

## Determinan Pengembalian Berkas Klaim Berdasarkan Akurasi Kode Diagnosis Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSI Sultan Agung Semarang

### Determinants of Returning Claim Files Based on Diagnosis Code Accuracy BPJS Health Inpatients at RSI Sultan Agung Semarang

Rizkiyatul Amalia<sup>1</sup>  
Sri Lestari<sup>2</sup>  
Angga Ferdianto<sup>3</sup>  
Prima Soultoni Akbar<sup>4</sup>  
Nabila Fardilan<sup>5</sup>

<sup>1,2,3,4,5</sup>Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang  
Jl. Tirta Agung, Pedalangan, Banyumanik, Semarang  
E-mail : [rizkiyatulamaliahasbi.rmik@gmail.com](mailto:rizkiyatulamaliahasbi.rmik@gmail.com)

#### Abstract

The Social Security Organizing Agency (BPJS) formed by the government aims to provide Health Insurance for the community through the JKN (National Health Insurance) program. BPJS makes payment to the Hospital, but when there is a discrepancy in the claim process, the file is returned. The primary key grouper results in INA-CBG's coding of diagnosis and action. Of the 111 claim files returned due to code discrepancies, 50 files with a percentage of 45%. The study aims to determine the determinants of claim file returns based on the accuracy of diagnostic codes and actions. The study used a retrospective approach method with an observational descriptive type. The sample used was 53 medical records for returning claim files in October 2022 using a simple random sampling technique. The instruments used are checklist sheets and observation sheets. Determination on the checklist sheet is assisted by expert analysis/expert validation. The results showed that the return of claim files based on the accuracy of the diagnosis code was 19% accurate and 81% inaccurate. The most influential causes of discrepancies in the diagnosis code are the absence of strong supporting examination results and discrepancies in the type of action or description in the operation report/anesthesia report.

**Keywords:** BPJS, claim, diagnosis, medical record, pending,

#### Abstrak

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang dibentuk pemerintah bertujuan memberikan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat melalui program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional). Pembayaran dilakukan BPJS kepada Rumah Sakit, tetapi saat terdapat ketidaksesuaian dalam proses klaim maka berkas dikembalikan. Kunci utama hasil grouper dalam INA-CBG's pengkodean diagnosis dan tindakan. Dari 111 berkas klaim yang kembali disebabkan ketidaksesuaian kode sebanyak 50 berkas dengan presentase 45%. Penelitian bertujuan mengetahui determinan pengembalian berkas klaim berdasarkan akurasi kode diagnosa dan tindakan. Penelitian menggunakan metode pendekatan retrospektif dengan jenis dekriptif observasional. Sampel yang digunakan 53 rekam medis pengembalian berkas klaim bulan Oktober tahun 2022 dengan teknik simple random sampling. Instrumen yang digunakan lembar checklist dan lembar observasi. Penentuan pada lembar checklist dibantu oleh analisis pakar/validasi pakar. Hasil penelitian menunjukkan pengembalian berkas klaim berdasarkan akurasi kode diagnosis yaitu sebesar 19% akurat dan 81% tidak akurat. Penyebab yang paling berpengaruh terjadi ketidaksesuaian kode diagnosis yaitu, tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang yang kuat dan ketidaksesuaian jenis tindakan ataupun deskripsi dalam laporan operasi/laporan anestesi.

**Kata kunci:** BPJS, Diagnosa, Klaim, Pending, Rekam Medis

## 1. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan salah satu upaya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh fasilitas kesehatan. Rumah sakit yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dapat mengajukan klaim dan selanjutnya dibayar oleh BPJS Kesehatan apabila telah dinyatakan layak klaim. Sistem INA-CBG's bukan lagi merinci pada pelayanan yang diberikan kepada pasien, namun merinci pada kode diagnosis dan prosedur yang dikoding oleh masing-masing koder rumah sakit. Coding merupakan salah satu bagian dari unit rekam medis yang mempunyai fungsi memberi kode pada diagnosis utama maupun memberi kode pada tindakan yang sesuai dengan aturan ICD-10 dan ICD 9-CM

Pengembalian berkas klaim terjadi karena ketidaksesuaian antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit terkait pelayanan menyangkut penegakan koding maupun tindakan klinis. Keakuratan kode merupakan ketelitian, ketepatan pemberian penetapan kode meliputi pengkodean diagnosis penyakit dan pengkodean tindakan medis (Budi, dkk. 2017). Kegiatan pengkodean dimulai dari analisis rekam medis, pada formulir rawat inap dimana dokter menuliskan diagnosis penyakit. Bila tidak menemukan diagnosis pada lembar rawat inap, petugas melihat dari lembar-lembar lain yaitu dengan menganalisis lembar resume medis, catatan dokter, lembar IGD, catatan persalinan, catatan operasi, catatan pemeriksaan fisik, dan catatan asuhan keperawatan untuk menentukan kode diagnosis.

