

**FAKTOR FAKTOR PENYEBAB PENGEMBALIAN BERKAS
REKAM MEDIS KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DI
RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI**

(Rifan Heingu Jowa¹), (Taufiq Soeltanto²)

Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (STIA) Malang
Program Diploma III Rekam Medis & Informasi Medis
(Rifan Heingu Jowa¹)
E-mail: rivanwiwiredy@gmail.com

Abstract

This research looked at the reasons for medical record document returns during the BPJS Kesehatan claim filing procedure for Kediri Baptist Hospital inpatients. It also looked at the hospital's remedial actions. Using a descriptive qualitative methodology, the research collected data by means of in-depth interviews with pertinent staff members, direct observation, and a review of supporting documentation. The findings demonstrated that incomplete medical record entries, inaccurate or erroneous diagnosis and treatment code writing, delays in document completion, and technical information system limitations, such as application interruptions and sluggish data input procedures in the INA-CBGs system, were among the issues that led to the return of claim files. Also contributing to the high percentage of returned claims were staff skill and accuracy, inadequate training, and less-than-ideal process configurations. These circumstances have an influence on hospital funding allocation, claim evaluation procedures, and personnel workloads. In order to facilitate seamless claims management and raise the standard of hospital services, it is necessary to make constant improvements by improving the accuracy of document completion, regularly reviewing claim files, enhancing coordination among healthcare professionals, and raising staff competency.

Keywords: *medical records, BPJS claims, claim file returns, inpatient services, Baptist Hospital Kediri.*

Abstrak

Penelitian ini mengkaji alasan-alasan pengembalian dokumen rekam medis selama prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap Rumah Sakit Baptis Kediri. Penelitian ini juga mengkaji tindakan perbaikan yang dilakukan rumah sakit. Dengan menggunakan metodologi kualitatif deskriptif, penelitian ini mengumpulkan data melalui wawancara mendalam dengan staf terkait, observasi langsung, dan peninjauan dokumentasi pendukung. Temuan menunjukkan bahwa entri rekam medis yang tidak lengkap, penulisan kode diagnosis dan pengobatan yang tidak akurat atau salah, keterlambatan dalam penyelesaian dokumen, dan keterbatasan sistem informasi teknis, seperti gangguan aplikasi dan prosedur input data yang lambat dalam sistem INA-CBGs, termasuk di antara masalah yang menyebabkan pengembalian berkas klaim. Faktor lain yang berkontribusi terhadap tingginya persentase klaim yang dikembalikan adalah keterampilan dan ketelitian staf, pelatihan yang tidak memadai, dan konfigurasi proses yang kurang ideal. Keadaan ini memengaruhi alokasi pendanaan rumah sakit, prosedur evaluasi klaim, dan beban kerja personel. Untuk mempermudah pengelolaan klaim yang lancar dan meningkatkan standar layanan rumah sakit, perlu dilakukan perbaikan terus-menerus dengan meningkatkan akurasi pengisian dokumen, meninjau berkas klaim secara berkala, meningkatkan koordinasi antar tenaga kesehatan, dan meningkatkan kompetensi staf.

Kata kunci: rekam medis, klaim BPJS, pengembalian berkas, rawat inap, Rumah Sakit Baptis Kediri.

PENDAHULUAN

Serangkaian inisiatif yang bertujuan untuk pencegahan penyakit, promosi kesehatan, pengobatan, dan rehabilitasi membentuk layanan kesehatan, yang dimaksudkan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Pemeriksaan kesehatan, diagnosis, pengobatan, perawatan lanjutan, dan rehabilitasi dari penyakit mental dan fisik semuanya termasuk dalam layanan ini. Pada kenyataannya, sistem asuransi kesehatan nasional yang berupaya menawarkan perlindungan kesehatan yang lengkap bagi penduduk memastikan bahwa setiap orang memiliki akses ke layanan kesehatan yang memadai, berkelanjutan, dan terjangkau melalui mekanisme pembiayaan yang diawasi oleh penyedia asuransi kesehatan negara mendukung layanan kesehatan.

