

ANALISIS KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT SUMBER SENTOSA TUMPANG MALANG

(Angela Beatrix Adi¹) (Dr.Tri Marhaeni²)

Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (STIA) Malang

Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan

(Angela Beatrix Adi)

email: enjeladhi04@gmail.com

Abstract

BPJS Claim is a submission of treatment costs for BPJS participants by the hospital to BPJS Kesehatan, carried out collectively and billed to BPJS Kesehatan every month. In the implementation of the use of BPJS Health, the claim will be made after the patient has completed the treatment. This research aims to explain how BPJS Health Claims are hospitalized at Sumber Sentosa Tumpang Malang Hospital with a focus on the completeness of claim documents, claim submission process, claim verification process. This type of research is qualitative descriptive, with data collection through interviews, observations, documentation studies. Data analysis in this study uses the triangulation method. The research results show that the completeness of the claim documents is not completely complete, there are still some forms that are still incomplete such as incomplete patient medical records, medical resumes that are not signed by the doctor in charge (DPJP), primary and secondary diagnoses that are not clearly written, medical procedures that are not fully listed. The conclusion of this study is that the high workload and lack of coordination between related units cause the postponement of hospitalization claims (pending claims). Even though the existing SOP has been implemented well. The incompleteness of the documents shows the need for coordination between units in the Hospital, and internal verification to check the completeness of the documents before sending them to BPJS.

Keywords : BPJS, Claim, Pending, Hospital Treatment

ANALISIS KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT SUMBER SENTOSA TUMPANG MALANG

(Angela Beatrix Adi¹) (Dr.Tri Marhaeni²)

Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi (STIA) Malang

Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan

(Angela Beatrix Adi)

email: enjeladhi04@gmail.com

Abstrak

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. Dalam pelaksanaannya penggunaan BPJS Kesehatan akan dilakukan pengklaiman dilakukan setelah pasien selesai melakukan perawatan. Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan bagaimana Klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Rumah Sakit Sumber Sentosa Tumpang Malang dengan fokus kelengkapan dokumen klaim, proses pengajuan klaim, proses verifikasi klaim. Jenis penelitian ini adalah deskriptif Kualitatif, dengan pengumpulan data melalui wawancara, observasi, studi dokumentasi. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode triangulasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan dokumen klaim belum sepenuhnya lengkap, masih ada beberapa formulir yang masih tidak lengkap seperti, catatan medis pasien yang belum lengkap, resume medis yang tidak ditandatangani oleh dokter penanggung jawab (DPJP), diagnosis utama dan sekunder yang tidak ditulis secara jelas, tindakan medis yang tidak dicantumkan secara lengkap. Kesimpulan dari penelitian ini adalah beban kerja yang tinggi dan kurangnya koordinasi antar unit terkait yang menyebabkan penundaan klaim rawat inap (pending klaim). Meskipun SOP yang ada sudah diterapkan dengan baik. Ketidaklengkapan dokumen menunjukkan perlunya koordinasi antar unit di Rumah Sakit, dan verifikasi internal untuk memeriksa kelengkapan dokumen sebelum dikirim ke BPJS.

Kata Kunci : BPJS, Klaim, Pending, Rawat Inap

1. PENDAHULUAN

Permenkes No 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional menyebutkan bahwa jaminan kesehatan adalah bentuk perlindungan yang menjamin kesehatan agar setiap individu yang terdaftar dapat memperoleh layanan kesehatan dan jaminan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dasar mereka, yang diberikan kepada semua orang yang telah melunasi premi atau yang preminya ditanggung oleh pemerintah.

Klaim BPJS merupakan tagihan atau permohonan pembayaran untuk jasa kesehatan dengan nominal yang telah disepakati dalam kontrak.

