

DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf12nk313>

Kelengkapan Berkas BPJS dalam Upaya Percepatan Terhadap Pengklaiman BPJS Rawat Jalan di Rumah Sakit Pelabuhan Cirebon

Dina Rismawati

Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Piksi Ganesha; ilinaris0828@gmail.com

Irda Sari

Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Piksi Ganesha; irdasari13@gmail.com (koresponden)

ABSTRACT

The national health insurance guarantees the costs of participants who have undergone treatment at health care facilities with the INA-Cbgs application, making it easier for service providers to make billing claims by first going through verification. From the results of research conducted by researchers in April 2021, data on the number of BPJS patient claims were 3859 claims with the number of claims that had to be corrected as many as 11 claims and the number of claims received as many as 3848. This type of research is a qualitative descriptive study, the population or the main informant in this study consisted of 1 BPJS claims administration officer, 1 verification officer and BPJS claim files returned from January to April 2021. The data collection technique used in this study was observation of claim files and interviews with claims administration officers and verification officers. From the results of observations found 14 cases of incorrect codes, 9 cases confirmed more than 8 times and other cases such as SEP, SWAB results, DHF were not specific, double claims and cases that had not been pre-eclampsia each as many as 1 case, interview results PERMENKES policy program and director's decree on BPJS, there is no flow and SOP, lack of coding staff.

Keywords: claim; BPJS; outpatient

ABSTRAK

Jaminan kesehatan nasional menjamin biaya peserta yang sudah menjalani pengobatan di sarana pelayanan kesehatan dengan aplikasi INA-Cbgs memudahkan pemberi pelayanan dalam membuat klaim tagihan dengan terlebih dahulu melalui verifikasi. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti pada bulan April 2021 didapatkan data jumlah klaim pasien BPJS sebanyak 3859 klaim dengan jumlah klaim yang harus diperbaiki sebanyak 11 klaim dan jumlah klaim yang diterima sebanyak 3848. Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif, Populasi atau informan utama dalam penelitian ini sebanyak 1 orang petugas administrasi klaim BPJS, 1 orang petugas verifikasi serta berkas klaim BPJS yang dikembalikan dari bulan Januari sampai dengan April tahun 2021. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini observasi berkas klaim dan wawancara kepada petugas administrasi klaim dan petugas verifikasi. Dari hasil observasi ditemukan 14 kasus salah kode, konfirmasi lebih dari 8 kali sebanyak 9 kasus dan kasus-kasus lainnya seperti SEP, hasil SWAB, DHF tidak ada spesifik, double klaim dan kasus yang belum pre eklamsi masing-masing sebanyak 1 kasus, hasil wawancara acara kebijakan PERMENKES dan SK direktur tentang BPJS, belum ada alur dan SOP, kurangnya tenaga koding.

Kata kunci: klaim; BPJS; rawat jalan

PENDAHULUAN

Jaminan kesehatan nasional menjamin biaya peserta yang sudah menjalani pengobatan disarana pelayanan kesehatan dengan aplikasi INA-Cbgs memudahkan pemberi pelayanan dalam membuat klaim tagihan dengan terlebih dahulu melalui verifikasi. Pada bulan April 2021 data klaim yang diterima oleh bagian klaim rumah sakit Pelabuhan sebanyak 3859 klaim dengan perincian 3848 klaim layak bayar dan 11 klaim di kembalikan hal ini dapat menyebabkan gagal bayar yang akibatnya rumah sakit mengalami kerugian, maka perlu diadakan penelitian apa penyebab klaim dikembalikan, dan apa yang harus perbaiki sehingga kedepan dapat mengurangi klaim yang dikembalikan.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.⁽¹⁾ Badan Penyelenggara SJSN adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).⁽²⁾