Sistem pembayaran prospektif, yang membiayai layanan kesehatan dengan tarif tetap yang diketahui sebelum layanan diberikan kepada peserta, digunakan oleh lembaga kesehatan yang berpartisipasi dalam program asuransi kesehatan nasional. Dalam pendekatan ini, harga layanan ditetapkan menggunakan tarif yang telah ditentukan sebelumnya, bukan berdasarkan jumlah proses yang dilakukan setelah layanan selesai. Klaim untuk layanan medis

diajukan ke perusahaan asuransi kesehatan melalui teknik ini.

Laporan keuangan fasilitas medis kepada perusahaan asuransi kesehatan yang menjadi dasar pembayaran atas layanan yang diberikan kepada peserta dikenal sebagai klaim perawatan kesehatan. Secara berkala, laporan ini disiapkan dan diajukan sesuai dengan hukum yang berlaku. Sebagai bagian dari prosedur administratif untuk proses pengajuan klaim, lembaga perawatan kesehatan harus mengisi sejumlah dokumen pendukung agar dapat dibayar. Dengan demikian, kualitas dan kelengkapan dokumen klaim asuransi kesehatan sangat penting untuk kelancaran prosedur verifikasi dan pembayaran biaya medis.

Kelengkapan rekam medis pasien dan pemenuhan persyaratan administratif untuk partisipasi memiliki dampak signifikan terhadap kelengkapan berkas klaim asuransi kesehatan. Kriteria medis mencakup pernyataan tentang kondisi pasien, temuan pemeriksaan pendukung, dan catatan layanan yang diberikan selama periode perawatan, sedangkan persyaratan administratif mencakup dokumentasi yang membuktikan identifikasi peserta asuransi kesehatan (Megawati & Pratiwi, 2016). Petugas pemeriksa dapat mengembalikan berkas klaim ke unit manajemen rekam medis untuk perbaikan jika dokumen-dokumen tersebut kurang atau berisi informasi yang tidak konsisten.

Dokumentasi yang tidak lengkap atau kesalahan teknis seperti perlunya penjelasan tambahan tentang kondisi klinis pasien yang memengaruhi penentuan kode, kesalahan dalam pengkodean diagnosis dan prosedur, atau modifikasi dalam penentuan diagnosis utama atau diagnosis pendukung biasanya menjadi penyebab pengembalian klaim.

Menurut petugas pengolahan data, terdapat sejumlah dampak ketika klaim rawat inap yang diajukan di bawah program asuransi kesehatan mengalami keterlambatan. Dampak tersebut meliputi peningkatan beban kerja, jam kerja yang lebih panjang dari jam operasional, dan keterlambatan dalam menerima kompensasi layanan. Dengan menunda prosedur distribusi dan memengaruhi volatilitas arus kas, tingkat pengembalian klaim yang tinggi dari pihak asuransi dapat mengakibatkan kerugian bagi penyedia layanan kesehatan. Situasi ini mendukung temuan Santiasih dkk. (2021), yang menyatakan bahwa sejumlah variabel memengaruhi keterlambatan klaim rawat inap. Faktor individu, terutama bakat dan kompetensi petugas penanganan klaim, sangat penting dalam proses pengajuan klaim. Mengingat bahwa peraturan dan ketentuan yang mengatur sistem asuransi kesehatan, terutama yang berkaitan dengan pengkodean diagnosis dan prosedur medis, berubah secara teratur, sangat penting bahwa anggota staf memiliki kompetensi.

Hal ini karena mereka harus terus memperbarui pengetahuan mereka dan menyesuaikan diri dengan peraturan baru.

TINJAUAN PUSTAKA

Kesehatan

Kesehatan bukan hanya keadaan tidak sakit atau tidak memiliki batasan tertentu; kesehatan adalah keadaan kesejahteraan lengkap yang mencakup keseimbangan fungsi fisik, keadaan psikologis, dan kemampuan individu untuk menjalani kehidupan sosial (Fertman & Allensworth, 2010).

Rumah Sakit

Rumah sakit adalah organisasi yang menawarkan layanan kesehatan dan dikelola secara sistematis oleh staf medis yang berkualitas dengan bantuan infrastruktur dan sumber daya yang memadai. Perawatan pasien, diagnosis, dan terapi berdasarkan kondisi kesehatan pasien termasuk di antara layanan yang ditawarkan (Supartiningsih, 2017).

