EVALUASI FAKTOR PENYEBAB PENGEMBALIAN KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP DENGAN OPTIMALISASI PROFITABILITAS RUMAH SAKIT DI RSUD CIKALONG WETAN

Intan Pujilestari[1)], Gina Fajriani[2)], Edih Gunawan[3)]
Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, Politeknik TEDC Bandung[1),2),3)]
Email: intanpujilestari@poltektedc.ac.id [1)], ginafajriani45@gmail.com[2)], edihgunawan@poltektedc.ac.id[3)]

Abstrak
Pengembalian berkas klaim dari pihak Badan Penelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) kepada pihak rumah sakit. Ada ditemukan permasalahan dibagian Surat Eligibilitas Peserta (SEP) Rawat inap yang tidak diterbitkan oleh pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) terjadi keterlambatan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang tidak diterbitkan atau tidak diklaim kan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) terhitung dari bulan januari-april 2023. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif populasi yang digunakan seluruh berkas klaim BPJS pada pasien rawat inap pada 3 bulan terakhir di RSUD Cikalongwetan yaitu sebanyak 251 berkas. dan sampel yang digunakan yaitu total sampling sebanyak 251 sampel. Teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu observasi, wawancara, dan studi dokumentasi. Teknik pengolahan data yaitu editing dan tabulasi. Instrumen Penelitian yang digunakan yaitu alat tulis, stop watch, pedoman wawancara, kalkulator, lembar checlis. Hasil penelitian menunjukan bahwa RSUD Cikalongwetan belum terdapat Standar Operasional Prosedur (SOP) secara tertulis mengenai pelaksanaan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dari sampel data pengembalian klaim BPJS rawat inap sebanyak 251 berkas dari bulan Mei s.d Juli tahun 2024. pada bulan Mei kriteria penyebab ketidakterbacaan tulisan dokter 98 (36,6%). Maka dari itu penulis menyarankan adanya pelatihan dan edukasi rutin bagi staf medis serta rutin melakukan pengawasan untuk kepatuhan Standar Operasional Prosedur (SOP).

Kata Kunci: Pengembalian Klaim, BPJS Kesehatan, Rawat Inap, Optimalisasi.

Abstract

This concerns the return of claim files from the Social Security Administering Body (BPJS) to the hospital. Problems were found in the Participant Eligibility Letter (SEP) for inpatient care, which was not issued by the BPJS. There was a delay in the issuance or claiming of the SEP by the BPJS from January to April 2023. The research method used was a descriptive method with a quantitative approach. The population consisted of all BPJS inpatient claim files from the last three months at Cikalongwetan Regional General Hospital, totaling 251 files. The sampling technique used was total sampling, with 251 samples. Data collection techniques included observation, interviews, and documentation studies. Data processing techniques were editing and tabulation. Research instruments included stationery, a stopwatch, interview guidelines, a calculator, and a checklist sheet. The research results indicate that Cikalongwetan Regional General Hospital does not yet have written Standard Operating Procedures (SOPs) regarding the implementation of BPJS claims. From the sample data of returned inpatient BPJS claims, totaling 251 files from May to July 2024, in May, the criterion for illegible doctor's handwriting was 98 (36.6%). Therefore, the author suggests regular training and education for medical staff and routine supervision to ensure compliance with Standard Operating Procedures (SOPs).

Keywords: Evaluation, Claims Return, BPJS Health, Hospitalisation.

I. PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang ditetapkan oleh pemerintah sejak januari 2014 dan dikelola oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS). Rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS dapat mengajukan klaim untuk selanjutnya dibayar oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan apabila telah dinyatakan layak klaim (kusumawati, 2020). Klaim adalah tagihan atau tuntunan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Klaim rumah sakit terhadap Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan adalah tuntunan imbalan atas jasa layanan yang diberikan rumah sakit melalui tenaga kerjanya baik dokter, perawat ,apoteker dan lain lain kepada peserta BPJS kesehatan yang berobat atau dirawat di rumah sakit (Artanto, 2018).