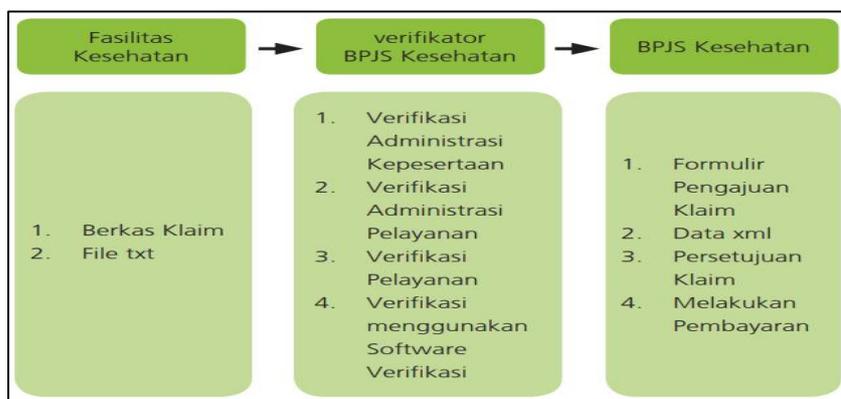
Pada aspek pelayanan, pada Tahun 2010 diperkenalkan paket INA-DRGs versi 1.6 yang lebih sederhana, lebih terintegrasi serta mudah dipahami dan diaplikasikan, namun demikian pada akhir tahun 2010 dilakukan perubahan penggunaan software grouper dari INA-DRG's ke INA-CBGs. Seiring dengan penambahan kepesertaan maka perlu perluasan jaringan fasilitas kesehatan rujukan dengan meningkatkan jumlah Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota dan fasilitas kesehatan rujukan setempat.

Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBGs sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBG Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.⁽³⁾

Verifikasi Klaim Berbasis INA CBGs

Berkas klaim Rawat Jalan yang akan diverifikasi meliputi: Surat Eligibilitas Peserta (SEP); Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).

Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG diperlukan tambahan bukti pendukung; Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus; Resep alat kesehatan; Tanda terima alat bantu Kesehatan (kacamata, alat bantu mendengar, alat bantu gerak dll).



Gambar 1. Alur verifikasi

Tahap verifikasi administrasi klaim yaitu:

Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang di input dalam aplikasi INA CBGs

Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah: Mencocok kan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan sebagaimana tersebut diatas pada Verifikasi Administrasi Berkas klaim Rawat Jalan (diuraikan termasuk menjelaskan tentang kelengkapan dan keabsahan berkas) , Apabila terjadi ketidak sesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis. Perlu dilakukan konfirmasi lebih lanjut.

Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang harus menjadi perhatian adalah: Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau *softcopy*-nya). ketentuan coding mengikuti panduan coding yang terdapat dalam Juknis INA CBG. Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama. Apabila pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan pada hari yang sama maka tidak dihitung sebagai episode baru. Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari (*One Day Care/Surgery*) termasuk rawat jalan.

Episode rawat Inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan >6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inap dan ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan kurang dari 6 jam, dan secara administrasi telah menjadi pasien rawat inap. Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya.

Pada kasus special CMGs, bukti pendukung adalah: Special Drugs: *product batch* (asli) dilampirkan dalam berkas klaim; Special Procedure : laporan asli (lihat); Special Prosthesis : *Product batch* (asli) dilampirkan dalam berkas klaim; Special Investigation: expertise pemeriksaan (lihat); Special Chronic & Sub-acute : instrumen WHO DAS (lihat); Apabila bayi lahir sehat maka tidak memiliki kode diagnosis penyakit (P), hanya perlu kode bahwa ia lahir hidup di lokasi persalinan, tunggal atau multiple (Z38.-).

