

PENGARUH KETEPATAN PENGKODINGAN TINDAKAN DALAM PERSETUJUAN PENGKLAIMAN BPJS DI RUMAH SAKIT ISLAM AISYIYAH MALANG

Adinda Putri Wijayanti¹, Robiatud Daniyah

Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (STIA) Malang
Program Studi Diploma 3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

Adinda Putri Wijayanti

adindawijayanti403@gmail.com

Abstract

In the process of verifying BPJS claims, it turned out that there were many obstacles that occurred, one of which was the rejection of the file by the verifier at RSI Aisyiyah Malang. Based on the results of the author's observations and interviews, it was found that this rejection occurred due to the coding of procedure that did not support the diagnostic code, the absence of medical support examinations, and incomplete resumes, resulting in pending which led to the delay in the BPJS claim process. This study aims to determine the accuracy of diagnostic coding in BPJS claims. Accuracy in determining the diagnostic code is indispensable for the benefit of patient health information in carrying out health services. The accuracy of the diagnosis code is also required for the purpose of approval in claiming the National Health Insurance (JKN).

The research method uses a quantitative analysis research methodology. using the chi-square statistical test. Data collection techniques In this study, the researcher conducted observation and documentation. then presented in several forms, namely Univariate and Bivariate analysis shown by Descriptive frequency analysis tables. From 93 samples of claim data in January-March 2024, from the data of inpatients at RSI Asyiyah Malang, it can be concluded that based on the results of data analysis using the Chi-Square test, a significance value of $p < 0.001$ was obtained. Based on these results, because of $p < 0.05$, it can be concluded that "The Accuracy of Coding Procedure Affects the Approval of BPJS Claims." which indicates that H_1 is accepted.

Keywords: Coding, Coding accuracy, BPJS Claim Approval

Abstrak

Di dalam proses verifikasi klaim BPJS ternyata mengalami banyak kendala yang terjadi salah satunya ialah penolakan berkas oleh verifikator di RSI Aisyiyah Malang. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara penulis, ditemukan bahwa penolakan ini terjadi karena pengkodean tindakan yang kurang mendukung kode diagnosa, tidak adanya pemeriksaan penunjang medis, resume yang tidak lengkap sehingga mengakibatkan pending yang berujung pada tertundanya proses klaim BPJS. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui ketepatan pengkodingan diagnosa dalam pengklaiman BPJS. Ketepatan dalam menentukan kode diagnosa sangat diperlukan untuk manfaat informasi kesehatan pasien dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Keakuratan kode diagnosis juga diperlukan untuk kepentingan persetujuan dalam mengklaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Metode penelitian menggunakan metodologi penelitian analisis kuantitatif. menggunakan uji statistik chi-square. Teknik Pengambilan data dalam penelitian ini, peneliti melakukan observasi dan dokumentasi. kemudian disajikan dalam beberapa bentuk, yaitu analisis Univariat dan Bivariat yang ditunjukkan dengan tabel-tabel analisis Descriptive frequency. Dari 93 sampel data klaim pada bulan Januari-Maret tahun 2024, dari data pasien rawat inap di RSI Asyiyah Malang dapat disimpulkan bahwa berdasarkan hasil analisis data menggunakan uji Chi-Square didapatkan nilai significancy $p < 0,001$. Berdasarkan hasil tersebut karena $p < 0.05$ dapat diambil kesimpulan bahwa “Ketepatan Pengkodingan Tindakan Berpengaruh Terhadap Persetujuan Pengklaiman BPJS.” yang menunjukkan bahwa H_1 diterima.

Kata kunci: *Koding, Ketepatan pengkodingan, Persetujuan Klaim BPJS*

1. PENDAHULUAN

Sistem pembiayaan adalah besarnya alokasi dana yang harus disediakan untuk dimanfaatkan dalam upaya kesehatan sesuai dengan kebutuhan perorangan, kelompok, dan masyarakat. Sistem pembiayaan memiliki 2 jenis metode pembayaran yaitu prospektif dan retrospektif.