Rumah sakit adalah insitusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna atau menyeluruh yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (PERMENKES No 3 Tahun, 2020). Klaim melalui proses administrasi dimana petugas mengumpulkan bukti atau fakta yang berkaitan dengan sakit atau cedera, membandingkan fakta-fakta tersebut dengan perjanjian kerja sama serta menentukan manfaat

yang dibayarkan kepada peserta asuransi. Oleh karena itu, kelengkapan dokumen pengajuan klaim merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan.

Dalam pelaksanaan casemix Indonesia Case Base Group (INA-CBGs) peran koder atau orang yang bertugas mengkoding sangat menentukan. Besar kecilnya tarif yang muncul dalam software Indonesia Case Base Group (INA CBGs) ditentukan oleh diagnosis dan prosedur. Kesalahan dalam menuliskan koding akan mempengaruhi tarif. Tarif bisa menjadi lebih besar atau lebih kecil.

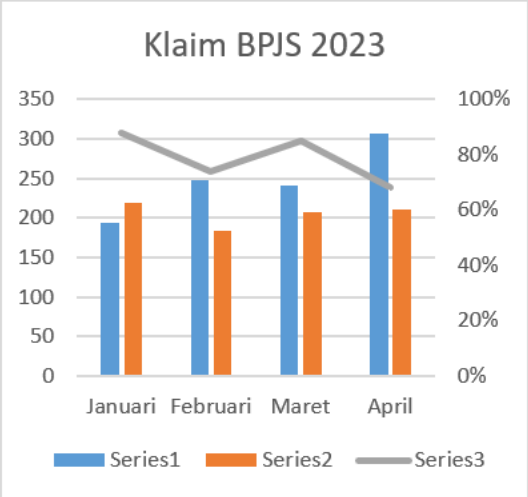
Kelengkapan berkas klaim BPJS kesehatan pada pasien rawat inap merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan (Kemenkes RI, 2014). Kelengkapan dokumen klaim BPJS dapat di pengaruhi oleh kelengkapan persyaratan seperti lembar operasi. Hal ini menunjukan bahwa ketidak lengkapan berkas klaim BPJS kesehatan adalah penyebab pengembalian berkas klaim BPJS kesehatan rawat inap yang berkaitan dengan perilaku petugas dalam pengajuan klaim BPJS kesehatan. Berdasarkan teori Lawrence Green dalam penelitian Nursalam (2014) perilaku dapat dipengaruhi oleh faktor predisposisi (predisposing factors), faktor pemungkin (enable factors), dan faktor penguat (reinforcing factors).

Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD CikalongWetan ditemukan permasalahan dibagian SEP Rawat inap yang tidak diterbitkan oleh pihak BPJS terjadi keterlambatan berkas yang diajukan, untuk pengajuan klaim pada bulan januari-april sebanyak 3,15% SEP yang tidak diterbitkan atau tidak diklaim kan oleh BPJS terhitung dari bulan januari-april 2023.

Namun, dalam praktiknya, rumah sakit sering kali menghadapi tantangan finansial yang kompleks, terutama di tengah tuntutan penyediaan layanan berkualitas dengan harga terjangkau, seperti yang diwajibkan dalam sistem BPJS Kesehatan. Efisiensi operasional, optimalisasi aset, serta pengelolaan klaim BPJS yang akurat menjadi faktor kunci yang memengaruhi profitabilitas.

Optimalisasi profitabilitas rumah sakit tidak hanya bertujuan meningkatkan pendapatan, tetapi juga menciptakan sistem pelayanan yang efisien dan berkesinambungan. Melalui penerapan strategi yang terintegrasi, termasuk digitalisasi administrasi, pelatihan sumber daya manusia, dan inovasi layanan, rumah sakit dapat memperkuat posisi finansialnya sekaligus mempertahankan komitmen untuk memberikan pelayanan kesehatan terbaik bagi masyarakat.

