

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA PENDING KLAIM RAWAT INAP OLEH BPJS DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK. III BANJARMASIN TAHUN 2023

Agus Susilo Susanto¹, Cicilia Windiyaningsih², Kamaruzzaman²

Manajemen Administrasi Rumah Sakit Universitas Respati Indonesia

Abstrak

Pending klaim BPJS di rumah sakit dapat menyebabkan keterlambatan pembayaran dan mengganggu operasional keuangan fasilitas kesehatan. **Penelitian ini bertujuan** untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi pending klaim rawat inap BPJS di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. III Banjarmasin. **Metode penelitian** terapan dengan desain kohor retrospektif. Data kuantitatif menggunakan sumber berkas rekam medik sejumlah 98 berkas. Sedangkan data kualitatif dengan wawancara mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam 10 informan. **Hasil penelitian** menunjukkan bahwa kelengkapan resume medis, ketepatan pengkodean kodifikasi klinis, dan kelengkapan berkas klaim berpengaruh signifikan terhadap pending klaim BPJS. Kekurangan dalam dokumen administratif, kesalahan dalam pengkodean diagnosis dan prosedur medis, serta kurangnya pemahaman petugas terhadap regulasi BPJS menjadi faktor utama yang menyebabkan klaim tertunda. **Kesimpulan** penelitian ini menegaskan pentingnya peningkatan kompetensi petugas, penerapan standar operasional prosedur (SOP) yang lebih ketat, serta optimalisasi sistem informasi rumah sakit untuk mengurangi jumlah klaim yang dipending. **Disarankan** agar rumah sakit meningkatkan sistem monitoring klaim dan melakukan pelatihan rutin bagi tenaga kesehatan dan administrasi untuk meminimalkan kesalahan dalam proses pengajuan klaim.

Kata Kunci: *Pending klaim, BPJS Kesehatan, kodifikasi klinis, kelengkapan dokumen, administrasi rumah saki*

Abstract

Pending BPJS claims in hospitals can cause delays in payments and disrupt the financial operations of health facilities. This study aims to analyze the factors that influence pending BPJS inpatient claims at Bhayangkara Hospital, Banjarmasin. The applied research method with a retrospective cohort design. Quantitative data uses 98 medical record files as sources. While qualitative data with in-depth interviews using in-depth interview guidelines of 10 informants. The results of the study showed that the completeness of the medical resume, the accuracy of clinical codification coding, and the completeness of the claim files have a significant effect on pending BPJS claims. Deficiencies in administrative documents, errors in coding medical diagnoses and procedures, and lack of understanding of BPJS regulations by officers are the main factors causing delayed claims. The conclusion of this study emphasizes the importance of improving officer competence, implementing stricter standard operating procedures (SOPs), and optimizing hospital information systems to reduce the number of pending claims. It is recommended that hospitals improve their claim monitoring systems

and conduct routine training for health workers and administrators to minimize errors in the claim submission process.

Keywords: Pending claims, BPJS Kesehatan, clinical codification, completeness of documents, hospital administration

PENDAHULUAN

Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS Kesehatan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Pengajuan ini dilakukan secara kolektif dan diberikan kepada BPJS Kesehatan setiap bulan. Ini merupakan bagian penting dari implementasi JKN yang diselenggarakan di rumah sakit oleh BPJS melalui pengajuan klaim. Rumah sakit harus menyerahkan dokumen bukti sebagai syarat pengajuan klaim untuk mendapatkan biaya ini. Klaim rumah sakit harus dikirim baik dalam hardcopy maupun softcopy. Ini karena dokumen pengajuan klaim JKN harus lengkap agar proses penggantian biaya pelayanan dapat berjalan lancar (Maulida & Djunawan, 2022).

Rumah sakit yang melakukan kerja sama dengan BPJS dapat mengalami kerugian karena klaim BPJS yang dipending dan dapat menyebabkan pembayaran yang tidak sesuai dengan biaya yang diajukan. Hal ini terutama berlaku untuk rumah sakit pemerintah karena ketidaksesuaian

pembiayaan dengan jumlah klaim yang diajukan (Simbolon & Gani, 2023).