Penelitian yang dilakukan oleh Cici dkk di Rumah Sakit South Jakarta dinyatakan bahwa dari 105 sampel rekam medis didapatkan angka ketidaklengkapan resume terbanyak pada pemeriksaan penunjang (12,2%), ketidaksesuaian pengisian pada diagnosis sekunder mencapai (68,6%) dan ketidaktepatan koding paling tinggi pada diagnosis utama (21,9%). (Opitasari & Nurwahyuni, 2018). Hasil studi pendahuluan diketahui bahwa dari 111 berkas klaim yang kembali, berkas yang kembali disebabkan ketidaksesuaian kode sebanyak 50 berkas dengan presentase 45%. Ketidaksesuaian kode dikarenakan beberapa hal, diantaranya; tidak adanya hasil penunjang yang mendukung, DPJP tidak menuliskan diagnosa tapi diklaimkan oleh rumah sakit, kurang memahaminya kaidah koding, yang

semestinya dikoding secara gabung tetapi rumah sakit mengkodekan secara terpisah.

Faktor yang mempengaruhi beberapa keakuratan kode adalah tenaga medis, koder, kelengkapan medis dan kebijakan mengenai SOP. Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk meneliti terkait dengan Determinan Pengembalian Berkas Klaim Berdasarkan Akurasi Kode Pasien Rawat Inap BPJS Kesehatan di RSI Sultan Agung Semarang.

## 2. Metode

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif observasional dengan metode pendekatan retrospektif. Penelitian survey deskriptif yaitu penelitian untuk melihat gambaran dalam populasi tertentu, melihat akurasi kode diagnosis. Pendekatan retrospektif adalah suatu penelitian untuk mempelajari atau menggali rekam medis di masa lampau (lama). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran determinan pengembalian berkas klaim berdasarkan akurasi kode pada pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RSI Sultan Agung Semarang ditinjau dari keakuratan kode diagnosis yang ditegakkan oleh koder.

Populasi pada bulan Oktober tahun 2022 sejumlah 112 berkas yang kembali dari BPJS. Sampel terdiri dari 53 berkas. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah:

1. Observasi
2. Studi dokumentasi
3. Analisis dan validasi pakar

Instrumen penelitian ini menggunakan lembar checklist yang menganalisis kekonsistenan berkas satu dengan berkas lain, diantaranya: asesmen awal, CPPT, resume medis (diagnosis akhir), laporan operasi, dan hasil pemeriksaan penunjang.

## 3. Hasil dan Pembahasan

**Tabel 1. Pengembalian Berkas Klaim**

<i>Feedback</i>	<i>Frekuensi</i>	<i>Presentase</i>
Kode Diagnosis	32	60%
Kode Tindakan	7	13%
Non Kode	14	27%
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

(Sumber: Data primer rekam medis bulan Oktober tahun 2022)

Berdasarkan Tabel 1 diatas, diketahui dari 53 sampel berkas rekam medis yang dikembalikan. Terdapat 32 berkas (60%) yang dikembalikan dikarenakan aspek kode diagnosis dan 7 berkas (13%) dikembalikan dikarenakan kode tindakan. Dari 32 berkas yang dikembalikan dikarenakan kode diagnosis, dapat dianalisis akurat atau tidaknya kode diagnosis yang ditegakkan oleh koder. Dengan melihat kekonsistenan antara berkas pendukung satu dengan berkas pendukung yang lain.

**Tabel 2. Berkas Pendukung Akurasi Kode Diagnosis**

Berkas Pendukung	Presentase
Asesmen Awal	16%
CPPT	19%
Hasil Pemeriksaan Penunjang	53%
Resume Medis	3%
Laporan Operasi	9%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

(Sumber: Data primer rekam medis bulan Oktober tahun 2022)

Berdasarkan Tabel 2 diatas, diketahui berkas yang paling mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis adalah hasil pemeriksaan penunjang dengan presentase 53%. Hal itu, menyebabkan kesalahan penentuan kode yang kurang tepat oleh koder. Tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang yang mendukung, tidak adanya tata laksana yang menunjang kode diagnosis tersebut ditegakkan, kurangnya asesmen yang kuat oleh DPJP menyebabkan pengembalian berkas klaim dari BPJS kepada RSI Sultan Agung Semarang.