Sistem atau model klaim pada program JKN sendiri menggunakan Sistem INA-CBG's. Untuk regulasi tarif dan lainnya akan ditentukan dan dibuat oleh pemerintah atau Kementerian Kesehatan dan diterapkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan rumah sakit. Menurut Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 82 tahun 2018 tentang jaminan kesehatan, BPJS kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Peserta BPJS adalah setiap orang yang telah membayar iuran dengan biaya sendiri (Non PBI) atau iuran yang dibayar oleh pemerintah (PBI).

Dalam proses penagihan klaim jaminan kesehatan nasional, penagihan tidak langsung ke pemerintah tetapi diserahkan kepada pihak BPJS. Pengajuan pembiayaan dibutuhkan

untuk persyaratan klaim yang diajukan kepada verifikator.

Berdasarkan hasil observasi peneliti, ditemukan bahwa penolakan ini terjadi karena pengkodean tindakan yang kurang mendukung kode diagnosa, tidak adanya pemeriksaan penunjang medis, resume yang tidak lengkap sehingga mengakibatkan pending yang berujung pada tertundanya proses klaim BPJS. Maka kesimpulan dari latar belakang masalah di atas, maka peneliti mendapat gambaran sekaligus terinspirasi dari penelitian terdahulu untuk melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Ketepatan Pengkodingan Tindakan dalam Persetujuan Pengklaiman BPJS di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang.”

2. TINJAUAN PUSTAKA

a. Koding Rekam Medis dan Komponennya

Definisi Koding secara umum dalam bidang kesehatan adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM.

Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit. Koding

dalam INA–CBGs menggunakan ICD-10 Tahun 2010 untuk mengkode diagnosis utama dan sekunder serta menggunakan ICD-9-CM tahun 2010 untuk mengkode tindakan/prosedur. Sumber data untuk mengkode berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur yang terdapat pada resume medis pasien. (Permenkes 26, 2021)

b. Sistem Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dan alokasi dana yang harus disediakan untuk dimanfaatkan dalam upaya kesehatan sesuai dengan kebutuhan perorangan, kelompok dan masyarakat. Dalam sistem kesehatan nasional, pembiayaan kesehatan adalah penataan sumber daya keuangan yang mengatur penggalan, pengalokasian dan membelanjakan biaya kesehatan dengan prinsip efisiensi, efektif, ekonomis, adil, transparan accountable dan berkelanjutan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (Indrayathi PA., Hardy PDK, 2018).

c. Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi

kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. (P. Presiden No. 59, 2024)

d. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas rujukan tingkat lanjutan (Permenkes No. 26, 2021)

e. Indonesia Case Base Group (INA-CBG)

Dalam pelaksanaan JKN, sistem INA-CBG merupakan salah satu instrumen penting dalam pengajuan dan pembayaran klaim pembayaran pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan oleh FKRTL yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, maka pihak manajemen maupun fungsional di setiap FKRTL tersebut perlu memahami konsep implementasi

INA-CBG dalam program JKN. (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016)

Sistem INA-CBG terdiri dari beberapa komponen yang saling terkait satu sama lain. Komponen yang berhubungan langsung dengan output pelayanan adalah clinical pathway, koding dan teknologi informasi, sedangkan secara terpisah terdapat komponen costing yang secara tidak langsung mempengaruhi proses penyusunan tarif INA-CBG untuk setiap kelompok kasus.

f. Klaim

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 36 tahun 2015 klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada badan penyelenggaraan jaminan kesehatan sosial.

g. Syarat Pengajuan Klaim JKN

Berdasarkan Permenkes No. 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional disebutkan bahwa fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh fasilitas kesehatan. diketahui bahwa klaim diajukan kepada kantor Cabang kabupaten/kota

BPJS kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum sebagai berikut :

