+PADA+REM AJA+PUTRI+DI+SMA+NEGERI+8+KEN DARI+TAHUN+2016&btnG=#d=gs\\_qabs &u=%23p%3D-PUIGJODuy4J%0A%0A](https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=ANALISIS+FAKTOR+YANG+BERHUBUNGAN+DENGAN+K EJADIAN+DISMINOREA+PADA+REM AJA+PUTRI+DI+SMA+NEGERI+8+KEN DARI+TAHUN+2016&btnG=#d=gs_qabs &u=%23p%3D-PUIGJODuy4J%0A%0A)
- Megawati, L., & Pratiwi, R. D. (2016). Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1(1), 36. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27476>
- Ningtyas, N. K., Sugiarsi, S., & Wariyanti, A. S. (2019). Analisis Ketepatan Kode Diagnosis Utama Kasus Persalinan Sebelum dan Sesudah Verifikasi pada Pasien BPJS di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(1), 1.

<https://doi.org/10.22146/jkesvo.38794>

Nurdiyanti, P., Majid, R., & Rezal, F. (2017). Studi Proses Pengklaiman Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2017. *Jimkesmas Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 2(7), 1–14.

<http://ojs.uho.ac.id/index.php/JIMKESMAS/article/download/3433/2588%0Ahttp://ojs.uho.ac.id/index.php/JIMKESMAS/article/view/3433>

Pardede, R. (2020). Kelengkapan Resume Medis Dan Keakuratan Kode Diagnosis Klaim Bpjs Rawat Inap Di RSUP Dr. M. Djamil Padang, Indonesia. *Jurnal Kesehatan Medika Sainatika*, 11(2), 300. <https://doi.org/10.30633/jkms.v11i2.787>

Priyadi, G., & Lestari, C. D. (2021). Tinjauan Keakuratan Kodefikasi Tindakan Kasus Bedah Pasien Rawat Inap Tahun 2017. *Media Informasi*, 16(1), 18–23. <https://doi.org/10.37160/bmi.v16i1.382>

Sukawan, A., & Meilany, L. (2020). Pengaruh Ketepatan Pengkodean Diagnosa dan Tindakan Medis pada Penyakit. *Jurnal Mitrasehat*, 10(1), 112–120.

Susan, F., Arso, S., & Wigati, P. (2016). Analisis Administrasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Jalan Rsud Kota Semarang Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 4(4), 32–42.

Trisetyawan, R., & Eryani, S. (2018). Hubungan Ketepatan Kode Diagnose Dyspepsia Dengan Klaim BPJS Di Rumah Sakit Rafflesia Bengkulu. *Mitra Rafflesia Journal Helath Of Science*, 10(May), 31–48. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.51712/mitrarafflesia.v10i2.10>

Widjaya, L. (2018). *Manajemen Mutu Informasi Kesehatan III Pendokumentasian Rekam Medis*. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.