**Tabel 3. Hasil Akurasi Kode Diagnosis**

Akurasi Kode Diagnosis	Frekuensi	Presentase
Akurat	6	19%
Tidak Akurat	26	81%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

(Sumber: Data primer rekam medis bulan Oktober tahun 2022)

Secara keseluruhan, pengembalian berkas klaim berdasarkan kode diagnosis kategori akurat sebanyak 6 berkas dengan presentase 19%, sedangkan yang tidak akurat sebanyak 26 berkas dengan presentase 81%.

Pengembalian berkas klaim berdasarkan akurasi kode diagnosis sebanyak 32 berkas. Baik itu dikarenakan kode diagnosis utamanya ataupun kode diagnosis sekundernya. Diagnosis yang ditegakkan oleh dokter pada akhir episode perawatan yang menyebabkan pasien mendapatkan perawatan atau pemeriksaan lebih lanjut termasuk diagnosis utama. Diagnosis sekunder yaitu diagnosis yang menyertai diagnosis utama pada saat pasien masuk atau yang terjadi selama episode perawatan. Secara keseluruhan, pengembalian berkas klaim yang kode diagnosisnya akurat sebanyak 6 berkas dengan presentase 19%, sedangkan yang tidak akurat sebanyak 26 berkas dengan presentase 81%.

Dikatakan akurat, apabila pada kelima berkas (asesmen awal, hasil pemeriksaan penunjang, CPPT, diagnosis akhir pada resume medis, serta laporan operasi) saling konsisten. Dikatakan tidak akurat, apabila salah satu atau beberapa berkas dari kelima berkas (asesmen awal, hasil penunjang, CPPT, diagnosis akhir pada resume medis, serta laporan operasi) tidak menunjukkan kekonsistenan. Didukung penelitian maryati et al, (2019) yang menunjukkan bahwa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas kode diagnosa antara lain dokter, tenaga medis lainnya (perawat) dan petugas rekam medis (koder). Dokter dan perawat bertanggungjawab atas kualitas pasien informasi medis dan pengkodean bertanggungjawab atas kualitas kode diagnosis berdasarkan data medis. Koder harus dapat menentukan kode diagnosis sesuai dengan klasifikasinya.

Berkas yang paling mempengaruhi ketidakakuratan kode diagnosis tersebut adalah hasil pemeriksaan penunjang dengan presentase 53%. Beberapa contoh kasus, sebagai berikut:

**Tabel 4. Contoh kasus pengembalian berkas klaim berdasarkan akurasi kode diagnosis (pemeriksaan penunjang)**

No. RM	: 12701xx
Anamnesis	: Riwayat HIV, batuk dan sesak.
CPPT	: Batuk berdahak berhari hari
Pemeriksaan penunjang	: Hasil Thorax: COR suspek kardiomegaly LV Klasifikasi arkus aorta Pulmo cenderung gambaran TB paru

Diagnosis	: B20.7
Klaim	B20.0 B20.6
Diagnosis	: B20.0
peneliti dan <i>Expert</i> <i>Judgement</i>	
(Sumber: Data primer rekam medis bulan Oktober tahun 2022)	

Kasus diatas, dengan revisi hasil *feedback* dari BPJS adalah konfirmasi kondisi *multiple* HIV, serta penunjang kode B20.6 "*HIV disease resulting in Pneumocystis jirovecii pneumonia*". Kasus diatas, terjadi *double* kode diagnosis, sehingga menyebabkan ketidaktepatan kode diagnosis yang diberikan oleh koder. Kode B20.7 "*HIV disease resulting in multiple infections*" menunjukkan terdapat banyak (*multiple*) infeksi. Rekam medis pasien, menunjukkan tidak adanya infeksi lain selain *Tuberculosis* Paru. Mengacu pada hasil foto thorax yang berbunyi "pulmo cenderung gambaran *Tuberculosis* paru", artinya lebih cenderung ke kode diagnosis B20.0 saja yaitu "*HIV disease resulting in tuberculosis*".