Kontrak yang dimaksud adalah yang tercantum dalam kesepakatan kerjasama, yang sebelumnya disetujui sebagai perjanjian kerjasama (PKS) (Rahayu & Sugiarti 2021)

Dokumen yang diajukan kepada BPJS Kesehatan harus melewati proses verifikasi. Dokumen harus memenuhi tiga aspek verifikasi: administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan, dan pelayanan kesehatan. Jika dokumen klaim pasien tidak memenuhi syarat-syarat ini, BPJS akan mengembalikannya kepada klien. (Hasbullah et al., 2024)

Proses pengajuan klaim untuk mengganti biaya rumah sakit perlu diajukan paling lambat tanggal 10 setiap bulannya, dan mengeluarkan berita acara yang menyatakan kelengkapan dokumen harus dikeluarkan. Dokumen yang diperlukan untuk permohonan ini mencakup: Formulir Kelayakan (SEP) yang telah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga, catatan layanan yang diberikan yang mencakup diagnosis serta pengobatan dan ditandatangani oleh DPJP, hasil dari pemeriksaan penunjang, pernyataan tentang penilaian permohonan oleh tim pencegahan kecurangan di rumah sakit, serta checklist untuk permohonan rumah sakit. (Amran, 2023)

Proses verifikasi klaim merupakan tahap untuk memeriksa dan memastikan bahwa kesepakatan telah dibuat serta pembayaran telah dilaksanakan dalam waktu yang telah ditentukan. Dalam hal ini, proses validasi klaim berbeda-beda tergantung pada jenis layanan yang diberikan. Umumnya, langkah-langkah dalam pemrosesan klaim terdiri dari: Pengumpulan dan evaluasi klaim: Pada tahap ini, semua dokumen yang diserahkan akan diteliti kembali untuk memastikan bahwa mereka mengikuti aturan yang ada. Pemeriksaan dan

verifikasi klaim, Klaim yang diterima oleh kantor klaim akan diperiksa sebelum pembayaran dilaksanakan. (Amran, 2023)

Pending klaim adalah pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan yang telah diajukan oleh pihak rumah sakit karena persyaratan belum lengkap atau tidak sesuai, sehingga petugas casemix harus merevisi Kembali (Hasbullah et al., 2024)

Tujuan Penelitian ini untuk menjelaskan bagaimana Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit Sumber Sentosa Tumpang Malang

Penulis tertarik mengambil judul tersebut, karena di Rumah Sakit Sumber Sentosa Tumpang Malang seringkali terjadi pending klaim, disebabkan oleh beberapa dokumen yang sering tidak lengkap, ketidaksesuaian antara diagnosis dan procedure,

2. TINJAUAN PUSTAKA

BPJS atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, didirikan oleh pemerintah dengan tujuan memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program kesehatan di tingkat nasional yang menawarkan

perawatan medis sesuai dengan kebutuhan masing-masing individu. BPJS Kesehatan memiliki tanggung jawab untuk membayar biaya layanan yang diberikan kepada anggota di fasilitas kesehatan. BPJS Kesehatan akan meninjau permohonan dan melakukan pembayaran untuk dokumen yang sudah memenuhi syarat. Namun, dokumen yang belum lengkap perlu dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali. (Kurnia & Mahdalena, 2022)

Klaim BPJS adalah tagihan atau tuntutan atas imbalan atas layanan yang diberikan. upaya untuk mendapatkan kompensasi dari hasil pelayanan kesehatan dalam jumlah yang telah disepakati dalam perjanjian. Perjanjian yang dimaksud adalah perjanjian yang ditulis dalam kontrak kerja sama yang telah disetujui pada awalnya. Klaim yang dibayarkan sesuai dengan paket tarif (Artanto EP, 2018)

Pending klaim adalah pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan yang telah diajukan oleh pihak rumah sakit karena persyaratan belum lengkap atau tidak sesuai, sehingga petugas casemix harus merevisi Kembali (Hasbullah et al., 2024)

Penelitian yang dilakukan oleh (Santiasih et al., 2021) mengatakan

bahwa tingginya angka pending klaim disebabkan oleh ketidaksesuaian dokumen klaim dengan ketentuan BPJS Kesehatan, terutama ketidaklengkapan rekam medis, ketidaktepatan pengkodean diagnosis dan prosedur, serta ketidaksesuaian antara diagnosis dan tindakan pelayanan yang diberikan.