Klaim BPJS

Proses pengajuan klaim pembayaran untuk layanan medis yang diberikan kepada pasien yang memiliki asuransi kesehatan dikenal sebagai klaim perawatan kesehatan. Rumah sakit mengajukan klaim ini kepada perusahaan asuransi. Sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, prosedur pengajuan klaim dilakukan secara sistematis dan diajukan secara teratur dalam jangka waktu tertentu,

biasanya setiap bulan (Santiasih dkk., 2021).

SOP (Standar Operasioanl Prosedur)

Buku panduan kerja adalah kumpulan pedoman dan protokol yang bertujuan untuk mengarahkan penyelesaian pekerjaan secara sistematis dan konsisten. Dengan memastikan bahwa semua aktivitas kerja dilakukan sesuai dengan aturan yang ditetapkan, rekomendasi ini membantu meminimalkan kesalahan dalam pelaksanaan pekerjaan. Karena mencakup pedoman administratif dan teknis serta alur aktivitas yang spesifik untuk sistem dan prosedur kerja setiap unit, buku panduan kerja juga berfungsi sebagai alat untuk manajemen dan evaluasi kinerja.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metodologi kualitatif untuk menyelidiki alasan pengembalian berkas rekam medis selama prosedur klaim untuk pasien rawat inap yang terdaftar dalam asuransi kesehatan, serta langkah-langkah yang diambil untuk mengatasi masalah ini. Data primer dikumpulkan melalui observasi langsung dan wawancara mendalam dengan petugas rekam medis, petugas verifikasi klaim, administrator bangsal, manajemen, dan dokter yang bertanggung jawab atas pasien. Data sekunder dikumpulkan dengan meninjau berkas klaim yang dikembalikan, resume medis, dokumen klaim elektronik, dan laporan internal dari unit klaim atau

verifikasi. Dengan menggunakan pendekatan triangulasi untuk meningkatkan validitas hasil seperti yang disarankan oleh Miles, Huberman, dan Saldaña, analisis data dilakukan secara metodis melalui langkah-langkah pengurutan data, penyajian informasi, dan perumusan kesimpulan.

HASIL

Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Fasilitas layanan kesehatan publik yang menjadi lokasi penelitian menawarkan berbagai layanan kesehatan, mulai dari perawatan dasar hingga perawatan khusus, dan didukung oleh infrastruktur dan fasilitas medis yang beroperasi sepanjang waktu. Implementasi layanan kesehatan secara menyeluruh difokuskan pada peningkatan keselamatan dan kualitas pasien, dan tidak melakukan diskriminasi berdasarkan latar belakang sosial, ekonomi, atau budaya dari populasi yang dilayaninya. Fasilitas layanan kesehatan ini telah memenuhi persyaratan akreditasi nasional untuk kualitas layanan, menunjukkan tingkat kualitas layanan yang setara dengan lembaga layanan kesehatan rujukan tingkat menengah dengan jumlah tempat tidur yang memadai. Meskipun demikian, banyak keterbatasan ditemukan pada fase awal administrasi rekam medis, terutama terkait dengan ketelitian pencatatan dokumen dan pengumpulan data layanan. Akibatnya, kemampuan unit rekam medis untuk menyediakan data yang dibutuhkan untuk membantu pengambilan

keputusan manajemen tidak sepenuhnya ideal.

Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Pasien Rawat Inap

Wawancara dengan informan penelitian mengungkapkan bahwa sejumlah variabel kunci memengaruhi pengembalian berkas klaim pasien rawat inap. Faktor yang paling signifikan terkait dengan dokumentasi rekam medis administratif yang tidak memadai, khususnya mengenai kelengkapan temuan pemeriksaan pendukung dan ringkasan medis. Selain itu, kurangnya pengetahuan staf tentang cara memodifikasi kode sesuai dengan standar yang relevan menyebabkan masalah dalam mendiagnosis kondisi dan kesalahan pengkodean diagnosis dan prosedur. Terlepas dari masalah administratif dan kemampuan karyawan, hambatan sistem informasi seperti gangguan jaringan yang menunda transmisi dan penerimaan berkas klaim juga berperan dalam pengembalian klaim. Hasil ini menunjukkan bahwa pengembalian klaim dipengaruhi oleh kualitas sumber daya manusia dan dukungan sistem informasi, yang belum beroperasi secara optimal, di samping dokumen yang tidak lengkap.