- Rekapitulasi pelayanan: bahwa dalam rekapitulasi pelayanan yang harus diperhatikan adalah status rekam medis yang berhubungan dengan dokumen klaim seperti kelengkapan pengisian identitas pasien : identitas umum(nama, umur, tempat tanggal lahir, alamat, nomor handphone/telepon, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penanggung jawab pembayaran), identitas khusus (nomor rekam medis, nomor surat eligibilitas pasien(SEP), tanggal masuk, tanggal keluar), melampirkan surat rujukan pasien, menulis data kepesertaan.
- Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari : Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Resume medis/laporan status pasien atau keterangan diagnosa dari dokter yang merawat bila diperlukan, Bukti pelayanan lainnya, misalnya protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat, khusus, perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau automatic billing, berkas pendukung lain yang dibutuhkan

h. Faktor Penyebab Pending

Adapun faktor penyebab terjadinya pending klaim yaitu:

- Resume Medis
 - Identitas Pasien, Nama dan tanda tangan DPJP
 - Diagnosis masuk RS dan indikasi rawat
 - Ringkasan anamnesis, hasil pemeriksaan fisik, dan penunjang, diagnosis
 - akhir, pengobatan dan tindak lanjut tidak lengkap
 - Koding diagnosis dan prosedur
 - Hasil grouping tidak lolos aplikasi diva (digital validation) yang
 - merupakan sistem automasi ketentuan pengkodean klaim INA-CBG's)
 - Pemilihan kode tidak tepat, aturan kode gabungan
 - Kelengkapan Administrasi Berkas Klaim
 - Surat Perintah Rawat (tanda tangan DPJP) dan SEP
 - Dokumen Pendukung
 - Kasus Readmisi
 - Klaim dengan 2 cara bayar (irisan dengan asuransi lain)
 - Masalah scan berkas klaim
 - Tidak telitian verifikator BPJS

- Berkas klaim minta diajukan ke BPJS kembali tanpa ada yang diperbaiki. Perbedaan penafsiran dalam menafsirkan ketentuan dan penafsiran yang ada (Murni et al. 2024)

i. Tugas dan Tanggung Jawab Dokter, Koder dan verifikator

Tugas dan tanggung jawab dokter, koder, dan verifikator BPJS Kesehatan adalah:

- Dokter: Tugas dan tanggung jawab dokter yaitu menegaskan dan menuliskan diagnosis utama, diagnosis sekunder dan tindakan/prosedur yang telah dilaksanakan serta membuat resume medis pasien secara lengkap, jelas dan spesifik selama pasien dirawat di rumah sakit.
- Koder: Tugas dan tanggung jawab seorang koder yaitu melakukan kodifikasi diagnosis dan tindakan/prosedur yang ditulis oleh dokter yang merawat pasien sesuai dengan ICD-10 (Internasional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10% Revision) Versi Tahun 2010 untuk diagnosis dan ICD-9-CM (Internasional Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification)

Versi Tahun 2010 untuk tindakan/prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien. Apabila dalam melakukan pengodean diagnosis atau tindakan/prosedur koder menemukan kesulitan ataupun ketidaksesuaian dengan aturan umum pengodean, maka koder harus melakukan klarifikasi dengan dokter.

- Verifikator BPJS Kesehatan: Tugas dan tanggung jawab verifikator BPJS Kesehatan yaitu melakukan verifikasi terhadap kelengkapan berkas klaim yang diajukan dan kesesuaian diagnosis serta tindakan yang ditulis oleh dokter di resume medis dengan ICD-10 versi tahun 2010 dan ICD-9 CM versi tahun 2010 (Permenkes No. 26, 2021)

