

**ANALISIS PROSEDUR PENGAJUAN KLAIM BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN DI RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM PANCARAN KASIH GMIM MANADO.**

*Risky Joko Manaida\*, Adisti A. Rumayar\*, Grace D. Kandou\**

*\*Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*

**ABSTRAK**

*Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Klaim BPJS yang tidak layak untuk rawat jalan dan rawat inap di RSUD Pancaran Kasih GMIM selama 1 tahun (2015-2016) sebanyak 67 berkas rawat jalan dan 205 berkas untuk rawat inap. Penelitian ini bertujuan Untuk menganalisis prosedur pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Rawat Inap RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado menggunakan metode kualitatif dengan indepth interview yang diambil dari 4 informan. Pemeriksaan atau pengecekan keabsahan data menggunakan triangulasi sumber dan triangulasi metode. Hasil penelitian diperoleh untuk rekapitulasi pelayanan masih terdapat hal-hal yang perlu diperbaiki antara lain banyak perawat dan juga DPJP yang masih sering salah dalam mengisi tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar, berkas yang tidak terisi diagnosa penyakit dan perlu konfirmasi lagi dengan dokter yang menangani pasien tersebut selain itu untuk berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya masih ada hal-hal yang perlu diperbaiki oleh pihak rumah sakit mulai dari diagnosa dari dokter yang tidak tepat, perbedaan koding antara rumah sakit dan koding BPJS dan hasil pemeriksaan penunjang yang tidak ada berkasnya. Kesimpulan yang di dapat adalah Prosedur pengajuan klaim untuk poin rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya masih ada hal-hal yang masi perlu di perbaiki lagi oleh pihak rumah sakit. Saran bagi RSUD Pancaran Kasih untuk memperkuat kerja sama dengan dokter dan perawat agar tidak terjadi kesalahan penulisan data pasien dan untuk BPJS agar lebih memperbanyak pelatihan mengenai pengajuan klaim BPJS kesehatan dengan pihak RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado.*

**Kata Kunci:** *Klaim BPJS, Rawat Inap, Rumah Sakit, BPJS Kesehatan,*

**ABSTRACT**

*Claim BPJS is the Submission of patient care costs BPJS participants by the hospital to the BPJS Health, Done collectively and billed to the BPJS Health every month. Inadequate BPJS for outpatient and inpatient in GMIM Pancaran Kasih General Hospital for 1 year (2015-2016) of outpatient and 205 files for hospitalization. This research aims to analyse the procedure of claim submission Social Security Administering Agency (BPJS) Health in Patient Hospital Pancaran Kasih General Hospital GMIM Manado, using qualitative method with indepth interview taken from 4 informants. Examination or checking of data validity using source triangulation and method triangulation. The result obtained for the recapitulation of services there are still that need to be improved among others, many nurses and DPJP are still often wrong in filling the date of admission and the date of exit, files that are not filled with disease diagnoses and need to be confirm again with the doctor who handles the patient in addition to the patient support files and evidencet of other services there are still that need to be repaired by the hospital, ranging from diagnoses from inappropriate doctors, coding differences between hospitals and BPJS coding and results of investigations that have no file. The conclusion that can be obtained are the claiming procedure of service recapitulations points and patient support files and other proof of service there still that need to be fixed by the hospital. Suggestion for Pancaran Kasih General Hospital is to strengthen cooperation with doctors and nurses to avoid errors in writing patient data and for BPJS to further increase training on BPJS Health claim submission with Pancaran Kasih General Hospital GMIM Manado.*

**Keywords:** *Claim BPJS, Inpatient Care, BPJS Health*

## PENDAHULUAN

Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamankan seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan sosial yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial yang kepesertaannya bersifat wajib dan implementasinya dimulai sejak 1 Januari 2014. Beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan sebelumnya telah dilaksanakan oleh pemerintah Indonesia diantaranya melalui PT Askese (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani pegawai negeri sipil (PNS), penerima pensiun, veteran dan pegawai swasta, selain itu pemerintah juga memberikan jaminan kesehatan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) untuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Namun bentuk jaminan tersebut dinilai masih terfragmentasi sehingga mengakibatkan sulit terkendalinya biaya kesehatan dan mutu pelayanan (Permenkes No. 28 Tahun 2014).