Penelitian yang dilakukan oleh (Errisya et al., 2024) mengungkapkan bahwa pending klaim yang terjadi disebabkan oleh ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan dokumen klaim, terutama pada pengisian rekam medis, ketidaktepatan pengkodean diagnosis dan tindakan, serta perbedaan pemahaman kelengkapan berkas antara pihak rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan.

Dan di Rumah Sakit Sumber Sentosa Tumpang Malang, pending Klaim yang ditemukan di penelitian ini adalah Ketidaklengkapan dokumen klaim, serta ketidaksesuaian diagnosis dan prosedur

3. METODE PENELITIAN

Metode yang diterapkan dalam penelitian ini adalah pendekatan deskriptif kualitatif. Pendekatan deskriptif kualitatif adalah sebuah metode penelitian yang berdasarkan pada filosofi post-positivisme dan digunakan untuk mengeksplorasi

objek-objek alami. Dalam pendekatan ini, peneliti berfungsi sebagai alat utama, keabsahan data dilakukan melalui triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil dari penelitian kualitatif cenderung menekankan signifikansi generalisasi. Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Sumber Sentosa Tumpang Malang.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini berupa wawancara yang dilakukan dengan kepala Instalasi Rekam Medis dan satu petugas klaim. Studi Dokumentasi ini tidak berasal dari data yang diperoleh langsung, melainkan dari sumber-sumber tertulis seperti rekaman, teks, dan gambar. observasi dalam studi ini ialah prosedur pelaksanaan klaim. Keabsahan data yang ditentukan dalam penelitian ini mengandalkan triangulasi dari berbagai sumber, yang dilakukan secara berkelanjutan hingga data tercukupi.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil serta pembahasan mengenai temuan di lapangan akan dibahas lebih dalam berdasarkan fokus penelitian, yaitu kelengkapan dokumen Klaim, Proses pengajuan klaim, proses verifikasi klaim.

Kelengkapan Dokumen Klaim

Berdasarkan informasi yang diperoleh peneliti dengan informan, Dokumen yang dibutuhkan untuk mengajukan klaim di unit rawat inap meliputi 5 dokumen.

1. Dokumen Utama
 - Formulir Klaim BPJS Kesehatan INACBGs
 - Surat Elegibilitas Peserta (SEP)
2. Dokumen Administratif
 - Surat Perintah Rawat Inap (SPRI)
3. Dokumen Medis
 - Resume Medis
 - Rekam Medis Pendukung
4. Dokumen Penunjang Medis
 - Rincian biaya pelayanan (billing RS)
 - Surat keterangan meninggal (jika pasien meninggal)
 - Surat rujukan balik (jika ada)
 - Surat pernyataan naik kelas perawatan (jika pasien naik kelas)
 - Formulir persetujuan tindakan medis (informed consent)
5. Dokumen Tambahan
 - Patograf, resume medis (untuk persalinan)
 - Surat eligibilitas pasien (SEP) bayi, surat keterangan lahir, SHK (untuk bayi baru lahir)

- Laporan kepolisian atau jasa raharja (untuk kasus kecelakaan)

Berdasarkan hasil penelitian diatas, terhadap 5 Dokumen tersebut, Dokumen yang seringkali tidak lengkap meliputi dokumen medis seperti resume medis yang tidak di tandatangani oleh Dokter Penanggung jawab (DPJP), dan dokumen penunjang medis seperti surat rujukan yang tidak dilampirkan, diagnosis utama dan sekunder yang tidak dituliskan secara jelas, serta tindakan medis yang tidak dicantumkan secara lengkap.