Berdasarkan Gambar di atas penerbitan klaim BPJS pada bulan april 2023 menurun, terlambat sampai dengan 17 hari dari tanggal yang di tetapkannya, Pengajuan maksimal klaim BPJS ke pihak Verifikator. Untuk Penerbitan Klaim di bulan Febuari menurun melebihi batas ketentuan yaitu 6 bulan pada bulan berikutnya. Untuk penerbitan klaim BPJS dibulan maret diajukan pada tanggal 17 maret 2023. Pada tabel diatas menunjukkan bahwa masih ditemukan klaim BPJS yang belum diterbitkan sebesar 68% sedangkan ketentuan BPJS kesehatan, berkas dikatakan tidak di terbitkan oleh BPJS apabila belum mampu menyerahkan 75% berkas klaim BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan,2018).



Gambar 1. Grafik Klaim BPJS 2023

Dalam pengelolaan layanan kesehatan, pengembalian klaim BPJS dapat memengaruhi *cash flow* dan profitabilitas rumah sakit. Evaluasi ini bertujuan mengidentifikasi faktor utama penyebab pengembalian klaim BPJS dan memberikan rekomendasi strategis untuk mengoptimalkan profitabilitas di RSUD Cikalong Wetan. Profitabilitas merupakan indikator vital bagi kelangsungan operasional dan pengembangan institusi, termasuk rumah sakit. Dalam konteks RSUD Cikalong Wetan, optimalisasi profitabilitas menjadi tantangan yang kompleks karena adanya tuntutan untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan biaya yang terjangkau, terutama dalam sistem BPJS Kesehatan. Sebagai rumah sakit yang melayani masyarakat dengan sistem jaminan kesehatan, RSUD Cikalong Wetan menghadapi dinamika pengelolaan finansial yang dipengaruhi oleh efisiensi operasional, akurasi proses administratif, serta kecepatan pengajuan dan pencairan klaim BPJS. Pengembalian klaim yang tinggi, biaya operasional yang meningkat, dan keterbatasan sumber daya menjadi beberapa faktor yang dapat menghambat profitabilitas.

Rumah sakit berfungsi sebagai institusi pelayanan kesehatan yang tidak hanya harus berorientasi pada kualitas layanan, tetapi juga keberlanjutan operasional melalui pengelolaan keuangan yang sehat. Profitabilitas menjadi salah satu indikator utama dalam menjaga stabilitas rumah sakit, memungkinkan pengembangan fasilitas, peningkatan mutu pelayanan, serta penyediaan akses kesehatan bagi masyarakat.

II. LANDASAN TEORI

A. Evaluasi Pengembalian

Evaluasi klaim adalah proses penilaian dan verifikasi atas pernyataan atau tuntutan yang diajukan, baik dalam konteks akademik, ilmiah, hukum, asuransi, atau sektor lainnya. Evaluasi ini bertujuan untuk menentukan validitas, keakuratan, dan relevansi dari klaim tersebut berdasarkan bukti dan data yang ada. Proses ini melibatkan berbagai langkah, termasuk pengumpulan informasi, analisis data, serta penerapan metode atau standar tertentu untuk memastikan klaim tersebut sah dan dapat dipertanggung jawabkan.

B. Klaim

Klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak memiliki atau mempunyai atas sesuatu, dan klaim merupakan pernyataan tentang suatu fakta atau kebenaran sesuatu. Klaim BPJS merupakan pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS kesehatan setiap bulannya.

C. Tahap Verifikasi Klaim

Menurut BPJS tahun 2023 Ruang Lingkup BPJS verifikasi di bagi menjadi 2 yaitu :

1. Verifikasi Administrasi Klaim
   Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat Inap meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), LIP (Lembar Informasi Pembayaran), Surat Pengantar Rawat Hasil Lab dan Radiologi, SHK untuk bayi, Daftar tindakan dan daftar pemberian obat, Tindakan kuret, Form kuretase, billing pembayaran serta Berkas pendukung lain yang diperlukan.