Kelengkapan dan Ketepatan Pengisian Berkas Rekam Medis Pasien BPJS Rawat Inap

Prosedur pengisian rekam medis pasien rawat inap yang terdaftar dalam asuransi

kesehatan dikendalikan secara metodis, menurut wawancara yang dilakukan dengan direktur unit rekam medis. Semua petugas medis yang terlibat dalam perawatan pasien, termasuk dokter, perawat, dan staf terkait lainnya, bertanggung jawab untuk mengisi rekam medis sesuai dengan prosedur dan layanan yang diberikan setelah pasien menyelesaikan perawatan dan dipulangkan dari rumah sakit. Dalam praktiknya, rekam medis yang tidak lengkap terkadang masih ditemukan, meskipun ini bukan kejadian yang umum. Sebelum diproses lebih lanjut, berkas dikirim kembali ke dokter yang bertanggung jawab untuk segera diperbaiki jika ada ketidaksesuaian atau dokumen yang hilang. Ini menggambarkan betapa pentingnya rekam medis yang akurat dan komprehensif untuk prosedur klaim yang lancar.

Wawancara juga menunjukkan bahwa dokumen administrasi lengkap yang sesuai dengan diagnosis dan perawatan medis yang diberikan diperlukan saat mengajukan klaim untuk pasien rawat inap. Rekam medis, catatan perkembangan dokter, laporan laboratorium dan radiologi yang menguatkan temuan pemeriksaan, catatan tentang perawatan medis, dan dokumentasi pendukung lainnya semuanya diperlukan. Terdapat batasan waktu sejak pasien keluar dari rumah sakit untuk prosedur klaim, yang dilakukan secara daring. Memenuhi persyaratan administratif merupakan

elemen penting dalam kelancaran proses klaim, karena klaim akan dikembalikan untuk dilengkapi sebelum dapat diajukan kembali jika berkas yang diajukan tidak sesuai standar.

Peran dan Tanggung Jawab Petugas Rekam Medis serta Bagian Klaim

Wawancara mengungkapkan bahwa petugas rekam medis sangat penting dalam memastikan rekam medis lengkap, mengklasifikasikan diagnosis dan prosedur, serta membuat dokumentasi pendukung untuk klaim sebelum berkas diajukan sebagai klaim asuransi kesehatan. Untuk menjamin koreksi dan konsistensi data, petugas rekam medis bekerja sama erat dengan unit manajemen klaim dan dokter yang merawat jika ditemukan perbedaan antara dokumen, diagnosis, atau perawatan yang tercatat dalam rekam medis. Agar informasi yang diberikan selama prosedur klaim tetap akurat, sistem koordinasi ini sangat penting.

Norma kerja internal yang digunakan sebagai panduan untuk melakukan tugas sehari-hari membantu administrasi rekam medis dan klaim. Inisiatif pengembangan kapasitas, termasuk pelatihan, lokakarya, dan seminar, dilakukan baik secara internal maupun eksternal sebagai bagian dari upaya berkelanjutan untuk meningkatkan kompetensi sumber daya manusia dan menyesuaikan diri dengan persyaratan klaim yang terus berkembang. Integrasi

rekam medis elektronik mendukung sistem manajemen klaim dengan memungkinkan pemrosesan digital pengajuan dan pelacakan klaim. Komunikasi dengan penyedia asuransi kesehatan digunakan untuk mengevaluasi klaim yang tertunda atau dibayar kembali, menyoroti peran penting koordinasi internal dan dukungan sistem informasi dalam menjaga proses klaim yang lancar dan akurat.