Dalam penggunaan BPJS Kesehatan, pengklaiman dilakukan setelah pasien selesai menerima perawatan. Proses pengajuan klaim dari Rumah Sakit ke BPJS Kesehatan melibatkan verifikasi kelengkapan berkas administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan verifikasi pelayanan kesehatan. Ini sangat penting untuk memastikan bahwa berkas lengkap (Oktamianiza et al, 2022).

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Program JKN menetapkan tarif Case Based Groups (INA-CBGs). Tarif ini memungkinkan rumah sakit dan pihak pembayar untuk membayar melalui INA-CBGs hanya dengan menyampaikan diagnosis dan tindakan pasien dari kode INA-CBGs.

Karena proses administrasi klaim BPJS Kesehatan menggunakan INA-CBGs, pembayaran klaim disesuaikan dengan

kelompok penyakit yang diderita, resume medis dengan diagnosa yang merujuk pada ICD-10 atau ICD-9-CM harus digunakan saat mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan. Menurut Permenkes Nomor 26 tahun 2021, koding INA-CBGs dapat dilakukan setelah pengkodean. Ini dimaksudkan untuk memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder menurut ICD-10 dan kode prosedur menurut ICD-9-CM. Kode ini memiliki dampak yang signifikan terhadap jumlah biaya yang dikeluarkan rumah sakit. Setelah pengkodean selesai menggunakan koding INA-CBGs, dilakukan klaim BPJS. Untuk memastikan bahwa biaya program Jaminan Kesehatan digunakan dengan benar, klaim harus diverifikasi.

Menurut Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN, verifikasi dokumen klaim dilakukan setelah tahapan entri dan pengkodean terakhir dalam pengajuan klaim. Tujuan verifikasi dokumen klaim adalah untuk memastikan bahwa biaya yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan untuk program Jaminan Kesehatan Nasional digunakan secara tepat jumlah, tepat waktu, dan dengan benar.

Untuk melakukan verifikasi klaim ini, verifikator BPJS Kesehatan akan memeriksa berkas klaim yang diterima dan menghitung berapa banyak klaim yang akan diajukan. Setelah berkas diterima, rumah sakit akan menulis laporan penagihan, yang akan dikirim ke cabang BPJS Kesehatan. Setelah verifikasi selesai, terdapat tiga status klaim: klaim layak, klaim tidak layak (pending), dan klaim dispute.

Beberapa faktor mempengaruhi cepat atau lambatnya pencairan klaim rumah sakit. Salah satu faktor yang menyebabkan klaim rumah sakit dikembalikan adalah kelengkapan dokumentasi pasien selama dirawat. Faktor-faktor seperti koding dan kelengkapan berkas menyebabkan verifikasi BPJS Kesehatan menjadi lebih sulit. (BPJS Kesehatan, 2014).

Menurut penelitian yang dilakukan Maulida dan Djunawan (2022) di RS Universitas Airlangga, terdapat empat faktor penyebab klaim pending pelayanan rawat inap yaitu berkas tidak lengkap, kurang tepatnya koding, kurangnya pemeriksaan penunjang dan kurangnya eviden terapi. Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan Santiasih et al

(2021) di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai, faktor yang menyebabkan klaim menjadi dipending karena ketidaksesuaian atau tidak lengkapnya pengisian item-item didalam pengisian rekam medis, kesalahan petugas dalam proses penginputan, selain itu perbedaan pemahaman mengenai kelengkapan berkas klaim antara pihak verifikator internal rumah sakit.

Adapun penelitian yang dilakukan Nabila et al (2020) di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo menunjukkan bahwa faktor yang menyebabkan terjadinya pending pada klaim BPJS adalah koding yang tidak sesuai antara petugas rumah sakit dengan verifikator BPJS. Dan penelitian yang dilakukan Puspaningsih et al (2022) tentang evaluasi dalam administrasi klaim BPJS Kesehatan dalam menurunkan klaim pending didapatkan bahwa pengaruh terbesar pada pending klaim BPJS adalah faktor pengkodean dan ketidaklengkapan rekam medis.