Untuk kasus pasien yang datang untuk control ulang dengan diagnosis yang sama seperti kunjungan sebelumnya dan terapi (rehab medik, kemoterapi, radioterapi) di rawat jalan dapat menggunakan. kode "Z" sebagai diagnosis utama dan kondisi penyakitnya sebagai diagnosis sekunder. diagnose Z (kontrol). Apabila ada dua kondisi atau kondisi utama dan sekunder yang berkaitan dapat digambarkan dengan satu kode dalam ICD 10, maka harus menggunakan satu kode tersebut Contoh: Kondisi utama: Renal failure; Kondisi lain: Hypertensive renal disease Diberi kode hypertensive renal disease with renal failure (I12.0). Beberapa diagnosis yang seharusnya dikode jadi satu, tetapi dikode terpisah Contoh: Diagnosis Utama: Hypertensi (I10); Diagnosis Sekunder: Renal disease (N28.9) ; Seharusnya dikode jadi satu yaitu Hypertensive Renal Disease (I12.9).

Koding

Koding menurut WHO (Depkes RI, 2006) adalah penetapan sandi atau penentuan penggunaan nomor, huruf atau kombinasi huruf angka untuk mewakili komponen data terkait. Koding diagnosis dan tindakan harus dilaksanakan sesuai aturan system koding ICD-10 (*International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem Tenth Revision*) dan ICD-9-CM (*Internasional Classification of Procedure in Medicine*) agar akurat

dan tepat waktu. Dalam penggunaan ICD-10 dan ICD-9-CM perlu memahami bagaimana cara pencarian dan pemilihan nomor kode yang diperlukan. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan rumah sakit, puskesmas maupun balai pengobatan harus membuat kebijakan dan prosedur pengkodean sesuai dengan tenaga dan fasilitas yang dimilikinya, sebagai pedoman dalam pelaksanaan pengkodean agar tetap konsisten.⁽⁴⁾

Kualitas Pengkodean

Koding lengkap dan akurat telah menjadi inti bagi kelangsungan hidup keuangan organisasi penyedia layanan kesehatan. Tanggung jawab pertama coder profesional adalah untuk memastikan keakuratan data yang dikodekan. Penilaian terhadap kualitas proses pengkodean sebagai upaya peningkatan kinerja untuk proses koding. Kebijakan dan prosedur koding harus mencakup hal-hal berikut : Arahan untuk meninjau catatan; Petunjuk tentang cara untuk mengatasi dokumen tidak lengkap; Petunjuk untuk berkomunikasi dengan dokter dan mengembangkan; permintaan dokter dan instruksi untuk klarifikasi dan merekam catatan kesehatan; Petunjuk tentang tindakan yang akan diambil; Penggunaan kode tidak diperlukan untuk penggantian (kode opsional); Penggunaan bahan referensi dan buku dan instruksi pembaharuan; Entry tanggal komputerisasi atau proses lainnya harus ditetapkan sehingga coder tahu apa yang diharapkan dan organisasi kesehatan dapat memastikan kepatuhan dengan persyaratan pemerintah.⁽⁵⁾

METODE

Jenis penelitian ini merupakan Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif yang bertujuan untuk menggali secara mendalam mengenai Analisa Kelengkapan Berkas BPJS Dalam Upaya Percepatan Terhadap Pengklaiman BPJS Rawat Jalan Di Rumah Sakit Pelabuhan Cirebon.

Data kualitatif didukung dari data hasil observasi dan wawancara. teknik sampling yang diambil dalam penelitian ini menggunakan *sampling total*.⁽⁶⁾ Dalam penelitian ini penulis mengambil total sampel Populasi/informan sebanyak 1 orang petugas administrasi klaim BPJS, 1 orang petugas verifikasi serta berkas klaim BPJS, berkas klaim BPJS yang dikembalikan selama semester I tahun 2021 sebanyak 28 berkas klaim yang dikembalikan pada bagian administrasi klaim dan verifikasi yang dilaksanakan pada bulan Mei s.d Juni 2021. Tujuan wawancara dalam penelitian ini adalah untuk memperoleh informasi yang dapat dipercaya atau memperoleh pendapat yang didasarkan informasi yang obyektif. Berdasarkan metode pengumpulan data dalam penelitian ini, maka instrument yang dipakai terdiri dari : Kuesioner terbuka yang digunakan untuk wawancara mendalam terhadap informan utama dan informan triangulasi, Handphone yang berfungsi untuk merekam pembicaraan peneliti dan subjek penelitian/ informan.

