

Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap

The Causative Factors of Submission Delay in Claiming BPJS Health Insurance for the In-patients

Nevy Kusumaning Ayu Putri*, Karjono*, Sendy Ayu Mitra Uktutias*

*Prodi Administrasi Rumah Sakit

STIKES Yayasan Rumah Sakit Dr. Soetomo, Surabaya

Email : nevyayuputri12071@gmail.com, masjon_mars@yahoo.com,
ndyayuuktutias@gmail.com

ABSTRAK

Masalah yang didapat bahwa pelaksanaan klaim BPJS dalam penyerahan berkas klaim pasien rawat inap kepada kantor BPJS Kesehatan masih mengalami keterlambatan yang jauh dari tanggal yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor-faktor penyebab terjadinya keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. Jenis penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif deskriptif dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Subyek penelitian adalah Kepala Instalasi Pelayanan Administrasi Terpadu, Kepala Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi, Petugas klaim pasien rawat inap. Hasil penelitian waktu penyelesaian 1 berkas klaim petugas verifikasi administrasi sampai berkas dientry membutuhkan waktu selama 18:39:03 per berkas. Kelengkapan persyaratan berkas klaim terdapat 35 % persyaratan berkas klaim tidak lengkap dan harus dikembalikan lagi keruang perawatan, kembalinya berkas klaim ke ruang perawatan yang berpotensi menyebabkan keterlambatan dalam pengajuan klaim. Dilihat dari jumlah dan kompetensi sumber daya manusia petugas pengelolaan klaim berpotensi menyebabkan keterlambatan dalam pengajuan klaim dan masih ada beberapa petugas pengelolaan klaim yang masih belum mengikuti pelatihan yang sesuai dengan jabatannya.

Kata kunci : BPJS, Keterlambatan Pengajuan Klaim, Pasien Rawat Inap

ABSTRACT

The problem culminates on the implementation of health insurance claims, which is in handing over the in-patient claim files to the bureau still experiencing delays far from the date set by the Social Security Administrator (BPJS) for Health. This research aims to analyze the causative factors of the delay in submitting claims of BPJS health insurance for the in-patients at Dr. RSUD R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. This research uses descriptive qualitative research by applying cross sectional design. Research subjects are including the Head of Integrated Administration Services Installation, the Head of the Verification and Accounting Subdivision, and the claim officers of the in-patients. The results of the research show that the completion time for 1 claim file, started from the administrative verification officer to the file entry, takes time of 18:39:03 per file. Due to the completion standard on the claim files, there are 35% incomplete files that must be returned to the treatment room. The return of these claim files to the treatment room potentially causes the delay in filling the claims. Considering the number of human resources and the competency of management officers, those two issues are also potential to cause the delay in filing the claims. Furthermore, there are some of management officers still not participating in an appropriate training needed for their positions.

Keywords: BPJS Health Insurance, the Submission Delay in Claims, the In-patients

PENDAHULUAN

RSUD Dr. R Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro (yang selanjutnya disebut *RSUD Bojonegoro*) adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Bojonegoro sebagai Rumah Sakit kelas B Non Pendidikan serta telah terakreditasi Paripurna. RSUD Bojonegoro sebagai penyedia pelayanan kesehatan berhak mendapatkan pembayaran klaim atas pelayanan yang sudah diberikan kepada pasien peserta BPJS Kesehatan, dan BPJS Kesehatan berkewajiban untuk melakukan pembayaran kepada RSUD Bojonegoro atas pelayanan yang sudah diberikan. BPJS Kesehatan dalam pembayaran klaim menerapkan tarif paket diagnosis berdasar *Indonesian Case Base Group* atau INA CBG's.

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017, Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Adapun persyaratan yang harus dilengkapi secara administrasi oleh RSUD Bojonegoro dalam pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan yaitu untuk pasien rawat jalan antara lain : *soft copy* iuran aplikasi pengajuan klaim rumah sakit, *print out* iuran aplikasi pengajuan klaim rumah sakit bukti pelayanan, rincian biaya tagihan, hasil pemeriksaan penunjang dan laporan tindakan. Sedangkan untuk persyaratan pasien rawat inap antara lain: Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Surat perintah rawat inap, *print out* iuran aplikasi pengajuan klaim, resume medis yang di tandatangi oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (yang selanjutnya disebut *DPJP*), rincian biaya tagihan dan bukti pelayanan lain yang di tandatangi oleh *DPJP* misalnya laporan operasi, *protocol* terapi dan regimen, perincian tagihan rumah sakit serta berkas pendukung lain yang diperlukan.