Upaya Rumah Sakit dalam Mengatasi Pengembalian Klaim BPJS

Menurut hasil wawancara, masalah pengembalian berkas klaim rawat inap bagi peserta asuransi kesehatan telah diatasi oleh lembaga layanan kesehatan melalui berbagai cara strategis. Langkah-langkah ini meliputi pengecekan kelengkapan berkas sebelum pengajuan klaim, menanyakan kebenaran keputusan diagnostik dan riwayat medis kepada dokter yang bertugas, serta peningkatan koordinasi di antara berbagai divisi yang terlibat dalam administrasi klaim. Selain itu, berkas klaim yang dikembalikan secara teratur menjalani tinjauan internal secara berkala, yang dapat digunakan untuk meningkatkan proses pengajuan klaim di masa mendatang.

Dengan mengurangi kesalahan administratif dan teknologi, inisiatif ini diharapkan dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi prosedur klaim. Penyedia layanan kesehatan berkomitmen untuk mengurangi jumlah berkas yang

dikembalikan melalui peningkatan kontrol internal dan koordinasi yang lebih baik antara unit kerja yang berpartisipasi, meskipun masih terdapat sejumlah tantangan dalam proses pemrosesan klaim, menurut hasil penelitian.

PEMBAHASAN

Faktor-faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS

Dokumen administrasi yang tidak lengkap, pengkodean diagnostik yang salah, dan keterbatasan dalam jaringan dan sistem yang mendasarinya adalah beberapa faktor yang memengaruhi klaim asuransi kesehatan yang dikembalikan. Masalah administrasi adalah alasan paling sering untuk klaim yang dikembalikan, menurut wawancara dengan pejabat terkait. Pihak asuransi tidak dapat memproses klaim jika dokumen pendukung tertentu, termasuk hasil tes laboratorium, catatan prosedur medis atau bedah, dan rekam medis, hilang. Karena dokumentasi rekam medis yang tidak memadai dapat mengakibatkan hambatan administratif yang memperpanjang proses pembayaran klaim, keadaan ini mendukung pernyataan Huffman (2016) bahwa dokumentasi rekam medis yang akurat adalah komponen penting dari sistem klaim asuransi kesehatan.

Perbedaan dalam pengkodean diagnostik merupakan masalah yang sering terjadi selain masalah administratif.

Kurangnya pengetahuan petugas tentang standar Klasifikasi Penyakit Internasional (ICD-10) seringkali berkontribusi pada kesalahan pengkodean, yang menyebabkan perbedaan antara kode yang dimasukkan ke dalam sistem klaim dan diagnosis yang tercatat dalam rekam medis. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan petugas yang terlibat memiliki dampak signifikan pada kebenaran pengkodean. Hasil ini konsisten dengan studi Mandia (2023), yang menunjukkan bahwa efektivitas prosedur klaim asuransi kesehatan sangat dipengaruhi oleh ketepatan pengkodean diagnostik.

Prosedur Pengisian Berkas Rekam Medis Pasien BPJS Rawat Inap

Alur kerja yang sistematis digunakan untuk melengkapi berkas rekam medis pasien rawat inap yang terdaftar dalam asuransi kesehatan. Semua penyedia layanan kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien, termasuk dokter, perawat, bidan, dan lainnya, harus mengisi semua dokumen rekam medis setelah pasien menyelesaikan perawatan dan dipulangkan dari rumah sakit. Barulah kemudian rekam medis dapat dikirim ke unit rekam medis untuk peninjauan kelengkapan. Rekam medis yang lengkap, diagnosis yang pasti, izin dokter yang merawat, dan deskripsi kondisi pasien saat dipulangkan merupakan kriteria dokumentasi yang diperlukan. Agar berkas dapat diproses lebih lanjut untuk

pengajuan klaim, komponen-komponen ini harus dilengkapi.

Unit rekam medis akan mengirimkan berkas kembali ke dokter yang merawat untuk segera diperbaiki jika ditemukan ketidaksesuaian atau informasi yang hilang. Sebelum berkas dikirim ke departemen klaim, tahap ini berupaya untuk menjamin keabsahan dan kebenaran data. Setelah prosedur pengkodean diagnostik dan perawatan selesai, data dimasukkan ke dalam sistem klaim. Ringkasan medis, catatan dokter, hasil tes laboratorium, catatan prosedur medis, akta kematian jika pasien telah meninggal dunia, dan hasil tes pendukung seperti radiografi dan pemeriksaan lainnya adalah contoh dokumen pendukung yang disertakan dalam pengajuan klaim. Semua ini harus sesuai dengan diagnosis dan layanan yang diberikan.