HASIL

Observasi

Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh peneliti dengan tehnik observasi terhadap dokumen klaim BPJS yang dikembalikan dengan permasalahan klaim yang dikembalikan dapat dilihat dalam table dibawah ini :

Tabel 1. Berkas Klaim BPJS yang di kembalikan Bulan Januari s/d April 2021

No	Bulan	Jumlah klaim	Alasan						
			Salah kode	SEP	Konfirmasi lebih dari 8x	Hasil swab	DHF tidak ada tes spesifik	Belum pre eklamsi belum bisa di kode	Double klaim Covid
1	Januari	3	2	1					
2	Februari	9			9				
3	Maret	9	7			1	1		
4	April	7	5					1	1

Dari jumlah klaim yang dikembalikan dari bulan Januari sampai dengan April 2021 sebanyak 28 berkas, 14 berkas dikembalikan karena salah kode, 1 berkas karena tidak ada surat eligibility peserta (SEP), 9 berkas dikembalikan karena terinput atau terkonfirmasi sebanyak delapan kali dengan berkas atau pasien yang berbeda, sebanyak 1 berkas dikembalikan karena tidak ada hasil SWAB, sebanyak 1 berkas dikembalikan kasus pre eklamsi belum bisa dikode dan 1 berkas lagi karena double klaim untuk pasien kasus Covid.

Berdasarkan uraian diatas kasus terbanyak klaim yang dikembalikan yaitu yang pertama kasus salah kode dengan jumlah 14 berkas dan yang kedua adalah kasus konfirmasi lebih dari 8 kali sebanyak 9 kasus, dan kasus lainnya sebanyak 1 kasus.

Wawancara

Hasil wawancara dengan petugas mengenai apakah ada kebijakan tentang BPJS:

Apakah rumah sakit mempunyai kebijakan (UU/ PERPU /Keputusan Presiden /PP/ PERMKESN/ KEPMENKES) tentang Pengklaiman BPJS Rawat Jalan?

Jawaban dari petugas "kebijakan sudah ada yaitu kebijakan dari PERMENKES dan kebijakan dari direktur rumah sakit".

Selanjutnya untuk pertanyaan tentang alur pengklaiman BPJS, adakah alur Pengklaiman BPJS Rawat Jalan dirumah sakit pelabuhan?

Jawaban responden "Tidak adanya SOP alur pengklaiman BPJS"

Kenapa dan apa alasannya?

Jawaban responden “Masih mengikuti Alur Pendaftaran Pasientagihan tetapi kita mengikuti alur menurut BPJS pemerintahnya, Pasien mendaftar di Tempat Pendaftaran Pasien dibuatkan nomor Surat Eligibilitas Peserta, di bagian Tempat Pendaftaran Pasien petugas mengecek keabsahan, mengecek kartu kepesertaan BPJS aktif atau tidak, kemudian pasien dilayani, dibuatkan tagihan Rumah Sakit, kemudian diserahkan ke bagian coding di rekam medis untuk dicoding dan digrouping di aplikasi INA-CBGs. Setelah dicoding, diserahkan kepada petugas verifikasi untuk dicek layak atau tidak. Jumlah tagihan yang tertera di Surat Eligibilitas Peserta harus sesuai dengan .txt yang diinputkan keaplikasi INA-CBGs. Setelah selesai di verifikasi, dibuatkan laporan tagihan diserahkan ke bagian keuangan, di tanda tangan oleh direktur Rumah Sakit, kemudian ditagihkan oleh bagian keuangan ke BPJS dalam bentuk .fpk via transfer.”

Adakah prosedur Pengklaiman BPJS Rawat Jalan?