Di Rumah Sakit Bhayangkara Tk. III Banjarmasin telah ditemukan berkas persyaratan tidak lengkap pada pelayanan rawat inap. Oleh karena itu, besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan rumah

sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim. Permasalahan yang berkaitan dengan pembayaran klaim dapat mengganggu aliran kas rumah sakit.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian terapan cohort retrospektif, yang berarti melakukan penelusuran dokumen sebelumnya, dengan metode campuran (*Mix Method*) yang menggunakan penelitian kuantitatif dan kualitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah berkas klaim rawat inap peserta BPJS di RS Bhayangkara Tk. III Banjarmasin tahun 2023 sebanyak 6.498 berkas. Pada penelitian ini, sampel data kuantitatif diambil sejumlah 98 berkas dengan cara *random sampling*, sedangkan data kualitatif diambil dengan cara wawancara mendalam kepada 10 informan. Jumlah sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan rumus *Slovin*. Variabel-variabel dalam penelitian ini yaitu, variabel independen: Kelengkapan pengisian resume medis; Ketepatan pengkodean kodifikasi klinis; dan Kelengkapan berkas klaim sedangkan variabel dependennya adalah pending klaim.

HASIL PENELITIAN

Data berkas klaim rawat inap RS Bhayangkara Tk. III Banjarmasin tahun 2023 yang dikirim ke BPJS.

Tabel : Berkas Klaim Rawat Inap RS Bhayangkara Tk. III Banjarmasin Tahun 2023

BULAN	BERKAS DISETUIJ		BERKAS PENDING		TOTAL BERKAS KLAIM RI	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
JAN	503	98%	10	2%	513	100%
FEB	523	98%	13	2%	536	100%
MAR	579	99%	4	1%	583	100%
APR	501	98%	11	2%	512	100%
MEI	534	94%	35	6%	569	100%
JUN	519	97%	17	3%	537	100%
JUL	458	95%	22	5%	480	100%
AGT	526	96%	21	4%	547	100%
SEP	483	88%	64	12%	547	100%
OKT	534	96%	21	4%	555	100%
NOV	532	96%	22	4%	554	100%
DES	548	97%	17	3%	565	100%
TOTAL	6240	96%	257	4%	6498	100%

Sumber: Data Unit Casemix JKN Tahun 2023

Dari data tabel tersebut diatas berkas pending klaim rawat inap tahun 2023 sebesar 257 berkas dengan pending klaim

terbanyak pada bulan September sebesar 12% dan paling sedikit pada bulan Maret sebesar 1%.

ANALISIS KUANTITATIF

1. Analisis Univariat

Variabel		Frekuensi	Persentase (%)
Status Pending Klaim	Pending	64	65
	Tidak Pending	34	35
Kelengkapan Pengisian	Lengkap	73	74

Variabel		Frekuensi	Persentase (%)
Resume Medis	Tidak Lengkap	25	26
Ketepatan Pengkodean	Tepat	56	57
Kodifikasi Klinis	Tidak Tepat	42	43
Kelengkapan Berkas	Lengkap	67	68
Klaim	Tidak Lengkap	31	32

Dari 98 berkas sampel yang diambil, terdapat 64 berkas yang pending (65%) dan 34 berkas yang tidak pending (34%). Kelengkapan resume medis mayoritas lengkap sebanyak 73 berkas (74%) dan 25 berkas (26%)

tidak lengkap. Ketepatan kodifikasi klinis 56 berkas (57%) sudah tepat dan 42 berkas (43%) tidak tepat. Dan kelengkapan berkas klaim 73 berkas lengkap (74%) dan 25 berkas tidak lengkap (26%).

2. Analisis Bivariat

Tabel : Pengaruh Kelengkapan Resume Medis Terhadap Pending Klaim

Pengaruh Kelengkapan Resume Medis Terhadap Pending Klaim							
Resume Medis	Status Pending			Nilai P	Exp B	95% CI	
	Klaim		Total			lower	upper
	Tidak	Pending					
	Pending						
Lengkap	20	53	73	0,019	0,296	0,116	0,761
Tidak Lengkap	14	11	25				
Total	34	64	98				

(Sumber: SPSS)

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa kelengkapan resume medis berpengaruh terhadap status pending klaim dengan nilai $P = 0,019 < 0,25$.