Sistem klaim terkomputerisasi digunakan untuk mengajukan klaim, yang harus diajukan dalam waktu 30 hari setelah pasien keluar dari rumah sakit dan sesuai dengan peraturan asuransi kesehatan. Dokumentasi yang tidak lengkap adalah hambatan yang paling sering terjadi dalam prosedur ini dan penyebab utama klaim dikembalikan untuk dimodifikasi. Hasil ini konsisten dengan studi Fitriani (2022), yang menemukan bahwa kualitas dan kelengkapan data medis sangat penting untuk efektivitas proses klaim. Oleh karena

itu, tingkat kepatuhan dan disiplin pekerja dalam mengisi catatan rekam medis sesuai dengan hukum yang berlaku memiliki dampak signifikan terhadap kelancaran pengajuan klaim.

Upaya Rumah Sakit dalam Mengatasi Pengembalian Klaim BPJS

Institusi layanan kesehatan telah mengambil sejumlah langkah untuk menurunkan persentase tinggi berkas klaim asuransi kesehatan yang dikembalikan. Penegakan disiplin dalam administrasi rekam medis dengan mensyaratkan dokumen yang memadai sebelum klaim diajukan adalah salah satu langkah utama yang diterapkan. Semua rekam medis harus diisi oleh tenaga kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien segera setelah pasien menyelesaikan perawatannya. Sebelum dikirim ke departemen manajemen klaim, berkas yang terkumpul diperiksa dengan cermat oleh petugas rekam medis untuk memastikan tidak ada kesalahan atau kelalaian administratif. Untuk mencegah klaim ditolak pada tahap verifikasi, penyaringan awal ini sangat penting.

Peningkatan kemampuan staf pengkodean menjadi fokus perbaikan selain perubahan administratif. Kegiatan pengembangan kompetensi berkelanjutan dilakukan melalui pelatihan dan pembinaan terkait penggunaan prosedur medis dan klasifikasi diagnostik. Dengan meningkatkan akurasi pengkodean dan

kepatuhan terhadap aturan yang relevan, inisiatif ini diharapkan dapat mengurangi kemungkinan kesalahan yang dapat mengakibatkan penolakan klaim. Selain itu, untuk menjamin klarifikasi dan koreksi dokumen yang tepat waktu dan akurat, komunikasi dan kerja sama antar unit yang berpartisipasi dalam proses klaim ditingkatkan.

Melalui penggunaan sistem informasi terintegrasi, bantuan teknologi informasi juga digunakan untuk meningkatkan efisiensi proses klaim. Teknologi ini meningkatkan kualitas dan konsistensi data di seluruh unit kerja, mempercepat pemrosesan data, dan mempermudah pelacakan perkembangan klaim. Selain itu, penilaian internal terhadap prosedur pengajuan klaim dilakukan secara berkala untuk mengidentifikasi masalah yang terus berulang dan mengembangkan peningkatan baru. Dengan mengambil langkah-langkah ini, kemungkinan pengembalian berkas klaim di masa mendatang dapat dikurangi dan administrasi klaim dapat menjadi lebih efektif dan efisien.

KESIMPULAN

Ketidakkonsistenan dalam pengkodean diagnostik sesuai dengan kriteria kategorisasi penyakit, manajemen administratif yang tidak memadai, dan tantangan teknologi dengan sistem dan jaringan pendukung merupakan beberapa penyebab utama pengembalian berkas