   Tahap verifikasi administrasi klaim yaitu meliputi :

   a. Verifikasi Administrasi Kepesertaan: Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat EligibilitasPeserta (SEP) dengan data yang diinput dalam aplikasi INA CBGs dengan berkas pendukung lainnya.
   b. Verifikasi Administrasi Pelayanan: Kode INA CBGs, kesesuaian Spesialisasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnose, kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator.
2. Verifikasi Pelayanan Kesehatan
   Hal-hal yang harus menjadi perhatian adalah :
   a. Tingkat keparahan
   b. Verifikasi wajib memastikan kesesuaian diagnose dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9CM (dengan melihat buku ICD 10 dan ICD 9 CM atau soft copynya)
   c. Perhatikan kasus dengan special CMGs
   d. Kasus-kasus bayi baru lahir dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), memastikan berat badan bayi kurang dari 2500 gram dengan resume medis dan apabila diperlukan melihat surat keterangan lahir.
   e. Memastikan bayi baru lahir yang tidak memiliki masalah medis dari persalinan normal maupun tidak normal.

D. Rawat Inap

Rawat Inap adalah jenis pelayanan kesehatan perorangan yang mencakup observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitas medik, dan menginap di ruang rawat inap dirumah sakit pemerintah dan swasta, serta puskesmas perawatan dan rumah sakit perawatan. Penderita harus menginap diruang rawat inap dirunah sakit pemerintah atau swasta selama paling sedikit satu hari berdasarkan rekomendasi dan pelaksana pelayanan kesehatan atau ruah sakit pelaksanaan pelayanan kesehatan lain. Menurut Yel Mahesa (2009), dikutip dari jurnal (Sari,2013), apakah rawat inap merupakan bentuk perawatan kesehatan yang diberikan kepada pasen dirumah sakit bentuk perawatan kesehatan yang diberikan kepada pasien dirumah sakit temlat mereka tinggal? Tinggal selama setidaknya satu hari berdasarkan rekomendasi dari pelaksanaan pelayanan kesehatan atau rumah sakit.

E. Rekam Medis

Menurut PMK No 24 tahun 2022, Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggaraan rekam medis.

F. Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelengarakan pelayanan kesehatan perorangan paripurnan yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. PERMENKES NO 3 TAHUN 2020, rumah sakit adalah suatu lembaga atau institusi kesehatan yang menyediakan pelayanan medis,perawatan, dan rehabilitasi kepada pasien yang membutukan perhatian kesehatan. Fungsi utama rumah sakit adalah memberikan diagnosis, pengobatan,dan perawatan untuk berbagai kondisi medis dan kecelakaan. Rumah sakit juga dapat berperan dalam pendidikan dan penelitian medis.

G. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS)

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan lembaga sebuah lembaga hukum untuk perlindungan sosial dalam menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak sekaligus dibentuk untuk menyelenggarakan

program jaminan sosial di Indonesia. BPJS sendiri terdiri dari dua bentuk yaitu BPJS kesehatan dan BPJS ketenaga kerjaan lembaga sebuah lembaga hukum untuk perlindungan sosial dalam menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak sekaligus dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia. BPJS sendiri terdiri dari dua bentuk yaitu BPJS kesehatan dan BPJS ketenaga kerjaan.

III. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Metode penelitian deskriptif adalah metode yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran terhadap objek yang diteliti melalui data atau sampel yang telah terkumpul sebagaimana adanya, tanpa melakukan analisis dan membuat kesimpulan yang umum (Sugiyono, 2021). Penelitian kuantitatif merupakan salah satu jenis penelitian yang spesifikasinya adalah sistematis, terencana dan terstruktur dengan jelas sejak awal hingga pembuatan desain penelitiannya.