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (Ardhitya, 2015). Fasilitas Kesehatan

Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dalam hal ini rumah sakit, berkewajiban untuk melengkapi dokumen klaim BPJS sebelum diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan untuk mendapatkan penggantian biaya perawatan sesuai dengan tarif Indonesia *Case Base Groups (INA-CBG's)* (Susan, 2016).

Kelengkapan dokumen klaim BPJS yang diajukan oleh rumah sakit kepada pihak BPJS meliputi ; 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 (BPJS, 2014). Penelitian dari Malonda (2015) tentang Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano, menunjukkan bahwa masih terdapat beberapa masalah dalam koordinasi dan kerja tim serta keterlambatan penyerahan dan tidak lengkapnya dokumen serta belum adanya *billing system* menyebabkan terhambatnya pembayaran klaim BPJS Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. Ada juga penelitian dari Kalebos (2016)

Kajian Tentang Proses Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Maria Walanda Maramis memperoleh hasil bahwa rekapitulasi pelayanan, berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya sudah mulai berjalan dengan baik, akan tetapi masih banyak masalah yang ditemui dalam pencatatan dan kelengkapan dokumen klaim, pengawasan yang tidak menyeluruh, dan berkas klaim yang tidak lengkap sehingga klaim JKN ditolak oleh BPJS Kesehatan.

Verifikator BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi berkas lewat klaim BPJS yang diajukan oleh fasilitas kesehatan yang tujuannya untuk menguji kebenaran pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien BPJS Kesehatan guna untuk menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Jika ditemukan adanya klaim yang tidak layak atau pending, maka pihak BPJS tidak akan melakukan pembayaran untuk klaim tersebut (Nurdiah, 2016). Penelitian dari Tyas (2015) tentang Tinjauan Penyebab Adanya Ketidak Lengkapan Syarat Klaim BPJS di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang memperoleh hasil bahwa di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama masih terdapat pengembalian dokumen rekam medis dari bagian Pengendalian BPJS ke

bagian Unit Rawat Inap karena kurang lengkapnya syarat untuk melakukan pengklaiman pasien BPJS dan kurang lengkapnya pengisian dokumen rekam medis. Ada juga penelitian dari Nurdiah (2016) tentang Analisis Penyebab *Unclaimed* Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya, ditemukan bahwa penyebab *unclaimed* berkas BPJS rawat inap di rumah sakit antara lain disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan kedisiplinan petugas, ruangan pengolahan klaim yang sempit, SOP terkait klaim belum tersedia, monitoring berkas klaim belum terlaksana dan ketidak lengkapan hasil penunjang.

Rumah Sakit Umum (RSU) Pancaran Kasih GMIM Manado merupakan fasilitas kesehatan dengan jenjang rujukan tingkat lanjutan yang melayani pelayanan rawat jalan, rawat inap dan pelayanan gawat darurat dengan klasifikasi rumah sakit kelas C dan sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. RSU Pancaran Kasih GMIM diwajibkan memberikan pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh BPJS Kesehatan secara paripurna baik ketersediaan tenaga medis terutama tenaga spesialisik di dukung oleh fasilitas penunjang medis dan kefarmasian. Sejak adanya program BPJS Kesehatan, kunjungan pasien BPJS di RSU Gmim Pancaran Kasih

mengalami peningkatan untuk rawat jalan 38.105 pasien dan rawat inap 6.250 pasien pada tahun 2015 menjadi 53.350 pasien rawat jalan dan 6.678 pasien rawat inap pada tahun 2016.

Klaim BPJS yang tidak layak untuk rawat jalan dan rawat inap di RSUD Pancaran Kasih GMIM selama 1 tahun (2015-2016) sebanyak 67 berkas rawat jalan dan 205 berkas untuk rawat inap. Klaim BPJS yang tidak layak disebabkan oleh ketidak lengkapan dokumen berkas klaim BPJS dari pihak RSUD Pancaran Kasih GMIM saat diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan Kota Manado. Selain itu juga didapatkan data tentang kecurangan (*Fraud*) dalam penyelenggaraan program JKN di RSUD Pancaran Kasih GMIM pada bulan Februari tahun 2017, sebanyak 63 kasus *service unbundling or fragmentation* (untuk pemecahan episode pelayanan), 11 kasus *cancelled services* (membatalkan tindakan yang wajib dilakukan) dan 2 kasus *standard of care* (penyimpangan terhadap standar pelayanan), yang merupakan salah satu faktor penyebab klaim BPJS yang tidak layak atau tidak di bayar oleh BPJS Kesehatan kepada pihak RSUD Pancaran Kasih GMIM. Oleh sebab itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan

Sosial (BPJS) Kesehatan di Rawat Inap RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado pada bulan Juni 2017. informan ialah 4 (orang) orang yang terlibat langsung dalam pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rawat Inap RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado yaitu Kepala RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado, Kepala Bagian Keuangan, Verifikator BPJS Kesehatan RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado dan Petugas Koder/Petugas Entry.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri dan dibantu dengan pedoman wawancara, alat perekam suara (*voice recorder*), dan alat tulis-menulis. Validitas hasil penelitian dengan triangulasi.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **1. Rekapitulasi Pelayanan**

Rekapitulasi pelayanan adalah data-data yang berhubungan dengan pasien yang diperlukan dalam *software INA-CBGs* yaitu nama, nomor identitas, diagnosa penyakit, tanggal masuk dan tanggal keluar perawatan, jumlah hari rawat, besarnya tarif paket dan jumlah tagihan paket (Depkes, 2013). Pengajuan klaim BPJS kesehatan di RSUD Pancaran Kasih

GMIM Manado terdapat kendala didalam teknis pelaksanaanya, pengajuan klaim di RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado menjadi tanggung jawab dari bagian keuangan dengan bekerjasama dengan BPJS kesehatan yang ada di RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado, selama ini bagian keuangan memiliki tanggung jawab penuh dalam pelaksanaan pengajuan klaim sama seperti penelitian dari Kalebos (2016) di RSUD Maria Walanda Maramis dimana suda ada tim pengelola JKN rumah sakit yang membantu untuk mengoptimalkan proses pengajuan JKN ke BPJS kesehatan KLOK Minahasa Utara. Bagian keuangan RSUD Pancaran Kasih memiliki peran penting didalam kelengkapan berkas rekapitulasi pelayanan yang nantinya akan di input pada *software INA-CBGs* dan akan diverifikasi oelh pihak BPJS kesehatan.

Kelengkapan dokumen klaim BPJS kesehatan pada poin rekapitulasi pelayanan sudah berjalan dengan dengan baik hal ini bisa dilihat dari kelengkapan berkas rekapitulasi pelayanan dari ruangan rawat inap yang dimasukan diloket keuangan sudah lengkap, perawat jaga dan dokter sudah melengkapi berkas rekapitulasi pelayanan sebelum dimasuk diloket keuangan. Berkas rekapitulasi pelayanan harus terisi dengan benar karena nantinya berkas ini akan di input di

*software INA-CBGs* untuk tahapan pengklaiman pasien BPJS kesehatan yang ada dirumah sakit agar rumah sakit juga mendapat biaya perawatan untuk pasien BPJS tersebut.

Kelengkapan berkas klaim BPJS kesehatan pada poin rekapitulasi pelayanan di RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado memang sudah lengkap namun untuk pencatatannya sendiri ditemui masi ada beberapa masalah mulai dari kesalahan penulisan tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan oleh perawat jaga dan DPJP yang nantinya bisa berpengaruh pada penolakan berkas klaim oleh pihak BPJS kesehatan. Ditemukan juga beberapa berkas klaim yang dikembalikan karena tidak ada diagnosa penyakit, walaupun prosedurnya cepat, berkasnya lengkap namun pencatatan berkas oleh petugas yang ada masi banyak kekurangan.

Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berjalan (Depkes, 2013) dan Untuk lengkap berkas klaim yang akan di masukan oleh RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado kepada BPJS paling lambat tanggal 10 bulan berjalan dan selama ini untuk RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado tanggal 5 bulan berjalan berkas klaim sudah dimasukan kepada pihak BPJS dan sesuai dengan .