klaim asuransi kesehatan. Fasilitas perawatan kesehatan mengambil sejumlah tindakan korektif untuk mengatasi masalah ini, seperti meningkatkan keterampilan personel pengkodean melalui pelatihan berkelanjutan, memanfaatkan sistem informasi manajemen secara maksimal, dan mendorong kolaborasi dan komunikasi yang lebih baik di antara berbagai departemen yang terlibat dalam prosedur klaim. Selain itu, sebagai langkah pengendalian untuk mengurangi kesalahan serupa dan meningkatkan efisiensi proses klaim, tinjauan internal dilakukan secara berkala.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar. (1996). Pengantar sistem administrasi pelayanan kesehatan. Jakarta: Binarupa Medika.
- Azwar. (2010). Manajemen pelayanan kesehatan berbasis mutu. Jakarta: Bina Aksara Medika.
- Fadul. (2019). Pengaruh mutu pelayanan terhadap kepuasan peserta jaminan kesehatan nasional. *Jurnal Pelayanan Kesehatan Terapan*, 22(1), 462–470.
- Fertman, & Allensworth. (2010). Health promotion programs: Theory and practical application. San Francisco, CA: Public Health Education Press.
- Gordon. (2019). Patient health record systems and clinical documentation practices. *Journal of Digital Health Management*, 22(5), 112–120.
- Hanafiah. (2016). Etika profesi dan hukum kesehatan di Indonesia. Jakarta: EGC Medika.
- Hersh, (2017). Clinical documentation practices and influencing factors in healthcare settings. *International*

- Journal of Medical Informatics*, 25(3), 210–218.
- Indriyani. (2024). Analisis faktor penyebab tertundanya klaim rawat inap jaminan kesehatan nasional. *Jurnal Administrasi Pelayanan Kesehatan*, 9(1), 1–10.
- Jati. (2009). Quality factors affecting clinical diagnostic documentation in health services. *Journal of Pulmonary Health Research*, 9(1), 16–23.
- Kurniati. (2019). Analisis kelengkapan dokumen rekam medis pasien. Yogyakarta: Deepublish Medika.
- Laudon, & Laudon. (2017). Management information systems in healthcare organizations. London: Pearson Health.
- Manca. (2021). Digital transformation of medical records and hospital workflow efficiency. *Health Policy and Technology Review*, 10(1), 44–52.
- Mandia. (2023). Pengaruh akurasi pengodean diagnosis terhadap keberhasilan klaim jaminan kesehatan. *Jurnal Informasi Kesehatan Nasional*, 8(2), 89–98.
- Mayori, Deharja, Nuraini, & Santi. (2021). Perbaikan proses klaim jaminan kesehatan melalui evaluasi internal rumah sakit. *Jurnal Manajemen Mutu Kesehatan*, 2(4), 461–470.
- Megawati, & Pratiwi,. (2016). Faktor penyebab pengembalian berkas klaim asuransi kesehatan rawat inap. *Jurnal Kesehatan Terapan Indonesia*, 1(1), 1–10.
- Nabila, et al. (2020). Analisis pending klaim akibat kesalahan pengodean rekam medis rawat inap. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 519–528.
- Otifa, Meliala, & Hendartini. (2016). Evaluasi klaim tidak layak bayar pada pelayanan jaminan kesehatan nasional. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Indonesia*, 19(4), 201–210.
- Pratama. (2020). Determinant factors of non-eligible health insurance claims. *Indonesian Journal of Health Administration*, 8(2), 115–123.
- Pratiwi. (2019). Analisis penyebab klaim tidak layak pada pelayanan jaminan kesehatan nasional. *Jurnal Administrasi Kesehatan*, 7(2), 101–110.
- Rukmini. (2020). Hukum dan regulasi rumah sakit di Indonesia. Yogyakarta: Deepublish.
- Sari. (2020). Sistem informasi rekam medis elektronik dan perlindungan data pasien. Bandung: Alfabeta Medika.
- Setyawan. (2016). Implementasi sistem informasi manajemen rumah sakit pada pelayanan kesehatan daerah. *Indonesian Journal of Computer and Health Informatics*, 1(2), 54–61.
- Sitorus. (2021). Peran rekam medis dalam penyelesaian sengketa klaim asuransi kesehatan. *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*, 5(1), 45–57.
- Sugiyono. (2013). Metode penelitian pendidikan. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2020). Metode penelitian kualitatif untuk ilmu kesehatan. Bandung: Alfabeta Medika.