Ketidaklengkapan Dokumen klaim tersebut menyebabkan menghambat proses pengajuan klaim dan verifikasi klaim BPJS Kesehatan, yang sering kali menyebabkan status menjadi tertunda atau memerlukan perbaikan. Ini disebabkan oleh dokumen yang diajukan tidak sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh BPJS, sehingga petugas perlu koordinasi ulang dengan dokter dan unit terkait untuk melengkapi dokumen yang diperlukan. Akibatnya, durasi pemrosesan menjadi lebih lama, beban kerja petugas bertambah, dan pembayaran BPJS Kesehatan kepada rumah sakit mengalami keterlambatan.

Hasil ini mendukung dari penelitian Santiasih et al., (2021) ditemukan

bahwa penyebab utama pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap adalah ketidaklengkapan catatan medis, ketidaksesuaian dokumen administrasi klaim, serta keterlambatan dokumen pendukung dari pihak ketiga.

Hasil ini mendukung dari penelitian (Errisya et al., 2024) Penelitian ini banyak mengalami pending klaim karena ketidaksesuaian dan ketidaklengkapan dokumen klaim, terutama pada pengisian rekam medis, ketidaktepatan pengkodean diagnosis dan tindakan, serta perbedaan pemahaman kelengkapan berkas antara pihak rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan.

Proses Pengajuan Klaim

Berdasarkan informasi yang diperoleh peneliti dengan informan, SOP di RS Sumber Sentosa Tumpang Malang, langkah ini sudah diterapkan, dan para petugas telah memahami serta melaksanakan SOP sesuai dengan ketentuan yang ada. Petugas yang terlibat dalam pengajuan klaim kesehatan BPJS, baik untuk rawat jalan maupun rawat inap, sudah memahami dan menerapkan SOP untuk proses pengajuan klaim.

Rumah Sakit Sumber Sentosa Tumpang, dalam proses pengajuan klaim telah melaksanakan pengajuan

klaim BPJS Kesehatan rawat inap sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku. Petugas yang terlibat dalam proses pengajuan klaim telah memahami alur klaim, mulai dari pengumpulan berkas, dan input data ke aplikasi e-Klaim INA-CBGs.

Pengajuan klaim di Rumah Sakit Sumber Sentosa Tumpang Malang kepada BPJS Kesehatan mengajukan per pasien, melainkan secara kolektif setiap bulan, dengan batas akhir antara tanggal 10 dan 15. bulan selanjutnya setelah pasien mendapatkan perawatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Kusuma Rahayu et al (2025) menjelaskan SOP yang jelas dapat membantu petugas tanggung jawab masing-masing orang dan mengurangi kemungkinan terjadinya kesalahan. SOP ini juga menjamin bahwa semua dokumen yang dibutuhkan untuk menangani klaim disusun dan dikirimkan pada waktu yang tepat, sehingga mempercepat proses klaim.

Penelitian yang dilakukan (Errisya et al., 2024) mengungkapkan bahwa pengajuan untuk mengklaim penggantian biaya rumah sakit melalui BPJS Kesehatan telah dilaksanakan mengikuti standar operasional procedure (SOP) yang telah ditetapkan yang berlaku. dan menunjukkan bahwa

pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap dilakukan secara kolektif setiap bulan setelah pasien selesai mendapatkan pelayanan klaim diajukan oleh pihak rumah sakit kepada BPJS Kesehatan melalui sistem INA-CBGs sebagai bentuk penagihan biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan

Proses Verifikasi Klaim

Berdasarkan informasi yang diperoleh peneliti dengan informan, Ketidaksesuaian antara diagnosis dan prosedur masih sering terjadi di Rumah Sakit Sumber Sentosa Tumpang Malang, bukti untuk memverifikasi ketidaksesuaian ini mencakup pengkodean diagnosis dan prosedur dengan menggunakan kode ICD-10, ICD-9-CM/ICD-10-PCS atau kode INA-CBG untuk prosedur, serta bukti berupa kode yang tidak sesuai dengan pedoman IDRG. Data ini menjadi landasan klaim revisi. Contohnya, pasien dicatat melakukan operasi appendektomi, tapi rekam medis menunjukkan hanya diberikan antibiotik tanpa operasi.