3. METODE PENELITIAN

Metode penelitian menggunakan metodologi penelitian analisis kuantitatif. dengan desain penelitian Kuantitatif menggunakan uji statistik chi-square. Teknik Pengambilan data dalam penelitian ini, peneliti melakukan observasi lalu memasukkan data yang peneliti minta dari responden ke lembar observasi dan juga menggunakan

teknik pengumpulan data dokumentasi. Disajikan dalam beberapa bentuk, yaitu analisis Univariat dan Bivariat Teknik Sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah Simple Random Sampling dengan pengambilan sample menggunakan rumus slovin. Populasi dalam penelitian ini mencakup semua data laporan persetujuan pengklaiman BPJS di Ruang Operasi dalam jangka waktu 3 bulan dengan periode waktu Januari-Maret 2024 yang total populasinya ada 1420 data. Jadi rentang sampel yang dapat diambil dari teknik slovin adalah antara 10 – 20 % dari populasi sekitar 93 sampel.

$$n = \frac{1420}{1+1420(0,1)^2}$$

$$n = \frac{1420}{1+1420(0,01)}$$

$$n = \frac{1420}{1+14,2} \qquad n = \frac{1420}{15,2}$$

$$n = 93,42$$

Variabel	Hasil Ukur
(X) Independent 1. Ketepatan pengkodean tindakan medis	1. Kode diagnosa dan tindakan medis tidak tepat 2. Kode diagnosa dan tindakan medis tepat
(Y) Dependent 2. Persetujuan Pengklaiman BPJS	1. <u>Presentase</u> persetujuan pengklaiman BPJS 2. <u>Presentase</u> penolakan pengklaiman BPJS

Tabel 1 Variabel Penelitian

Berikut merupakan hipotesis yang dinyatakan oleh peneliti:

H₀: Tidak ada pengaruh antara ketepatan pengkodean diagnosa tindakan dalam persetujuan pengklaiman BPJS.

H₁: Ada pengaruh antara ketepatan pengkodean diagnosa tindakan dalam persetujuan pengklaiman BPJS.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini melibatkan 1 responden yang merupakan petugas Kepala Unit Casemix di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang Provinsi Jawa Timur yang dilakukan pada bulan Mei 2024. Teknik Pengambilan data dalam penelitian ini, peneliti melakukan observasi lalu memasukkan data yang peneliti minta dari responden ke lembar observasi dan juga menggunakan teknik pengumpulan data dokumentasi. Data yang diperoleh berupa data sekunder dengan sampel yang diambil dalam rentang waktu 3 bulan yaitu Januari-Maret 2024 kemudian disajikan dalam beberapa bentuk, yaitu analisis Univariat dan Bivariat yang ditunjukkan dengan tabel-tabel analisis Descriptive frequency, menggunakan program Statistical Product and Service Solution (SPSS) ver 29 for windows

dan dianalisa dengan teknik perhitungan statistik Chi-Square

KETEPATAN PENGKODINGAN	JUMLAH	Presentase (%)
TEPAT	85	91,4 %
TIDAK TEPAT	8	8,6 %
TOTAL	93	100 %

Tabel 2 Deskripsi Hasil Ketepatan

Pengkodingan diagnosa dan tindakan

Berdasarkan hasil tabel 2 di atas, dapat diketahui bahwa hasil pengkodean klaim BPJS yang dikatakan tepat menurut tingkat konsistensi kode diagnosa dengan kode tindakan yang berdasarkan pada ICD-10 untuk diagnosa dan ICD-9 untuk tindakan serta regulasi pengkodean yang berlaku yaitu sejumlah 85 (91,4%) berkas klaim. Sedangkan untuk hasil pengkodean klaim BPJS yang tidak tepat sejumlah 8 (8,6%) berkas klaim.

Tingkat Persetujuan Klaim BPJS	JUMLAH	Presentase (%)
Diterima	84	90,3 %
Pending	9	9,7 %
TOTAL	93	100 %

Tabel 3 Deskripsi Hasil Persetujuan

Klaim BPJS

Berdasarkan hasil tabel 3 di atas, dapat diketahui bahwa tingkat persetujuan klaim BPJS yang telah lulus verifikasi berkas klaim dan diterima sejumlah 84 (90,3%) berkas klaim. Sedangkan untuk berkas klaim

yang tidak lulus verifikasi dan terpending ada sekitar 9 (9,7%) berkas klaim.