Pelaksanaan monitoring dilaksanakan oleh direktur RSU Pancaran Kasih GMIM Manado dan untuk pelaksanaanya dilakukan oleh bagian keuangan. Bagian keuangan yang melaksanakan monitoring didalam pelaksanaan klaim BPJS kesehatan mulai dari kelengkapan berkas sampai pada verifikasi berkas klaim. Di RSU Pancaran Kasih GMIM Manado sudah ada bentuk verifikator BPJS kesehatan baik itu internal dan eksternal, untuk verifikator internal itu sendiri adalah bagian keuangan mereka bertanggung jawaban melaksanakan verifikasi berkas klaim yang ada sebelum dimasukan kepada verifikator eksternal yaitu BPJS kesehatan, walaupun ada berkas klaim yang dinyatakan tidak layak oleh verifikator eksternal maka akan dikembalikan kepada verifikator internal rumah sakit untuk direvisi kembali dan dimasukan lagi

Faktor yang menjadi kendala dalam pelaksanaan prosedur klaim BPJS kesehatan pada poin rekapitulasi pelayanan dimana masih banyak perawat dan juga DPJP yang masih sering salah dalam mengisi tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar, hal ini terlihat tidak terlalu penting padahal dalam kenyataanya verifikator BPJS sangat teliti didalam melakukan verifikasi berkas klaim akibatnya berkas klaim sering dikembalikan dan

diperbaiki akibat kesalahan pengisian tanggal. Selain itu ada juga beberapa berkas yang tidak terisi diagnosa penyakit dan perlu konfirmasi lagi dengan dokter yang menangani pasien tersebut.

## 2. Berkas Pendukung Pasien dan Bukti Pelayanan Lainnya

Berkas pendukung pasien terdiri dari ; Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Surat perintah rawat inap, resume medis dan bukti pelayanan lainnya berupa laporan operasi, protokol terapi dan *regimen* (jadwal pemberian obat), perincian tagihan rumah sakit (*automatic billing*) (Depkes RI, 2013). Prosedur pengajuan klaim BPJS kesehatan pada poin rekapitulasi pelayanan sudah berjalan dengan baik, akan tetapi masi banyak hal-hal yang masi diperbaiki oleh pihak rumah sakit, untuk SEP yaitu surat keabsahan peserta BPJS kesehatan langsung dibuat saat pasien masuk di rumah sakit dan jika pasien dari rawat jalan akan di rawat inap SEP langsung diubah setelah pasien dirawat 6-12 jam.

Proses administrasi klaim dimulai dari loket pendaftaran sebagai tahap awal yang paling krusial dalam menentukan kelengkapan dokumen persyaratan pasien JKN. Hal yang sering diabaikan adalah bahwa memastikan kelengkapan dokumen klaim bukan hanya kewajiban dari petugas loket

pendaftaran saja, namun seluruh petugas yang terlibat dalam administrasi klaim termasuk petugas administrasi ruang poliklinik, petugas kasir, petugas *coding* juga wajib berperan dalam menjaga kelengkapan dokumen klaim. Selain itu, karena proses administrasi klaim melibatkan petugas dari berbagai bagian di dalam rumah sakit dan dokumen harus diserahkan dari petugas satu ke petugas lain maka seharusnya petugas yang menerima dokumen klaim dari petugas sebelumnya perlu menghitung, mencatat dan melakukan pengecekan ulang kelengkapan dokumen klaim sehingga dapat dilakukan pelacakan apabila terdapat dokumen klaim yang hilang (Susan, 2016).

Pencatatan dan kelengkapan dokumen klaim BPJS kesehatan pada poin berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya belum berjalan dengan baik, khususnya untuk pencatatan *resume* medis yang masih banyak kekurangan, masih banyak dokter dan perawat jaga yang kadang tidak melengkapi *resume* medis sehingga banyak *resume* medis yang dikembalikan oleh BPJS untuk dikonfirmasi lagi kepada dokter dan perawat jaga, sama seperti penelitian dari Putra (2016) di RS PKU Muhammadiyah Gamping, dimana Tingkatan permasalahan klaim di RS PKU Muhammadiyah Gamping

tertinggi didapatkan pada aspek dokter penanggung jawab pasien tidak lengkap dalam hal mengisi rekam medis.

Ketika ada berkas klaim yang dikembalikan maka verifikasi internal rumah sakit langsung mengkonfirmasi kembali kepada perawat dan dokter jaga yang ada. Pelaksanaan prosedur klaim sudah berjalan dengan dengan cepat namun untuk proses pencatatannya sendiri masih banyak kekurangan.