Ketidaksesuaian antara diagnosis dan prosedur merupakan permasalahan yang sering ditemukan. Ketidaksesuaian ini mengindikasikan bahwa pencatatan medis oleh DPJP

belum sepenuhnya menggambarkan pelayanan yang diberikan secara rinci dan konsisten. Pengkodean diagnosis menggunakan ICD-10 serta pengkodean prosedur menggunakan ICD-9-CM/ICD-10-PCS atau INA-CBGs harus mengacu pada guideline IDRG. Apabila kode yang diajukan tidak sesuai dengan isi rekam medis atau guideline yang berlaku, maka klaim akan menjadi dasar untuk dilakukan revisi. Contoh kasus yang ditemukan, seperti pencatatan tindakan operasi appendektomi pada klaim, sementara pada rekam medis pasien hanya tercantum pemberian antibiotik tanpa tindakan operasi, menunjukkan adanya ketidaksesuaian yang signifikan antara pelayanan medis dan klaim yang diajukan.

Penelitian yang dilakukan Talkah, et al (2025) Menunjukkan bahwa ketidakkonsistenan antara diagnosis klinis, prosedur medis. ketidaksesuaian diagnosis dan prosedur merupakan faktor penting yang memengaruhi hasil verifikasi klaim, serta menunjukkan bahwa kualitas dokumentasi rekam medis dan ketepatan pengkodean menjadi kunci utama dalam kelancaran klaim BPJS Kesehatan.

Penelitian yang dilakukan (rahmadhani dkk 2020) mengungkapkan ketidaksesuaian antara

diagnosis dan prosedur tindakan merupakan salah satu faktor utama terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan. ketidaktepatan pengkodean diagnosis dan prosedur, serta perbedaan antara pelayanan medis yang tercatat dalam rekam medis dengan kode yang diajukan dalam sistem klaim, menyebabkan klaim harus dilakukan revisi atau dikembalikan oleh pihak BPJS Kesehatan

5. KESIMPULAN

1. Kelengkapan dokumen klaim BPJS Kesehatan rawat inap belum sepenuhnya terpenuhi. Ketidaklengkapan masih sering terjadi pada dokumen medis, seperti resume medis yang tidak ditandatangani DPJP, rekam medis yang tidak lengkap, serta penulisan diagnosis dan tindakan yang belum jelas.
2. Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap pada telah dilaksanakan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku, dan dilakukan secara kolektif setiap bulan. Namun, dalam pelaksanaannya proses pengajuan klaim belum berjalan optimal karena masih terdapat keterlambatan pengumpulan dokumen, ketidaksinkronan data

administrasi, serta kendala teknis pada sistem, sehingga berpotensi menyebabkan terjadinya klaim pending.

3. Proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan rawat inap masih sering menemukan ketidaksesuaian antara diagnosis dan prosedur tindakan yang diajukan. Ketidaksesuaian tersebut disebabkan oleh pencatatan rekam medis yang belum lengkap dan tidak konsisten, serta ketidaktepatan pengkodean diagnosis dan prosedur, sehingga klaim harus direvisi atau mengalami pending.

6. SARAN

1. Disarankan agar rumah sakit meningkatkan pengendalian kelengkapan dokumen klaim sejak awal pelayanan. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) perlu diberikan sosialisasi dan pengawasan secara berkala terkait kewajiban pengisian resume medis secara lengkap dan penandatanganan dokumen. Selain itu, perlu dioptimalkan peran verifikasi internal di unit rekam medis untuk memastikan kelengkapan rekam medis, kejelasan penulisan diagnosis, serta kesesuaian tindakan medis sebelum

dokumen klaim diajukan ke BPJS Kesehatan.