Sumber data penelitian menggunakan data sekunder melalui telaah dokumen, wawancara. Populasi yang digunakan adalah 251 berkas pengembalian yang diklaim BPJS. Sampel yang digunakan menggunakan total sampling yaitu sebanyak 251 berkas. Teknik sampling menggunakan acidental sampling dengan menggunakan instrumen penelitian kuesioner. Analisa data yang digunakan menggunakan analisa univariat menggunakan distribusi frekuensi sehinnga menggambarkan bagaimana suatu variabel terdistribusi.

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Faktor Penyebab Pengembalian klaim BPJS di RSUD Cikalongwetan

Penyebab berkas Klaim tertunda pasien rawat inap pada bulan Mei-Juli dapat dibedakan menjadi 4 kategori, diantaranya ketidakterbacaan tulisan dokter, kurangnya pemeriksaann penunjang, ketidaklengkapan resume medis dan ketidaktepatan coding, Pada Tabel 1 menunjukan gambaran kategori penyebab pengembalian klaim rawat inap di tahun 2024.

Tabel 1. Data Penyebab Pengembalian Klaim Rawat Inap 2024.

No	Penyebab Pengembalian Klaim Ranap	Jumlah Berkas Ranap	Persentase
1.	Ketidakterbacaan tulisan dokter	98	36.6%
2.	Kurangnya Pemeriksaan Penunjang	79	31.5%
3.	Ketidaklengkapan Resume Medis	64	25.9%
4.	Ketidaktepatan coding	10	6%
	Total	251	100%

Sumber: Penulis (2024)

1. SOP mengenai Pengembalian Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUD Cikalongwetan
   Berdasarkan hasil wawancara penulis dengan petugas casemix menyatakan "bahwa untuk saat ini masih belum terdapat SOP dalam pelaksanaan klain BPJS di RSUD Cikalongwetan, sehingga tidak ada pedoman terhadap prosedur terhadap pengembalian klaim baik pasien BPJS rawat jalan dan rawat inap, namun walaupun tidak terdapat SOP pelaksanaan klaim, Pengklaiman dapat dilaksanakan dengan baik".
2. Upaya agar tidak terjadi pengembalian berkas klaim BPJS rawat inap di RSUD Cikalongwetan
   Berdasarkan hasil penelitian dan wawancara kepada kepala unit casemix di RSUD Cikalongwetan yang dilakukan dari 251 berkas klaim yang dikembalikan hanya ada 51 klaim. Adapun 200 berkas klaim rawat inap yang terhambat. Ada upaya dalam mengenai faktor terhambatnya klaim BPJS diantaranya, sebagai berikut:
   a. Meningkatkan ketelitian petugas dalam menginput data klaim pasien BPJS
   b. Melakukan Kerja sama tim dalam menyelesaikan berkas klaim
   c. Melakukan sosialisasi dan rapat rutin dalam membahas pengklaiman.

Optimalisasi Profitabilitas Rumah Sakit Pengembalian klaim BPJS berdampak langsung pada profitabilitas rumah sakit karena hilangnya pendapatan yang seharusnya diterima. Oleh karena itu, rumah sakit perlu:

1. Memperkuat Pelatihan dan Edukasi: Memberikan pelatihan rutin kepada staf administrasi dan medis agar mereka memahami prosedur klaim BPJS secara mendalam.
2. Digitalisasi Proses Klaim: Mengadopsi teknologi seperti sistem informasi rumah sakit (SIMRS) untuk memudahkan pengisian, verifikasi, dan pengajuan klaim.
3. Evaluasi Berkala: Menyusun tim evaluasi untuk mengidentifikasi tren penyebab pengembalian klaim dan mengambil langkah-langkah korektif.

Optimalisasi profitabilitas rumah sakit merupakan aspek krusial dalam manajemen kesehatan, terutama bagi rumah sakit yang beroperasi sebagai pelayanan. Berdasarkan penelitian yang tersedia, beberapa faktor utama yang mempengaruhi profitabilitas rumah sakit meliputi strategi keuangan yang tepat, efisiensi operasional, serta peningkatan kualitas layanan kesehatan.