Untuk proses monitoring dalam prosedur klaim BPJS kesehatan pada poin berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya tidak jauh berbeda dengan rekapitulasi pelayanan karena untuk monitoringnya dilakukan secara bersamaan oleh verifikasi internal rumah yaitu bagian keuangan dan diawasi langsung oleh direksi rumah sakit. Untuk kelengkapan dan pelaksanaan prosedur klaim itu sendiri dimonitoring oleh verifikasi internal rumah sakit, ketika pasien rawat inap pulang maka perawat jaga dan dokter yang ada di ruangan akan melengkapi berkas klaim dan akan dimasukkan di loket keuangan untuk di proses dalam pembuatan jaminan untuk biaya perawatan selama pasien di rawat di rumah sakit, walaupun ada kelengkapan berkas klaim yang tidak lengkap maka verifikasi akan mengkonfirmasi lagi ke ruangan untuk memberikan arsip yang

ada diruangan tentang data pasien rawat inap tersebut.

Faktor yang Menjadi Kendala dalam Pelaksanaan Prosedur Klaim BPJS Kesehatan pada Poin Berkas Pendukung Pasien dan Bukti Pelayanan Lainnya yaitu pada diagnosa penyakit, dari hasil verifikasi BPJS banyak pasien yang seharusnya dirawat jalan kemudian dirawat inap kan hal ini disebabkan karena diagosa dari dokter yang tidak tepat sehingga berkas klaim rawat inap menjadi rawat jalan setelah diverifikasi oleh BPJS dan ini juga akan berdampak pada besarnya biaya perawatan selama pasien itu di rawat di rumah sakit karena ada perbedaan antara biaya perawatan pasien rawat inap dan rawat jalan.

Selain itu perbedaan koding antara rumah sakit dan koding BPJS juga sering menjadi kendala selama ini, ketika berkas yang sudah di *entry* di *software INA-CBGs* dengan koding penyakit yang ada kemudian di verifikasi oleh BPJS, sering terjadi perubahan koding penyakit dan dari pihak rumah sakit ketika terjadi hal seperti ini mengikuti saja koding dari BPJS agar tidak terjadi *upcoding* dan juga sudah ada komitmen untuk bekerja sama dengan BPJS dalam hal koding penyakit. Untuk panduan koding penyakit mengikuti ICD 9 untuk tindakan dan ICD 10 untuk penyakit dan ini sudah ada baik di rumah sakit

maupun di BPJS kesehatan itu sendiri. Bukti pelayanan lainnya juga sering tidak ada seperti hasil pemeriksaan yang tidak ada berkasnya padahal dikatakan ada pemeriksaan penunjang hal ini yang sering menjadi pertimbangan oleh verifikator BPJS saat melakukan verifikasi berkas yang klaim sehingga bisa di katakan tidak layak dan dikembalikan lagi untuk direvisi kembali.

## **KESIMPULAN**

1. Pelaksanaan prosedur pengajuan klaim BPJS kesehatan pada poin rekapitulasi pelayanan di RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado, masih ada hal-hal yang perlu diperbaiki antara lain banyak perawat dan juga DPJP yang masih sering salah dalam mengisi tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar, berkas yang tidak terisi diagnosa penyakit dan perlu konfirmasi lagi dengan dokter yang menangani pasien tersebut.
2. Pelaksanaan prosedur pengajuan klaim BPJS kesehatan pada poin berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lainnya di RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado, masih ada hal-hal yang perlu diperbaiki oleh pihak rumah sakit mulai dari diagosa dari dokter yang tidak tepat, perbedaan koding antara rumah sakit



dan koding BPJS dan hasil pemeriksaan penunjang yang tidak ada berkasnya.