Tabel 5.10 Pengaruh Ketepatan Kodifikasi Klinis Terhadap Pending Klaim

Pengaruh Ketepatan Kodifikasi Klinis Terhadap Pending Klaim							
Kodifikasi Klinis	Status Pending			Nilai P	Exp B	95% CI	
	Klaim		Total			lower	upper
	Tidak	Pending					
	Pending						
Tepat	32	24	56				
Tidak Tepat	2	40	42	0,000	26,667	5,858	121,384
Total	34	64	98				

(Sumber: SPSS)

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa ketepatan kodifikasi klinis berpengaruh terhadap status pending klaim dengan nilai $P = 0,000 < 0,25$.

Tabel 5.11 Pengaruh Kelengkapan Berkas Klaim Terhadap Pending Klaim

Pengaruh Kelengkapan Berkas Klaim Terhadap Pending Klaim								
Berkas Klaim	Status Pending			Total	Nilai P	Exp B	95% CI	
	Klaim		Pending			lower	upper	
	Tidak							
	Pending							
Lengkap	16	51	67	0,002	0,227	0,091	0,562	
Tidak Lengkap	18	13	31					
Total	34	64	98					

(Sumber: SPSS)

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa kelengkapan berkas klaim berpengaruh terhadap status pending klaim dengan nilai $P = 0,002 < 0,25$.

3. Analisis Multivariat

Tabel : Analisis Multivariat

Variabel	P-Value (Sig.)	OR	CI 95%
Kodifikasi Klinis	0,000	26,667	5,858 – 121,384
Resume Medis	0,011	0,296	0,116 – 0,761
Berkas Klaim	0,001	0,227	0,91 – 0,562

(Sumber: SPSS)

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa semua variabel berpengaruh terhadap status pending klaim. Nilai OR terbesar yang diperoleh yaitu 26,667 artinya kodifikasi klinis mempunyai peluang 26 kali lebih besar menyebabkan status pending klaim. Resume medis 70% berkontribusi terhadap lengkap, 77% berkas klaim lengkap tidak pending klaim.

ANALISIS KUALITATIF

Berdasarkan indikator-indikator dalam definisi operasional dan variabel penelitian, wawancara mendalam dilakukan dengan para informan yang terdiri dari kepala unit, petugas klaim, petugas koding, verifikator rumah sakit, verifikator BPJS Kesehatan, dan petugas rekam medis. Wawancara ini bertujuan untuk menggali faktor-faktor yang mempengaruhi pending klaim BPJS rawat inap di RS Bhayangkara Tk. III Banjarmasin. Adapun poin pertanyaan nya terdiri dari

Bagaimana regulasi yang diterapkan dalam pengelolaan pending klaim BPJS di rumah sakit, Bagaimana kompetensi petugas klaim dalam menangani pengajuan klaim BPJS, Bagaimana tingkat kelengkapan berkas klaim yang diajukan oleh rumah sakit, Bagaimana ketepatan pengkodean kodifikasi klinis di rumah sakit, dan Apakah sarana dan prasarana di rumah sakit ini sudah mendukung proses klaim BPJS secara optimal.

1. Regulasi Pengelolaan Pending Klaim

Sebagian besar informan menyatakan bahwa keberadaan SOP terkait pengelolaan klaim pending sudah ada, tetapi belum sepenuhnya dijalankan secara optimal. Beberapa petugas mengaku masih mengalami kesulitan dalam memahami aturan BPJS Kesehatan yang sering berubah. Hambatan utama dalam implementasi regulasi adalah adanya ketidaksesuaian

antara aturan BPJS dan praktik di rumah sakit.

Regulasi yang tidak jelas atau sulit dipahami dapat menyebabkan perbedaan interpretasi antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Hal ini berdampak pada tingginya jumlah klaim yang tertunda karena adanya ketidaksepakatan dalam validasi klaim.