V. KESIMPULAN DAN SARAN

A. kesimpulan

1. SOP (Standar Operasional Prosedur) belum mempunyai SOP khusus yang terdapat hanya panduan berkas pengembalian klaim BPJS.
2. Faktor yang menyebabkan pengembalian klaim BPJS dalam pengisian komponen berkas pengembalian klaim di RSUD Cikalongwetan. Komponen ketidaklengkapan ketepatan koding yang sangat rendah sebesar 10% sementara kurang nya penunjang medis memiliki tingkat ketidaklengkapan sebesar 79% dan komponen ketidaklengkapan resume medis sebesar 64%. Namun yang paling mencolok adalah ketidaklengkapan pengisian tulisan dokter yang mencapai 98%, menunjukan bahwa komponen ini sering kali tidak diisi dengan lengkap.
3. Upaya agar tidak terjadi hambatan pengembalian klaim BPJS, petugas belum melakukan pelatihan dan edukasi tenaga medis dalam bidang penginputan data klaim sehingga menyebabkan terjadinya kesalahan dalam menginput data klaim, kurang dalam kerja sama tim dalam penanganan pengembalian dan masih ditemui human eror dalam pelaksanaan klaim.

B. Saran

1. Perlunya dibuat SOP khusu pengisian berkas pengembalian klaim BPJS agar berjalan dengan lancar dan lengkap.
2. Sebaiknya para pegawai di RSUD Cikalongwetan lebih meningkatkan kembali komunikasi akan staff yang berkaitan dengan BPJS rawat inap agar tidak terjadi kesalahan komunikasi dan koordinasi dalam menyelesaikan penyerahan berkas kepada pihak BPJS.

DAFTAR PUSTAKA

Ariyanti, F. (2019). Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, Vol 8 No 04 (2019).

Artanto, A. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari – Maret 2016. Vol 4, 2 (2018 No) EP.

Ariz Zafitri et al., (2019). Jurnal Aplikasi Sistem Informasi dan Elektronika. Sistem Informasi Pelayanan Pasien Rawat Inap Pada Rumah Sakit Sehat Jember Berbasis WEB. 1 (1).

Arpan, B & Petra, D., (2017). Mengantisipasi Keterlambatan dan Solusi Percepatan dengan Analisis "What If".

American Health Information Management Association (AHIMA) (2021). "Coding for Healthcare: Standards and Best Practices" - Link to AHIMA Resource.

BPJS Kesehatan., (2023). BPJS Kesehatan. [online] https://id.wikipedia.org/wiki/BPJS_Kesehat an [diakses 21 Juli 2023]

Bernitasari, I., Suhadi, & Harun, H., (2020). Identifikasi Penyebab 9 Pengembalian Berkas Klaim BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.

Febri, K & Istianti. (2019). Repositori STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo. Identifikasi Faktor Penyebab Ketidaksesuaian Sistem Pengembalian Rekam Medis Berdasarkan SPO Di Rumah Sakit TNI AL Dr. Oepomo Surabaya.

Feriana, N., (2021). Repository POLKESYO. Faktor Faktor Mutu Pelayanan Yang Mempengaruhi Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Kebidanan Di Bangsal Halimah RSIY PDHI Tahun 2021.

Immanuel Natanael Tarigan, F. D. (2022). PENUNDAAN PEMBAYARAN KLAIM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL OLEH BPJS KESEHATAN DI INDONESIA: SEBUAH SCOPING REVIEW. Vol 7, No2 .

Irnawati dkk (2018) Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di Rsud R.A Kartini Jepara

Kandou, G & Manaida, R., (2017). Analisis Prosedur Pengajuan Klaim Badan Penyelenggaraan.

Keputusan Menteri Kesehatan No. 312. (2020). Keputusan Menteri Kesehatan No. 312 Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Lazuardi, L & Widada, T., (2017). Peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Dan Implikasinya Terhadap Ketahanan Masyarakat (Studi Di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan, Provinsi Bengkulu). 23

Sugiyono. (2021). Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R&D . bandung : Alfabeta CV