## **SARAN**

1. Bagi verifikator internal RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado untuk memperkuat kerjasama dengan perawat dan dokter yang ada di rumah sakit dalam hal kelengkapan berkas klaim BPJS kesehatan.
2. Bagi verifikator eksternal RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado agar dapat memperbanyak melakukan pelatihan mengenai pengajuan klaim BPJS kesehatan dengan pihak RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado.
3. Bagi perawat dan dokter di RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado agar lebih teliti dalam penulisan data pasien di dalam berkas rekapitulasi pelayanan, di *resume* medis pasien dan penetapan diagnosa penyakit oleh dokter agar supaya tidak menyulitkan verifikator internal rumah sakit dalam mengklaim biaya perawatan pasien BPJS.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Anonimous, 2004. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Anonimous, 2011. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Anonimous, 2013. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Anonimous, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Anonimous, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesia Case Base Groups (INA-CBG's)*

Anonimous, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Anonimous, 2015. Jumlah Klaim Peserta BPJS Kesehatan RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado tahun 2015.

Anonimous, 2016. Jumlah Klaim Peserta BPJS Kesehatan RSUD Pancaran Kasih GMIM Manado tahun 2016.

Anonimous, 2014. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

- Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan..
- Ardhitya, T. 2015. Faktor-Faktor Yang Melatar Belakangi 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](http://eprints.dinus.ac.id/17385/1/jurnal_15985.pdf)) di akses pada 27 Maret 2017.
- BPJS Kesehatan. 2014. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. Direktorat Pelayanan: Jakarta.
- Depkes RI. 2013. Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan. Departemen Kesehatan RI: Jakarta.
- Ernawati, D, & Mahawati, E. 2015. Peran Tenaga Medis dan Koder dalam Mewujudkan Kelengkapan Data dan Akurasi Klaim *INACBG's* (Studi Kasus *Section Cesaria* Pasien Jamkesmas di RSUD Kota Semarang). (online). ([http://eprints.dinus.ac.id/17855/1/Prosiding\\_FIKI\\_2015.81-87.pdf](http://eprints.dinus.ac.id/17855/1/Prosiding_FIKI_2015.81-87.pdf)) di akses pada 7 April 2017.
- Feriawati, P. 2015. Faktor-Faktor Keterlambatan Pengklaiman BPJS di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang. (online). ([http://eprints.dinus.ac.id/17499/1/jurnal\\_16477.pdf](http://eprints.dinus.ac.id/17499/1/jurnal_16477.pdf)) di akses 7 April 2017.
- Kalebos, C. M. A. 2016. Kajian Tentang Proses Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Maria Walanda Maramis. (online). (<http://medkesfkm.unsrat.ac.id/wp-content/uploads/2016/08/Christina-M.-A.-Kalebos.pdf>) di akses 31 Maret 2017.
- Malonda, T. D. 2015. Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. *JIKMU*, (online), Volume 5, Nomor 2b, April 2015. (<http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jikmu/article/viewFile/7852/7909>) di akses 27 Maret 2017.
- Martha, E, & Kresno, S. 2016. *Metodologi Penelitian Kualitatif Untuk Bidang Kesehatan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Moleong, 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya
- Nurdiah, R. S. 2016. Analisa Penyebab *Unclaimed* Berkas BPJS Rawat Inap di RSUD DR. Soekardjo Tasikmalaya. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan*, (online), Volume 4, Nomor 2, Oktober 2016: 23-24, (<http://jmiki.apfirmik.or.id/index.p>

- hp/jmiki/article/download/124/89)  
di akses pada 27 Maret 2017.
- Putra, D. A. A. 2016. Model Verifikasi Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping. *Prosiding Interdisciplinary Postgraduate Student Conference*. (Online), (ISBN : 978-602-19568-4-7), (<http://pascasarjana.umy.ac.id/wp-content/uploads/2017/03/4-MMR-Dino-Avinsa-MODEL-VERIFIKASI-KLAIM-BPJS.pdf>) di akses 21 Mei 2017
- Sugiyono. 2016. *Metodologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Susan, F. O. 2016. Analisis Administrasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Jalan RSUD Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, (online), Volume 4, Nomor 4, Oktober 2016 (ISSN: 2356-3346), (<http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm/article/download/13898/13447>) di akses 31 Maret 2017.
- Tyas, A. C. 2015. Tinjauan Penyebab Adanya Ketidak Lengkapan Syarat Klaim BPJS di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang. (online). ([http://eprints.dinus.ac.id/17434/1/jurnal\\_16225.pdf](http://eprints.dinus.ac.id/17434/1/jurnal_16225.pdf)) di akses 7 April 2017.