KETEPATAN PENGKODINGAN	TINGKAT PERSETUJUAN KLAIM BPJS				TOTAL	TOTAL %	P Value
	DITERIMA		PENDING				
	N	(%)	N	(%)			
TEPAT	84	100 %	1	11 %	85	91,4 %	<,001
TIDAK TEPAT	0	0 %	8	89 %	8	8,6 %	
TOTAL	84	100 %	9	100 %	93	100 %	

Tabel 4 Hasil Analisis Penelitian Bivariat

Berdasarkan hasil tabel 4 di atas dapat diketahui bahwa berkas klaim yang hasil pengajuan klaim diterima dan hasil pengkodean diagnosa dan tindakannya tepat ada sejumlah 84 (100%) berkas klaim, sedangkan untuk hasil pengkodean diagnosa dan penyakit tidak tepat ada sebanyak 0 (0%). Lalu untuk berkas klaim yang hasil pengajuan berkas klaim ditolak dan hasil pengkodean diagnosa dan tindakan tepat ada sebanyak 1 (11%) berkas klaim, sedangkan untuk hasil pengkodean diagnosa dan tindakan tidak tepat ada sebanyak 8 (89%). Jadi dapat disimpulkan bahwa berkas klaim yang hasil pengajuan klaim diterima dan hasil pengkodean diagnosa dan tindakan tepat memiliki rasio yang lebih besar dari pada berkas klaim yang hasil pengajuan klaim ditolak 84 (100%) dan hasil pengkodean diagnosa dan tindakan tidak tepat 8

(89%). Hal ini disebabkan oleh besarnya rasio berkas klaim yang diterima 84 (100%), daripada berkas klaim yang tertolak atau terpending.

Berdasarkan hasil analisis data dengan uji Chi-Square didapatkan nilai signficancy p 0,001. Menurut hasil tersebut karena nilai p value < 5% atau 0,05 dapat ditarik kesimpulan bahwa “Ketepatan Pengkodean Tindakan Memiliki Pengaruh Atau Berhubungan Dengan Persetujuan Pengklaiman BPJS” yang berarti Hipotesis Alternatif atau H₁ diterima dan H₀ ditolak.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Siswati 2015) di mana terdapat 86 data sampel yang diteliti, pada data berkas klaim dengan hasil pengkodean diagnosa dan tindakan yang tepat proporsi untuk berkas klaim yang telah lulus verifikasi dan diterima ada sejumlah 31 (88,6%) berkas . Sedangkan untuk berkas klaim yang tidak lulus verifikasi dan dikembalikan dapat disebut klaim pending ada sekitar 16 (31,4%). Kemudian data berkas klaim dengan hasil pengkodean diagnosa dan tindakan yang tidak tepat proporsi untuk berkas klaim yang telah lulus verifikasi dan diterima ada sejumlah 4

(11,4%) berkas. Sedangkan untuk berkas klaim yang tidak lulus verifikasi dan dikembalikan dapat disebut klaim pending ada sekitar 35 (68,6%).

5. KESIMPULAN DAN SARAN

a. Kesimpulan

- Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSI Aisyiyah Malang pada bulan Mei tahun 2024, maka dapat diambil kesimpulan oleh peneliti 1. Dari 93 sampel data klaim pada bulan Januari-Maret tahun 2024, dari data pasien rawat inap di RSI Asyiyah Malang.
- Hasil pengkodean diagnosa dan tindakan yang tepat sejumlah 85 (91,4%) berkas klaim. Sedangkan untuk hasil pengkodean klaim BPJS yang tidak tepat sejumlah 8 (8,6%) berkas klaim.
- Tingkat persetujuan klaim BPJS yang telah lulus verifikasi berkas klaim dan diterima sejumlah 84 (90,3%) berkas klaim. Sedangkan untuk berkas klaim yang tidak lulus verifikasi dan terpending ada sekitar 9 (9,7%) berkas klaim.
- Berdasarkan hasil analisis data menggunakan uji Chi-Square didapatkan nilai signficancy $p = 0,001$. Berdasarkan hasil tersebut karena $p < 0,05$ dapat diambil kesimpulan bahwa “Ketepatan