Tahun 2016 sampai tahun 2018 meningkat rata-rata persentase pertumbuhan keterlambatan pengajuan klaim setiap tahunnya meningkat sebesar 55,83% yang berarti meningkatnya jumlah pasien berdampak pada keterlambatan pengajuan klaim juga meningkat, karena kemungkinan berkas klaimnya juga semakin banyak sedangkan petugas yang bertugas untuk mengelola klaim BPJS Kesehatan jumlahnya tetap.

Pengajuan klaim dilakukan di RSUD Bojonegoro kepada BPJS Kesehatan masih mengalami keterlambatan jauh dari tanggal yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan sesuai penjelasan di depan menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017, Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.

METODE

Penelitian ini termasuk kategori penelitian kualitatif deskriptif, maksudnya mencatat secara teliti segala gejala (fenomena) yang dilihat dan didengar serta dibacanya (via wawancara atau bukan, catatan lapangan, dokumen pribadi atau memo, dokumen resmi atau bukan, dan lain-lain). Dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Penelitian dilakukan pada bulan Mei sampai bulan Juli 2019 dengan tempat penelitian di RSUD Bojonegoro yang terletak di Jalan Veteran Nomor 36 Bojonegoro. Adapun yang menjadi subyek penelitian adalah Kepala Instalasi Pelayanan Administrasi Terpadu, Kepala Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi, Petugas klaim pasien rawat inap. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner, wawancara, Lembar Pengumpul Data (LPD) dan observasi atau pengamatan. Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian kualitatif terdiri dari tiga alur kegiatan yang terjadi secara bersamaan yaitu reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan/verifikasi.

HASIL

Berdasarkan data total IKK agregat untuk petugas instalasi PAT yaitu sebesar 67,2% yang termasuk dalam kategori baik, tetapi terdapat 3 variabel yang jumlah IKK nya berada dibawah total IKK agregat yaitu variabel pertama, kualitas supervisi oleh pimpinan dengan hasil perhitungan IKK sebesar 44 % yang berarti bahwa petugas pengelolaan klaim merasa kurang puas dengan kualitas supervisi oleh pimpina. Variabel kedua yaitu kesempatan meningkatkan pengetahuan yang diukur dengan pelatihan yang diikuti oleh petugas klaim sesuai dengan tugas pokok jabatannya dengan hasil perhitungan IKK sebesar 48%. Dampak dari rumah sakit tidak memberikan pelatihan kepada petugas pengelolaan

klaim yang sesuai dengan tugas pokok jabatannya yaitu pertama, akan berpotensi kurangnya pengetahuan dan keterampilan petugas pengelolaan klaim tentang hal-hal persyaratan, kriteria dan tatakelola pengelolaan klaim BPJS Kesehatan. Kedua, produktivitas kerja petugas pengelolaan klaim tidak optimal dikarenakan setiap bulannya masih mengalami keterlambatan dalam pengajuan klaim ke kantor BPJS Kesehatan. Ketiga, berpotensi terjadinya kinerja yang tidak maksimal. Variabel ketiga yaitu kesempatan pengembangan karier dengan hasil perhitungan IKK sebesar 60% yang artinya petugas pengelolaan klaim merasa kurang puas dengan kesempatan pengembangan karier di RSUD Bojonegoro. Pengembangan karier dapat dilakukan berupa pendidikan/ pelatihan/ studi banding atau kegiatan lain yang dapat meningkatkan produktivitas pegawai sehingga dapat mencapai kinerja yang optimal.

Berdasarkan data berkas klaim petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap membutuhkan waktu selama 18:39:03 per berkas dengan rata-rata waktu penyelesaian per berkas setiap harinya untuk petugas verifikator administrasi membutuhkan waktu selama 2:02:54, petugas verifikator administrasi membutuhkan waktu selama 1:39:04, petugas koding membutuhkan waktu 2:30:13 dan untuk petugas entry data membutuhkan waktu selama 12:26:51 per berkas. Petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap bisa menyelesaikan berkas dalam sehari sebanyak 83 berkas/hari.