Jawaban responden “Ada menurut Prosedur verifikasi” Bagaimana prosedurnya? “Petugas coding menerima beberapa persyaratan klaim dari petugas Tempat pendaftaran pasien yaitu berupa Surat Eligibilitas Peserta, fotocopy kartu BPJS, surat rujukan, Surat keterangan dokter, hasil lab, serta kwitansi dengan buku ekspedisi. Kemudian petugas coding mengecek ulang persyaratan diatas untuk keperluan coding, setelah dicoding dilakukan pengecekan kevalidan di aplikasi grouper INA-CBGs oleh verifikasi BPJS, setelah semua di cek kemudian dibuatkan laporan untuk diserahkan ke bagian keuangan untuk ditagihkan ke BPJS.”

Permasalahan apa saja yang sering terjadi dalam klaim BPJS Rawat Jalan?

Jawaban responden “Berkas pasien penunjang sering tidak lengkap, salah kode dalam mengcoding, penulisan diagnosa pada resume medis tidak terbaca, Surat Keterangan Dokter sering tidak ditulis diagnosa, serta sumber daya manusia pada proses coding”

Bagaimana solusinya ?

“Sebaiknya dilakukan analisa kebutuhan sumber daya manusia pada bagian coding di instalasi rekam medis, Sebaiknya dibuatkan SOP pengajuan klaim BPJS di rumah sakit pelabuhan Cirebon”

Permasalahan apa saja klaim BPJS yang dikembalikan? Sering ditemukan Salah Dalam Pengkodean?

Bagaimana solusinya

Jawaban responden “Sebaiknya lebih ditingkatkan lagi kerja sama antara petugas coding dengan perawat dan dokter yang ada di rumah sakit dalam hal-hal kelengkapan Klaim BPJS kesehatan”.

Dari jawaban hasil wawancara maka dapat disimpulkan pelaksanaan klaim BPJS di rumah sakit mengajukan pada regulasi pemerintah tentang JKN, BPJS Kesehatan dan INA-CBGs. Belum ada alur dan prosedur pengklaiman BPJS masih mengikuti yang sudah ada. Alur dokumen berkas klaim sudah sesuai tetapi pada pelaksanaannya masih ada kekurangan yang sering terjadi berkas pasien penunjang tidak lengkap, salah kode dalam mengcoding, penulisan diagnosa pada resume medis tidak terbaca, surat keterangan dokter sering tidak ditulis diagnosa, serta sumber daya manusia yang kurang pada proses coding, sering ditemukan salah dalam pengkodean sehingga mengakibatkan ketidaklengkapan berkas klaim BPJS dan di kembalikannya klaim BPJS.

PEMBAHASAN

Laela Indawati, Universitas Esa Unggul, Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMiki), Vol 7, No 2 (2019) rata-rata pengembalian berkas klaim rawat inap per bulan sebesar 20,88 % dimana 36% dari total klaim rawat inap yang dikembalikan adalah pengembalian untuk konfirmasi coding. Penyebab pengembalian klaim terkait konfirmasi coding adalah karena pemeriksaan penunjang yang tidak mendukung diagnosis, ketidaktepatan penentuan kode oleh koder.⁽⁸⁾

Sedangkan penelitian Lenty Wahyu Noviatri, Sugeng Program Studi DIII Rekam Medis Sekolah Vokasi UGM, Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho, Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional) Vol. 1 No 1 – Oktober 2016, . Faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor man adalah petugas verifikasi kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. Faktor machine adalah karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA-CBG. Metode adalah karena implementasi SPO yang belum lancar. Faktor materials karena persyaratan yang tidak sesuai. Upaya yang telah dilakukan oleh petugas pada faktor man adalah melakukan sosialisasi pada pasien, berkomunikasi dengan dokter, mengupayakan perekrutan. Machine adalah melakukan back-up data. Faktor method adalah membentuk tim BPJS di Rumah sakit Panti Nugroho.⁽⁹⁾