2. Kompetensi Pelaksana

Banyak petugas klaim dan koder yang belum mendapatkan pelatihan formal terkait kodifikasi klinis dan standar BPJS Kesehatan. Sebagian besar informan menyebutkan bahwa mereka memahami dasar-dasar pengkodean, tetapi masih menghadapi kesulitan dalam menentukan kode diagnosis yang sesuai. Selain itu, perbedaan persepsi antara tenaga kesehatan dan verifikator BPJS sering menjadi penyebab pending klaim.

Kompetensi pelaksana klaim sangat menentukan keberhasilan proses klaim. Kurangnya pemahaman terhadap kodifikasi klinis (ICD-10) dapat menyebabkan kesalahan dalam pengajuan klaim yang berujung pada pending klaim.

3. Kelengkapan Berkas Klaim

Sebagian besar klaim yang pending disebabkan oleh berkas yang tidak lengkap atau tidak sesuai dengan standar BPJS. Beberapa informan menyebutkan bahwa keterlambatan dalam pengumpulan dokumen juga menjadi kendala utama. Selain itu, sering terjadi perbedaan interpretasi antara petugas administrasi rumah sakit dan verifikator BPJS mengenai kelengkapan berkas.

Berkas klaim yang tidak lengkap menjadi salah satu faktor utama pending klaim. Hal ini dapat disebabkan oleh kurangnya koordinasi antara unit pelayanan dan administrasi dalam melengkapi dokumen pasien sebelum diajukan ke BPJS.

4. Ketepatan Pengkodean Kodifikasi Klinis

Sebagian besar informan menyatakan bahwa kodifikasi klinis masih menjadi tantangan dalam pengajuan klaim BPJS. Beberapa petugas koding menyebutkan bahwa ada kasus di mana diagnosis yang diberikan oleh dokter tidak sesuai dengan kode BPJS yang ditentukan, sehingga klaim menjadi pending.

Ketepatan dalam pengkodean sangat penting dalam sistem klaim BPJS. Perbedaan dalam interpretasi kode diagnosis dapat menyebabkan klaim tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh BPJS, sehingga menghambat proses pembayaran.

5. Sarana dan Prasarana Pendukung

Sebagian besar informan menyatakan bahwa sistem informasi rumah sakit (SIMRS) yang digunakan belum sepenuhnya terintegrasi dengan aplikasi BPJS Kesehatan. Akibatnya, banyak proses yang masih dilakukan secara manual, sehingga meningkatkan risiko kesalahan dalam penginputan data klaim.

Kurangnya integrasi sistem informasi dapat menyebabkan keterlambatan dalam pengajuan klaim dan meningkatkan kemungkinan kesalahan administratif. Penyempurnaan sistem informasi dapat membantu mempercepat proses klaim dan mengurangi jumlah klaim yang pending.

PEMBAHASAN

Hasil analisis kuantitatif menunjukkan bahwa kelengkapan resume medis, ketepatan pengkodean kodifikasi klinis, dan kelengkapan berkas klaim berpengaruh signifikan terhadap pending klaim ($p < 0,05$).

1. Kelengkapan Resume Medis

Sebanyak 26% resume medis tidak lengkap, yang menyebabkan berkas klaim tertunda. Ketidaklengkapan ini terutama terkait dengan dokumen pemeriksaan penunjang yang tidak tercantum, diagnosis yang tidak sesuai standar, serta tanda tangan dokter yang belum dibubuhkan.

2. Ketepatan Pengkodean Kodifikasi Klinis

Sebanyak 43% pengkodean kodifikasi klinis tidak tepat, yang menyebabkan klaim tertunda atau ditolak oleh BPJS. Kesalahan ini disebabkan oleh kurangnya pemahaman tenaga koding tentang sistem INA-CBGs dan seringnya revisi aturan pengkodean dari BPJS.