Setelah dihitung beban kerja per orang untuk petugas verifikator administrasi bisa menyelesaikan berkas klaim dalam sehari sebanyak 150 berkas dengan rata-rata penyelesaian per berkasnya selama 2 menit, untuk petugas verifikator medis bisa menyelesaikan berkas klaim dalam sehari sebanyak 300 berkas dengan rata-rata penyelesaian per berkasnya 1 menit, untuk petugas koding bisa menyelesaikan berkas klaim dalam sehari sebanyak 150 berkas dengan rata-rata penyelesaian per berkasnya selama 2 menit, dan untuk petugas entry data hanya bisa menyelesaikan berkas klaim sebanyak 25 berkas dalam sehari dengan rata-rata waktu penyelesaian per berkasnya 12 menit.

Dilihat dari kelengkapan persyaratan pengajuan klaim dari 100 berkas yang diteliti kelengkapan persyaratan pengajuan klaim terdapat 35 berkas yang

tidak lengkap baik secara persyaratan administrasi maupun secara medis. Berkasajuan klaim yang tidak lengkap dikembalikan kembali keruang perawatan untuk dilengkapi persyaratan yang kurang, setelah persyaratan berkas klaim sudah lengkap berkas diserahkan kembali ke instalasi PAT untuk diproses diajukan klaim kembali. Kembalinya berkas ke instalasi PAT rata-rata membutuhkan waktu kurang lebih selama 4 hari, dengan begitu dari variabel kelengkapan persyaratan pengajuan klaim berpotensi mempengaruhi keterlambatan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Bojonegoro.

Tabel 1. Prosentase tingkat pengembalian berkas pengajuan klaim dari BPJS Kesehatan ke RSUD Bojonegoro Tahun 2018

| Bulan | Jml berkas diklaim | Jml berkas dikembalikan | (%) tingkat pengembalian | Layak | Tidak Layak |
|-----------|--------------------|-------------------------|--------------------------|-------|-------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| Januari | 897 | 6 | 0,66 | 1 | 5 |
| Februari | 856 | 3 | 0,35 | 3 | 0 |
| Maret | 1004 | 63 | 6,27 | 63 | 0 |
| April | 1015 | 69 | 6,79 | 69 | 0 |
| Mei | 996 | 30 | 3,01 | 30 | 0 |
| Juni | 817 | 17 | 2,08 | 17 | 0 |
| Juli | 1039 | 21 | 2,02 | 20 | 1 |
| Agustus | 999 | 31 | 3,10 | 31 | 0 |
| September | 954 | 20 | 2,09 | 19 | 1 |
| Oktober | 961 | 30 | 3,12 | 23 | 7 |
| November | 870 | 22 | 2,52 | 18 | 4 |
| Desember | 938 | 18 | 1,92 | 16 | 2 |
| Total | 11.346 | 330 | 33,93 | 310 | 20 |

Berdasarkan tabel 1 diketahui prosentase tingkat pengembalian berkas pengajuan klaim dari BPJS Kesehatan ke RSUD Bojonegoro tahun 2018 sebesar 33,93% dengan jumlah berkas yang diklaimkan sebanyak 11.346 berkas dan dikembalikan ke RSUD Bojonegoro sebanyak 330 berkas. Berkas yang sudah dilengkapi persyaratan yang kurang atau sudah layak diklaimkan kembali ke BPJS Kesehatan sebanyak 310 berkas dan dengan 20 berkas klaim yang tidak layak atau gagal klaim, jika rumah sakit setiap tahunnya masih terdapat berkas klaim yang gagal untuk diklaimkan maka rumah sakit akan mengalami kerugian setiap tahunnya.

Dilihat dari jumlah dan kompetensi petugas klaim klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan mulai dari verifikator berkas secara administrasi sampai klaim

diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan yaitu sebanyak 5 orang petugas mulai dari proses verifikasi berkas secara administrasi sampai klaim diajukan kepada pihak BPJS Kesehatan. Lima orang tersebut dibagi menjadi satu orang verifikasi berkas secara administrasi, satu orang verifikasi berkas secara medis, satu orang dibagian perkodingan, satu orang dibagian entry data setelah berkas dikoding oleh petugas koder, satu orang bagian verifikator seluruh data klaim setelah dari bagian Instalasi PAT dan membuat berita acara verifikasi pengajuan klaim yaitu Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi.

Kompetensi petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yaitu pemahaman, karakteristik petugas klaim dan beberapa wawasan yang diketahui oleh petugas klaim. dari 5 petugas pengelolaan klaim yang saya beri kuesioner menyatakan dua orang diantaranya pada bagian koding dan sub bagian verifikasi dan akuntansi pernah mengikuti pelatihan dalam setahun.