Hasil penelitian Muhammad Tijar Gifari, Fajar Ariyanti, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta, Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat. 2019; 8 (4):156-166 menunjukkan 65,9% informasi rekam medis lengkap 87,6% diagnosis utama tepat, dan 85,7% klaim BPJS kesehatan disetujui.⁽¹⁰⁾

Hasil penelitian yang dilakukan oleh beberapa peneliti tentang keterlambatan dan penolakan BPJS di beberapa rumah sakit kasusnya hampir sama karena kesalahan kode 20,88% yang disebabkan oleh faktor Man (sumber daya manusia) berbanding lurus dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti berdasarkan observasi dan wawancara kasus klaim BPJS yang banyak dikembalikan diantaranya salah kode sebanyak 14 kasus, kemudian konfirmasi lebih dari 8 kali sebanyak 9 kasus dan untuk kasus-kasus lainnya seperti SEP, hasil SWAB, DHF tidak ada spesifik, double klaim dan kasus yang belum pre eklamsi masing-masing sebanyak 1 kasus.

Dari hasil wawancara dengan petugas coding, mengenai kebijakan sudah terdapat kebijakan PERMENKES dan kebijakan direktur rumah sakit tentang klaim BPJS, tetapi belum tertuang secara tertulis kedalam alur dan prosedur yang dapat mempermudah dan sebagai acuan petugas dalam pengajuan klaim BPJS, permasalahan yang sering dihadapi yaitu berkas penunjangs erring tidak lengkap, salah member kode, diagnose tidak ada,

Dari permasalahan-permasalahan tersebut untuk meminimalisasi permasalahan sebaiknya dibuatkan alur dan prosedur klaim BPJS sebagai acuan petugas agar menghindari kesalahan serta perlu adanya analisa kebutuhan dan beban kerja petugas coding untuk mengukur seberapa padatnya pekerjaan bagian coding agar diketahui berapa jumlah tenaga coding yang dibutuhkan. Selain itu perlu ditingkatkan kerja sama antarpetugas di rumah sakit yang

terlibat dalam BPJS seperti dokter, perawat, penunjang medis dan bagian administrasi agar mengerti tugas dan perannya masing-masing.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan mengenai Kelengkapan Berkas BPJS Dalam Upaya Percepatan Terhadap Pengklaiman BPJS Rawat Jalan di Rumah Sakit Pelabuhan Cirebon Dari klaim rumah sakit pelabuhan Cirebon yang diserahkan kebagian verifikator ada beberapa klaim yang dikembalikan dengan kasus terbanyak adalah salah dalam pengkodean hal itu terjadi karena jumlah klaim yang harus dikoding tidak sebanding dengan jumlah petugas coding. Untuk mengurangi kesalahan maka perlu dibua talur dan prosedur serta ada kajian tentang beban kerja petugas coding, untuk mengetahui kebutuhan SDM yang dibutuhkan dan kerjasama antar petugas perlu ditingkat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Presiden. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Nasional. 2004.
2. [Http://www.jkn.kemkes.go.id/](http://www.jkn.kemkes.go.id/). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Dengan. 2011;
3. Indonesia Kkri. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Dengan. 2013;
4. Depkes. Pedoman_Penyelenggaraan_Rekam_Medis_RS_2_CKHVAx. 2006. p. 22.
5. Hatta G. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. III. Jakarta: UI Press; 2013. 127–159 p.
6. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D. Alfabeta. Bandung; 2019. 2 p.
7. Siyoto, Sandu dan MAS. Dasar Metodologi Penelitian. Yogyakarta: Literasi Media Publishing; 2015. 8 p.
8. Indawati L. Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016. J Manaj Inf Kesehat Indones. 2019;7(2):113.
9. Noviatri LW. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho. Jkesvo (Jurnal Kesehat Vokasional). 2016;1(1):22–6.
10. Ariyanti F, Gifari MT. Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap. J Ilmu Kesehat Masy. 2019;8(04):156–66.