Pengkodean Tindakan Berpengaruh Terhadap Persetujuan Pengklaiman BPJS.” yang menunjukkan bahwa H₁ diterima dan H₀ ditolak.

b. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSI Aisyiyah Malang pada bulan Mei tahun 2024, maka dapat diberikan saran oleh peneliti sebagai berikut:

- Sebaiknya koder melakukan konfirmasi ulang/ berkonsultasi pada dokter apabila mengalami kendala dalam proses pengkodean.
- Sebaiknya koder lebih teliti dalam memberikan kode diagnosa dan tindakan agar hasil kode tepat dan akurat, dan jangan lupa selalu kembali pada pedoman pengkodean INA-CBG
- Sebaiknya koder dan verifikator dapat membuat komunikasi yang baik, agar proses koordinasi proses klaim terjadi dengan lebih baik, sehingga tidak terjadi hambatan.

6. DAFTAR PUSTAKA

- Gifari, Muhammad Tijar. 2019. “ANALISIS PERSETUJUAN KLAIM BPJS KESEHATAN PADA PASIEN RAWAT INAP.” 08(04):156–66. doi: 10.33221/jikm.v8i04.415.
- Indrayathi, P. A., & Hardy, P. D. K. (2018). *District Health Account dalam Pembiayaan Kesehatan di*

- Indonesia. Bali: Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana.
- Kemenkes RI. 2020. "Permenkes No 3 Tahun 2020 *Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit.*" *Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit* (3):1–80.
- Kesehatan, Kementerian. 2020. "KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR: HK.01.07/MENKES/312/2020 *TENTANG STANDAR PROFESI PEREKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN.*" *Range Management and REGULATION* 4(1):1–15. doi: 10.1016/j.fcr.2017.06.020.
- Maulida, Erlia Safa, and Achmad Djunawan. 2022. "Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga." *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia* 21(6):374–79. doi: 10.14710/mkmi.21.6.374-379.
- Menteri Kesehatan. 2013. "Peraturan Menteri Kesehatan RI No 55 Tahun 2013 *Tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis.*" *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2013.*
- Menteri Kesehatan. 2022. "Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 Tahun 2022 *Tentang Rekam Medis.*" *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022* 151(2):10–17.
- Murni, Melia Rahmadewi, Syukri Lukman, Mendhel Yanthi, Ikhsan Yusda Prima Putra, and Rima Semiarty. 2024. "Analisis Faktor Penyebab Pending Claim Rawat Inap Pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Rumah Sakit Umum Padang." *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat* 8(1):147–56.
- Peraturan Menteri Kesehatan. 2016. "Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 *Tentang PEDOMAN INDONESIA CASE BASE GROUPS (INA-CBG) DALAM PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL.*"
- Presiden, Peraturan. 2018. "Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018." *Tentang Jaminan Kesehatan"*
- Presiden, Peraturan. 2024. "Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024." *Regulasi* (1704544).
- Permenkes. 2014. "Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 *Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*"
- Permenkes. 2021. "Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 *Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan.*" *Handbook* 1–56.
- Pratama, Aldi, Harry Fauzi, Zahrasita Nur Indira, and Prisai Purnama Adi. 2023. "Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen." *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)* 8(1):124–34. doi: 10.52943/jipiki.v8i1.1225.
- Siswati, Selvy Lindu Pratami. 2015. "Hubungan Ketepatan Pemberian Kode Diagn...Pdf." 60.