Pelatihan tersebut yaitu tentang teknis E-klaim INA-CBG's, penguatan tenaga koder dan sosialisasi regulasi JKN, pelatihan klasifikasi dan kondifikasi diagnosis dan tindakan, sedangkan untuk sub bagian verifikasi dan akuntansi pernah mengikuti pelatihan Sosialisasi SPI Rumah Sakit dan Pengumpulan Data *Costing* Dalam Rangka Updating Tarif INA-CBG's 2018 Serta Peran *Coding* Dalam Upaya Pencegahan *Fraud* dan dari tiga orang petugas pengelolaan klaim yaitu bagian verifikasi berkas secara administrasi, verifikasi berkas secara medis dan petugas *entry* data setelah berkas di *coding* menyatakan tidak pernah mengikuti pelatihan yang sesuai dengan bidang kerjanya.

Pendidikan dan lama bekerja dari petugas klaim tersebut yaitu bagian verifikasi berkas secara administrasi S1 Psikologi dan sudah bekerja selama 14 tahun sebagai verifikator berkas secara administrasi, bagian verifikasi berkas secara medis S. Kep, Ners dan sudah bekerja selama 2 tahun sebagai verifikasi berkas secara medis, bagian koding D3 Perkam Medis Kesehatan dan sudah bekerja selama 10 tahun, bagian entry data D3 Kesehatan Lingkungan sudah bekerja selama 5 tahun, dan bagian verifikasi dan akuntansi S2 Manajemen sudah bekerja selama 8 tahun.

PEMBAHASAN

Pemberdayaan organisasi menurut teori Kanter terdiri dari dua komponen utama yaitu *opportunity*, berkaitan dengan pertumbuhan, mobilitas dan kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan staf dan komponen kedua yaitu *structure of power*, meliputi kemampuan akses dan mobilisasi sumberdaya organisasi, kemudahan akses informasi, dukungan pedoman/SPO, supervisi oleh pimpinan dan umpan balik yang efektif.

Berdasarkan teori Kanter tentang pemberdayaan organisasi hasil pengukuran IKK Instalasi PAT tercapai 67,2% yang termasuk dalam kategori baik. tetapi terdapat 3 variabel yang jumlah IKK nya berada dibawah total agregat yaitu variabel pertama, kualitas supervisi oleh pimpinan dengan hasil perhitungan IKK sebesar 44%. Variabel ke dua yaitu kesempatan meningkatkan pengetahuan yang diukur dengan pelatihan yang di ikuti oleh petugas klaim sesuai dengan tugas pokok jabatannya dengan hasil perhitungan IKK sebesar 48%. Variabel ke tiga yaitu kesempatan pengembangan karier dengan hasil perhitungan IKK sebesar 60%.

Dilihat dari waktu penyelesaian 1 berkas klaim petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap membutuhkan waktu selama 18:39:03 per berkas dengan rata-rata waktu penyelesaian per berkas setiap harinya untuk petugas verifikator administrasi membutuhkan waktu selama 2:02:54, petugas verifikator administrasi membutuhkan waktu selama 1:39:04, petugas koding membutuhkan waktu 2:30:13 dan untuk petugas entry data membutuhkan waktu selama 12:26:51 per berkas. Berdasarkan dari hasil perhitungan jam kerja petugas pengelolaan klaim bisa menyelesaikan berkas sebanyak 83 berkas setiap harinya

Dari kelengkapan persyaratan berkas klaim terdapat 35% berkas klaim tidak lengkap diantaranya terdiri dari 13% berkas persyaratan pengajuan klaim secara administrasi tidak lengkap dan 22% berkas persyaratan pengajuan klaim secara medis tidak lengkap. Berkas yang tidak lengkap tersebut dikembalikan kembali ke ruang perawatan oleh instalasi PAT untuk dilengkapi kembali persyaratan berkas yang kurang. Kembalinya berkas ke Instalasi PAT rata-rata membutuhkan waktu selama kurang lebih 4 hari.

Jumlah petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di nilai masih belum tercukupi karena jumlah berkas yang diklaim pada tahun 2018 mengalami peningkatan dari tahun 2017 sedangkan petugas pengelolaan klaimnya tetap, sehingga tidak efektif dalam proses pengelolaannya. Dilihat dari hari keterlambatan pengajuan klaim yang mengalami peningkatan juga pada tahun 2018 yang sampai 50 hari sedangkan menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional pasal 24 ayat 1, Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.