2. Rumah sakit disarankan untuk meningkatkan koordinasi antar unit terkait, mempercepat pengumpulan dokumen klaim, serta melakukan sinkronisasi data administrasi secara rutin dan optimalisasi sistem klaim guna meminimalkan keterlambatan dan mencegah terjadinya klaim pending
3. Rumah sakit perlu meningkatkan kualitas pencatatan rekam medis dan ketepatan pengkodean diagnosis serta prosedur melalui sosialisasi dan pengawasan berkala, sehingga kesesuaian data pada proses verifikasi klaim dapat terjaga dan klaim pending dapat diminimalkan.

7. DAFTAR PUSTAKA

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, Pub. L. No. 71 (2013). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/129904/permenkes-no-71-tahun-2013>
- Amran, R. (n.d.). *Prosedur BPJS dan Klaim BPJS oleh Rumah Sakit*. 147–154.
- Errisya, M. K., Purba, M. R., Khofipah, S., & Pramita, F. (2024). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi. *Jurnl Kesehatan Ilmiah Indonesia*, 9(1), 321–327.
- Hasbullah, A. O., Maidin, H. A., & ... (2024). ... Pending Klaim BPJS Kesehatan Berdasarkan Permenkes No 26 Tahun 2021 di RS Ibnu Sina: Implementation of Pending BPJS Health Claims Based on *Journal of Aqfiyah Health ...*, 5(2), 199–209. <http://www.pasca-umi.ac.id/index.php/jahr/article/view/1699>
- rahmadhani ika, wijayanti adi rossalina, nuraini novita. (2020). *Analisis Ketidaksesuaian kode dignosis pada SIMRS Dengan berkas klaim BPJS Klinik obgyn*. 1(4), 545–552.
- Santiasih, W. A., Simanjorang, A., & Satria, B. (2021). ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RSUD DR.RM DJOELHAM BINJAI. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 2615–109.
- Talkah, Ibnu Kuncoro, Gema Asiani, C. Z. (2025). *ANALISIS PENGAJUAN KLAIM BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN DI RUMAH SAKIT*. 10.
- Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomo 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, Pub. L. No. 7 (2018). <https://www.peraturan.go.id/eng/peraturan-bpjs-kesehatan-no-7-tahun-2018>
- nuraini novita. (2020). *Analisis Ketidaksesuaian kode dignosis pada SIMRS Dengan berkas klaim BPJS Klinik obgyn*. 1(4), 545–552.
- Santiasih, W. A., Simanjorang, A., & Satria, B. (2021). ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP

DI RSUD DR.RM DJOELHAM
BINJAI. *Journal of Healthcare
Technology and Medicine*, 7(2),
2615–109.

Rahayu, L., & Sugiarti, Ida. (2021).
Analisis Prosedur Klaim BPJS
Kesehatan Di Rumah Sakit Claim
Procedure Analysis Health BPJS In
Hospital Indonesian Journal of
Health Information Management (IJHIM) Vol. Indonesian Journal of
Health Information Management (IJHIM), 1(2).
[https://ijhim.stikesmhk.ac.id/index.p
hp/ojsdata/article/view/21](https://ijhim.stikesmhk.ac.id/index.php/ojsdata/article/view/21)

Sugiyono. (2013). Metode Penelitian
Kuantitatif, Kualitatif, dan R&d.

Tuzzahra, R., Hakim, A. O., & Romodon,
D. (2024). *Penyebab Pengembalian
Berkas Klaim BPJS Kesehatan
Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari
Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di
RSUD Majenang*. 6(1), 29–39.
[https://doi.org/10.25047/j-
remi.v6i1.5469](https://doi.org/10.25047/j-remi.v6i1.5469)