Kode diagnosis B20.0 "*HIV disease resulting in tuberculosis*" mengacu pada Berita Acara Kesepakatan Tahun 2019 No. JP 02.01/3/1693/2020 No. 411/BA/0720, diagnosis B20.0 "*HIV disease resulting in tuberculosis*" menjadi diagnosis utama dikarenakan adanya TB paru.

Hasil penelitian sering kali menemukan pihak casemix mengklaim diagnosis utama sedangkan diagnosis tersebut tidak ada penunjang yang lebih kuat. Padahal diagnosis yang sekunder memiliki penunjang atau tata laksana yang lebih dominan untuk dijadikan diagnosis utama.

**Tabel 5. Contoh kasus pengembalian berkas klaim berdasarkan akurasi kode diagnosis (pemeriksaan penunjang)**

No. RM	: 1387xx
Anamnesis	: Sesak nafas, nyeri benjolan dibawah ketiak kiri., thorax hasilnya efusi pleura kanan. Tanda vital: TD 136/92, Nadi 86x/mnt, Respirasi 26x/mnt, Suhu 36. Rasa nyeri penyebabnya tumor, kualitas nyeri tertindih, pada bagian payudara, sudah lama/kronis dan hilang timbul.

CPPT	: Diagnosis dokter: ca mamae sin, efusi pleura, dyspnea. Pasien juga mengatakan nyeri pada payudara. DPJP: Sp. P dan Sp. B. Onk (K) Obat injeksi dan oral: furosemid, cavicur, spironolacta, erphaphyllin, racikan, kalmetason, ranitidin, ondansentron, dexametason, dippehidran Obat kemo: carpoblat, phaxus, fitrolit
Pemeriksaan penunjang	: Pemeriksaan Lab: Hb low, asam urat high, ureum high, creatinin high. Albumin low, kalium high, natrium low Foto Thorax: Cor tak dapat dinilai, pulmo tak tampak bercak dan nodul pada lapangan paru yang tervisualisasi, efusi pleura kanan. Efusi pleura kiri, adanya massa maupun atelektasos pada paru kiri belum dapat disigkirkan Hasil PA : materialnya efusi pleura Adanya neoplastik ganas sesuai dengan invasive ductal carcinoma grade IUUI limfonidi mengandung sel-sel ganas sesuai dengan metastasis adenocarcinoma

Diagnosis	: Z51.1
Klaim	R18 J90
Diagnosis	: Z51.1
peneliti dan <i>Expert</i> <i>Judgement</i>	C50.9 C78.2

(Sumber: Data primer rekam medis bulan Oktober tahun 2022)

Revisi dari BPJS pada kasus diatas berbunyi "konfirmasi diagnosa CA? Cek hasil pemeriksaan laboratorium cairan pleura, 1) Jika efusi pleura menunjukkan keganasan yang tegak secara medis maka menggunakan kode C78.2, 2) Jika tidak ada riwayat *primary cancer*, namun ditemukan keganasan pada cairan pleura maka dikoding C38". Pedoman koding untuk kode Z51.1 "*Chemotherapy session for neoplasm*" ada perhatian khusus dari BPJS berbunyi

“perhatikan protokol kemoterapi, regimen dan *billing*. Jenis kanker/ Ca dilihat dari hasil pemeriksaan penunjang berupa hasil Patologi Anatomi, penilaian keganasan sel atau analisis *Bone marrow* untuk kasus keganasan pada sel darah. Untuk terapi adjuvan bukan merupakan bagian dari episode kemoterapi (tidak dapat menggunakan kode Z51 “*Other medical care*”). Jadi, jika pasien dari poli dengan terprogram kemo maka diagnosa utama menggunakan kode Z51.1 “*Chemotherapy session for neoplasm*”. Tetapi, jika pasien masuk dari IGD, maka diagnosis utamanya menggunakan C50.9 “*Breast, unspecified*”.

Penegakan kode diagnosis J90 “*Pleural Effusion*” tidaklah mudah, dengan disertai hasil Patologi Anatomi dan hasil pemeriksaan penunjang yang menunjukkan efusi pleura. Kasus ini, hasil penunjang pasien menunjukkan efusi pleura ganas, artinya kode diagnosis beralih ke kode C78.2 “*Secondary malignant neoplasm of pleura*” bukan lagi J90 “*Pleural Effusion*”. Selain efusi pleura ganas, pasien juga dilakukan tindakan pungsi pleura. Maka kode diagnosis J90 “*Pleural Effusion*” berubah menjadi kode C78.2 “*Secondary malignant neoplasm of pleura*”. Hal itu, sejalan dengan pernyataan berita acara tahun 2018 dalam aspek koding yang menyatakan kode C78.2 “*Secondary malignant neoplasm of pleura*” hanya jika hasil pemeriksaan cairan pleura terbukti keganasan. Jika tidak terbukti keganasan maka tetap dikode sebagai J90 “*Pleural Effusion*”.

Mengacu berita acara tahun 2018 Nomor JP/02.03/3/1693/2020 Nomor 411/BA/0720 dalam aspek medis, menyatakan efusi pleura sebagai diagnosis sekunder apabila memenuhi salah satu kriteria berikut: 1) efusi pleura dengan jumlah berapapun dan penyebabnya apapun yang terbukti terdapat cairan dengan tindakan pungsi pleura/thorakosintesis, 2) efusi pleura yang terbukti dengan pemeriksaan *imaging* (foto thorax dan/ atau USG thorax dan/ atau CT Scan thorax) dengan jumlah minimal atau lebih dari minimal yang disertai dengan tindakan pungsi pleura (tidak harus keluar cairan) dan/ atau tatalaksana tambahan sesuai penyebabnya diluar tatalaksana diagnosis primer.

Keakuratan kode penting dilakukan demi tercapainya pelaporan yang tepat berdasarkan kasus yang ada. Apabila hasil kodefikasi salah dan tidak optimal maka akan mempengaruhi pelaporan mortalitas, morbiditas serta statistik rumah sakit. Penelitian luviany, et

al (2017) menyebutkan beberapa kendala dalam penentuan kode adalah koder susah dalam mengonfirmasi dokter, tulisan tidak terbaca, tidak mengetahui letak anatomi, tidak mengetahui istilah medis dan singkatan-singkatan yang tidak umum, isi dengan *resume* medis berbeda, tidak dilengkapi dengan pemeriksaan penunjang.

Kesalahan kode diagnosis mempengaruhi biaya pendapatan rumah sakit. Faktor-faktor yang mempengaruhi besarnya biaya INA-CBGs, yaitu diagnosis utama, diagnosis sekunder berupa penyerta (*comorbidity*) atau penyulit (*complication*), tingkat keparahan, bentuk intervensi, dan umur pasien. Tarif INA-CBGs dibayarkan per episode pelayanan kesehatan, yaitu rangkaian perawatan pasien sampai selesai (Megawati, 2016). Unsur metode yang mempengaruhi akurasi koding diagnosis yaitu: ketersediaan Standar Operasional Prosedur (SOP) terkait pengkodean diagnosis dan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan rekam medis tidak dilakukan (Julia, 2019). Hasil pengamatan didapatkan tidak adanya SOP pengkodean kode diagnosis menggunakan ICD 10 dan kode tindakan menggunakan ICD 9-CM. Yang ada, langkah-langkah SOP pengkodean kode diagnosis menggunakan ICD 10 dan kode tindakan menggunakan ICD 9-CM, bukan SOP secara resmi

#### 4. Simpulan dan Saran

Pengembalian berkas klaim berdasarkan akurasi kode diagnosis yaitu sebesar 19% akurat, 81% tidak akurat. Penyebab yang paling berpengaruh terjadi ketidaksesuaian kode diagnosis yaitu, tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang yang kuat, serta ketidaksesuaian dalam penentuan jenis tindakan ataupun deskripsi dalam laporan operasi atau laporan anestesi. Akurasi kode diagnosis bisa didapatkan dengan melihat kekonsistenan asesmen awal, CPPT, *resume* medis (diagnosis akhir), laporan operasi, dan hasil pemeriksaan penunjang. Untuk mengurangi angka pengembalian berkas klaim dikarenakan kode diagnosis, sebaiknya koder semakin teliti dalam penentuan kode diagnosis dengan memperhatikan hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan, memperhatikan asesmen yang telah diberikan oleh DPJP serta tata laksana yang diberikan

## 5. Ucapan Terima Kasih

Terimakasih kami sampaikan kepada Rumah Sakit Sultan Agung Semarang yang sudah memberikan ijin dan membantu dalam penelitian ini

## 6. Daftar Pustaka

- Daniyah, Aris. 2020. Keakuratan Kodefikasi Diagnosis Pasien Bpjs Kesehatan Rawat Inap dengan Kasus Pending Klaim (Dispute) di Rumah Sakit Tk. II Dr. Soepraoen Malang.
- Fadhila, Ratu Khansa. 2020. Keakuratan Kode Diagnosis Utama Berdasarkan ICD 10 Pada Berkas Rekam Medis Rawat Inap.
- Hidayah, Andrika Nurul. 2021. Analisis Penyebab Dispute Klaim Rawat Inap Pasien BPJS Kesehatan Di RSUD Dr. R. Soeprapto Cepu Tahun 2021. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*.
- Irmawati, Marsum, & Monalisa. (2019). Analisis Dispute Kode Diagnosis Rumah Sakit.
- Indawati, Laela. 2019. Analisis Akurasi Koding Pada Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2016. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia* Vol. 7 No.2 Oktober 2019.
- Kurnia, Elna K, Mahdalena. 2022. Faktor Penyebab Dispute Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X Periode Triwulan I Tahun 2022. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKesNas) 2022*. 173- 176.
- Kurniawan, Henokh S., Kuswanto Hardjo. 2020. Analisis Faktor Penyebab Dispute Klaim BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Bhayangkara Yogyakarta. *Disertasi Diploma Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta* Pedoman Manajemen SDM Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana Departemen Kesehatan RI, (2006).
- Maryati, Indriyati, Ani. 2020. Quality of medical information determine the uality of diagnosis code. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*
- Opitasari, C., & Nurwahyuni, A. (2018). The Completeness and accuracy of clinical coding for diagnosis and medical procedure on the INA-CBGs claim amounts at a hospital in South Jakarta. *Health Science Journal of Indonesia*, 9(1), 14-18.  
<https://doi.org/10.22435/hsji.v9i1.464>
- Pedoman Manajemen SDM Kesehatan dalam Penanggulangan Bencana Departemen Kesehatan RI, (2006).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 3 Tahun 2020, (2020).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022, (2022).
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 340 Tahun 2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit, (2010).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, Pub. L. No. 76 (2016).
- Peraturan Presiden RI Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan, (2018).
- Pertiwi, Julia. 2019. Faktor Yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis di Rumah Sakit. *Prosiding Call for Paper Smiknas Program Studi D3 Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan Universitas Duta Bangsa Surakarta Tahun 2019*.
- Priyadi, Gugun et al. 2020. Tinjauan Keakuratan Kodefikasi Tindakan Kasus Bedah Pasien Rawat Inap Tahun 2017. *Media Informasi* Volume 16 Nomor 1 Tahun 2020.
- Purwanti, E, Melin, Pipin. 2018. Ketetapan Kode Berdasarkan Kelengkapan Diagnosis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Prosiding Seminar rekam Medis dan Manajemen Informasi*.
- Riako, Ghanis A. 2021. Analisis Faktor Penyebab Dispute Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Dan Rawat Jalan Di RSI Sultan Agung Semarang. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*.
- Rohman, H., Hariyono, W., Fakultas Kesehatan Masyarakat, R., & Ahmad Dahlan, U. (2011). Kebijakan Pengisian Diagnosis Utama dan Keakuratan Kode Diagnosis pada Rekam Medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- Sakwa, Sali. 2022. Analisis Pengembalian Berkas Klaim BPJS Terhadap Ketentuan Pengklaiman Biaya Pelayanan Pasien COVID-19. 2022
- Santiasih, Wayan Ary., Asyiah Simanjourang, Beni Satria. 2021. Analisis Penyebab Dispute Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai. *Journal Of Healthcare Technology and Medicine* Vol. 7 No. 2 Oktober 2021. 1381 - 1392.

- Shavitri, D. 2021. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kelengkapan Data dalam Pemenuhan Persyaratan Klaim BPJS Kesehatan RJ dan RI di RSI Sultan Agung Semarang. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*.
- Undang Undang Nomor 24 Tahun 2014 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, (2014).
- Unsyah, S. 2021. Faktor-Faktor Penyebab Dispute Klaim Berkas Rawat Inap Di RSUD Kota Salatiga. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*.
- UU RI No 44 Tahun 2009. (2009). Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- Wahyuni. 2019. Analisis Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Dispute Pada Berkas Klaim Rawat Inap Berdasarkan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan Di RSUD Temanggung