Masih terdapat beberapa petugas pengelolaan klaim yang belum mengikuti pelatihan yang sesuai dengan jabatannya, karena jika petugas pengelolaan klaim memperoleh pelatihan yang sesuai dengan tugas pokok jabatannya, maka mereka akan bisa meningkatkan kemampuan mereka dalam bekerja sehingga perlu adanya evaluasi ke pada pihak manajemen untuk lebih meningkatkan pelatihan yang dapat diikuti oleh semua karyawan, khususnya kepada petugas pengelolaan klaim yang belum pernah dilatih sesuai dengan jabatannya, sehingga dapat meningkatkan keterampilan dan keahlian dimasing-masing bidangnya.

SIMPULAN

35% kelengkapan persyaratan berkas klaim yang tidak lengkap baik secara persyaratan administrasi maupun secara medis dan sebanyak 65 % persyaratan pengajuan berkas klaim lengkap. Rata-rata pengembalian berkas ke Instalasi PAT membutuhkan waktu kurang lebih selama 4 hari dan perlu dilakukan pengecekan ulang terhadap persyaratan-persyaratan berkas pengajuan klaim baik persyaratan administrasi maupun medis oleh petugas ruangan perawatan sebelum berkas tersebut diserahkan ke Instalasi PAT untuk meminimalisir angka keterlambatan pengajuan klaim.

Waktu penyelesaian 1 berkas klaim petugas verifikasi administrasi sampai berkas di entry membutuhkan waktu selama 18:39:03 per berkas. Tingkat produktivitas di instalasi PAT petugas pengelolaan klaim dapat menyelesaikan berkas sebanyak 83 berkas/hari. Dengan demikian atasan / Kepala Instalasi PAT

dapat langsung menetapkan standar/target kinerja penyelesaian berkas per petugas dan membuat perjanjian kinerja sesuai dengan waktu penyelesaian 1 berkas klaim yang membutuhkan waktu 18 menit.

Jumlah sumber daya manusia petugas pengelolaan klaim, dinilai masih belum tercukupi karena jumlah petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap hanya berjumlah 5 orang sedangkan berkas klaim yang diajukan sebanyak 11.346 berkas pada tahun 2018 dan sebanyak 10.644 berkas pada tahun 2017 itu yang menyebabkan beban kerja yang diterima banyak. Dilihat dari segi kompetensi dinilai masih kurang karena masih ada beberapa petugas klaim yang masih belum mengikuti pelatihan yang sesuai dengan jabatannya dan perlu adanya evaluasi ke pada pihak manajemen untuk lebih meningkatkan pelatihan yang dapat diikuti oleh semua karyawan, khususnya kepada petugas pengelolaan klaim yang belum pernah dilatih sesuai dengan jabatannya.

UCAPAN TERIMAKASIH

Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada Bapak Karjono, SKM., SIP., MARS selaku Pembimbing/Penguji dengan segala kesibukannya masih meluangkan waktu untuk penulis dalam memberikan bimbingan, arahan, saran dan dukungan yang diperlukan dalam perbaikan laporan skripsi ini, kepada Ibu Sendy Ayu Mitra Uktutias, S.ST., M.Kes selaku penguji 2 dan kepada Ibu Siti Koidatun, SE., MM selaku penguji 3 yang sudah membantu penulis untuk mendapatkan informasi dalam penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Azrul, A., 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. s.I.:Binarupa Aksara.
- BPJS. 2017. *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No. 3 Tahun 2017 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. No. 23. Jakarta : Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- Ekawati, Dianti, 2012. *Pengaruh Pemberdayaan Struktural Terhadap Kepuasan Kerja Perawat RSUD Bhakti Asih Dengan Pemberdayaan Psikologis Sebagai Variabel Antara*. Skripsi. Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia.

- Pemerintah Indonesia. 2004. *Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Lembaran RI Tahun 2004. No. 3. Jakarta : Sekretariat Negara
- Pemerintah Indonesia. 2009. *Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Lembaran RI Tahun 2009. No. 2. Jakarta : Sekretariat Negara
- Pemerintah Indonesia. 2009. *Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Lembaran RI Tahun 2009. No. 2. Jakarta : Sekretariat Negara
- Pemerintah Indonesia. 2011. *Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. No. 2. Jakarta : Sekretariat Negara
- Permata., H. & Mila., F., 2016. *Asuransi Konvensional, Syariah dan BPJS*. Yogyakarta: Parama Publishing.
- Sugiyono, 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: PT. Alfabeta.
- Sugiyono, *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitati, Kualitatif, dan R&D)*, (Bandung: Alfabeta, 2013), hal. 15