3. Kelengkapan Berkas Klaim

Sebanyak 26% berkas klaim tidak lengkap, menyebabkan proses klaim terganggu. Masalah ini terjadi akibat ketidaksesuaian format dokumen dengan standar BPJS, kurangnya

koordinasi antarunit rumah sakit, dan kesalahan dalam pengisian formulir administrasi.

Hasil analisis kualitatif yaitu wawancara dengan petugas terkait menunjukkan bahwa beberapa faktor lain turut mempengaruhi pending klaim, di antaranya:

1. Regulasi BPJS yang sering berubah, menyebabkan kesulitan dalam menyesuaikan prosedur klaim.
2. Kurangnya pelatihan bagi tenaga medis dan administrasi, terutama terkait dengan pengisian resume medis dan pengkodean diagnosis.
3. Sistem informasi rumah sakit (SIMRS) yang belum terintegrasi dengan e-Claim BPJS, sehingga masih banyak proses yang dilakukan secara manual, meningkatkan risiko kesalahan dalam pengajuan klaim.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa pending klaim BPJS rawat inap di RS Bhayangkara Tk. III Banjarmasin terutama disebabkan oleh ketidaklengkapan resume medis, kesalahan dalam pengkodean kodifikasi klinis, serta ketidaksempurnaan

berkas klaim. Untuk mengatasi masalah ini, diperlukan:

1. Peningkatan sistem pencatatan medis, dengan memastikan bahwa seluruh resume medis telah terisi lengkap sebelum diajukan.
2. Pelatihan berkala bagi tenaga coding dan administrasi, guna meningkatkan akurasi dalam pengisian klaim dan pemahaman regulasi BPJS.
3. Integrasi SIMRS dengan sistem e-Claim BPJS, agar pengajuan klaim dapat dilakukan secara otomatis dan mengurangi risiko kesalahan input.
4. Penguatan sistem monitoring oleh manajemen, dengan menerapkan sistem audit internal sebelum klaim diajukan ke BPJS

DAFTAR PUSTAKA

- Maulida, E. S. dan Djunawan, A. (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia. 21(6), 374-379

- Simbolon, F. dan Gani, A. (2023). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap: Literatur Review. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan*. 14(1), 72-78
- Oktamianiza, O., Reza, I. A., Novita, D. (2022). Tinjauan Ketepatan Kode dengan Pending Klaim Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 5(1), 37–46.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 69 Tahun 2013 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Program JKN
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan JKN
- BPJS Kesehatan. (2014). Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, ed.). Jakarta.
- Santiasih, W. A., Asyiah, S., Beni, S. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*. 7(2), 1381-1394
- Nabila S. F., Santi M. W., Tabrani Y., Deharja A. (2020). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Akibat Koding Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. *J-REMI J. Rekam Med dan Info Kesehatan*. 1(4), 519–528
- Puspaningsih, M., Suryawati, C., & Arso, S. P. (2022). Evaluasi Administrasi Klaim BPJS Kesehatan dalam Menurunkan Klaim Pending. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(6), 7055–7064
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
- Bastian, I. (2008). *Akuntansi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman

- Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)
- Anwar, K. (2007). Asuransi Syariah, Halal & Maslahat. Solo: Tiga Serangkai
- Marchinko, D. E. (2006). Dictionary of Health Insurance and Managed Care. New York: Springer Publishing
- Ilyas, Y. (2006). Mengenal Asuransi Kesehatan: Review Utilitas, Manajemen Klaim dan Fraud. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Kartika, D. (2014). Analisis Ketepatan Waktu Penyelesaian Klaim Rawat Inap Pasien BPJS di RSUD Dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak Tahun 2014. Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Kulo, Debby, Massie, R.G.A., Kandou, G.D. (2014). Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Yang Berasal Dari Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow. JIKMU. 4(4), 610-624
- Muroli, C. J., Rahardjo, T. B. W., & Kodyat, A. G. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap Oleh BPJS di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat Tahun 2019.
- Kusumawati, A. N., & Pujiyanto. (2020). Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja Tahun 2018.
- Santiasih, W. A., Simanjorang, A., & Satria, B. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai.
- Nabila, A., et al. (2020). Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo