ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS RAWAT INAP TERHADAP KODIFIKASI REKAM MEDIS DI RSUD KOTA BANDUNG 2024

Fitriani Nursyiam¹, Syaikhul Wahab²

^{1,2}Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

^{1,2}Politeknik Piksi Ganesha, Jl. Jend. Gatot Soebroto No. 301 Bandung

E-mail: ¹fitriani Nursyiam37491@gmail.com, ²syaikhulwahab@gmail.com

ABSTRACT

BPJS Health, receives a bill that includes a request for payment for treatment related to an illness suffered by a BPJS Health participant at the hospital. Depending on the claims, the required level of document completeness varies. In order for the service return process to run effectively, both from the participant and medical position, the BPJS claim submission document must be complete. Illness with the BPJS verification officer has an impact on financing. Looking at the problems found in the pending claims document for inpatients in January-March, 3221 documents were obtained and 226 pending documents were returned. The method of this research is descriptive qualitative, conducted by interviews for 2 months. The results of the research findings in pending claim contain incomplete documents such as medical record documents that are not completed or the result of research on diseases diagnostic codes that are different from those of the doctor. Regarding the efforts made to prevent pending cases, the hospital has formed a team of officers who can overcome the factors causing delays, including management, BPJS coders and administrators who are tasked with conducting socialization and reviewing the rules, set time limits that must be complied with.

Keywords: BPJS, Codification, Reason, Inpatient, Hospital

ABSTRAK

BPJS kesehatan, menerima tagihan yang mencangkup permintaan pembayaran perawatan terkait penyakit yang diderita oleh peserta BPJS kesehatan di rumah sakit. RSUD Kota Bandung yang ingin menunjukkan bahwa mereka bahwa harus mematuhi persyaratan pembayaran harus menyertakan dokumen pendukung. Dokumen persyaratan mungkin menentukan layanan betapa komprehensifnya dokumen klaim, bergantung pada klaim yang dibutuhkan kelengkapan dokumen tingkat bervariasi. Agar proses pengembalian layanan berjalan efektif, baik dari posisi peserta maupun medis, dokumen pengajuan klaim BPJS harus sudah selesai. Pada pendahuluan terkait klaim yang ditemukan kesalahan dalam kodifikasi dokumen rekam medis yang menyebabkan ketidaksesuaian antara staf rumah sakit dengan petugas verifikasi BPJS berdampak pada pembiayaan. Melihat dari permasalahan yang ditemukan pada dokumen pending klaim pasien rawat inap pada bulan Januari-Maret diperoleh data 3.221 dokumen dan dilakukan pengembalian jumlah dokumen pending sebanyak 226 dokumen. Metode penelitian ini adalah kualitatif bersifat deskriptif yang dilakukan secara wawancara selama 2 bulan. Hasil temuan penelitian pada pending klaim terdapat dokumen yang tidak lengkap seperti dokumen rekam medis yang tidak selesai ataupun hasil penelitian kode diagnosis penyakit berbeda dengan dokter. Terkait upaya yang dilakukan agar tidak terjadi pending maka rumah sakit membentuk tim petugas yang dapat mengatasi faktor-faktor penyebab keterlambatan yang meliputi manajemen, koder dan administrator BPJS yang bertugas melakukan sosialisasi dan telaah aturan, menetapkan batas waktu yang harus dipatuhi.

Kata Kunci: BPJS, Kodifikasi, Penyebab, Rawat Inap, Rumah Sakit

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak setiap orang dan bukan persyarat untuk mencapai tujuan hidup lainnya menjadi kuat secara fisik bukanlah satu satunya aspek kesehatan dalam mensejahterakan mental spiritual sama pentingnya yang saling

bertoleransi dan menghargai perbedaan pada orang lain (Robert H Soewodo).

Menurut Peraturan Menteri kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang klasifikasi dan perizinan Rumah Sakit yang mengatakan: "Rumah Sakit adalah lembaga pelayanan kesehatan yang

menyelenggarakan perorangan secara menyeluruh dengan menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.

Catatan yang ditetapkan medis dengan sistem elektronik bagi pendaftar yang dikenal sebagai rekam medis elektronik (Kementerian Kesehatan 2022 No.24) Rekam medis yang dibuat secara elektronik adalah rekam medis yang berisi informasi kesehatan elektronik mengenai kondisi pasien dan dibuat memanfaatkan teknologi elektronik.

Menurut Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023, BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) adalah lembaga publik yang menyelenggarakan jaminan sosial, dan sistem pembiayaannya didasarkan pada tarif kapasitas BPJS. BPJS Kesehatan membayar pembayaran per kapita bulanan di muka ke fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar, terlepas dari jenis dan jumlah layanan medis yang diberikan, sedangkan tarif CBG berbasis kasus di Indonesia (disebut INA-) dibayarkan oleh BPJS Kesehatan untuk masing-masing besarnya klaim yang dibayarkan oleh fasilitas kesehatan rujukan lanjutan berdasarkan pengelompokan diagnosa penyakit dan prosedurnya.

Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) adalah lembaga asuransi telah didirikan dan diselenggarakan oleh skema BPJS. Klaim BPJS adalah Periode pengembalian klaim yang diajukan kepada BPJS atas suatu pemeriksaan yang dilakukan terhadap pasien BPJS. BPJS kemudian secara kolektif menyetujui dan membayar proses klaim setiap bulannya dan mengembalikannya ke rumah sakit untuk ditinjau kembali. Jika ada proses klaim yang tertunda, hal ini dapat menghambat pembayaran dan upah kepada karyawan dan pemasok, supervisor dan pemeliharaan rumah sakit.

kodifikasi adalah pemrosesan data dari catatan rekam medis melibatkan proses yang disebut pengkodean, yang menghasilkan kode dan kombinasi huruf atau angka yang dapat digunakan untuk mewakili berbagai jenis data. Kodifikasi yang terdapat pada dalam ICD 10 dan 9, nama dan kategori yang digunakan untuk mengkodekan semua penyakit, cedera, gejala, *variable* terkait kesehatan akan sama di

seluruh dunia. Nama dan kategori ini dapat diubah menjadi huruf, angka, atau karakter alfanumerik.

Dalam kasus pending klaim ditemukan masalah pada dokumen rekam medis terhadap kodifikasi terjadi kesalahan dalam menentukan kode diagnosis dan kode tindakan dapat mengakibatkan adanya perbedaan dari petugas Rumah Sakit dengan petugas verifikasi BPJS. Pada pending klaim dapat mempengaruhi pada pembiayaan pelayanan BPJS kesehatan akan terjadi penurunan pemasukan pada Rumah Sakit. Berdasarkan masalah pada yang ditemukan pada RSUD Kota Bandung dokumen pending klaim pasien rawat inap pada bulan Januari-Maret 2024 diperoleh data 3.221 dokumen dan setelah itu dilakukan pengembalian jumlah dokumen karena pending klaim sebanyak 226 dokumen.

Penelitian yang dilakukan oleh Relia Ariany (2019) Proses pengajuan klaim dari awal pendokumentasian asuham pasien perakitan, pengkodean, dan pemasukan aplikasi Ina-CBG sampai dengan penyerahan dokumen akhir akibat dari cabang BPJS yang masih terjadi keterlambatannya penagihan pasien yang masih dalam tahap analisis kesulitan petugas pengkodean dalam mengkodekan banyak kasus kendala jaringan internet dan pemutakhiran aplikasi Ina-CBG berdampak pada waktu yang dibutuhkan untuk mengajukan klaim BPJS kesehatan dan seberapa cepat klaim tersebut diproses setelah validator BPJS meninjau

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penyebab pending pasien rawat inap dokumen klaim BPJS kesehatan di RSUD Kota Bandung khususnya terhadap kodifikasi Berdasarkan pembahasan diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai **"Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS di Rawat Inap Terhadap Kodifikasi Rekam Medis di RSUD Kota Bandung"**.

METODE

Metodologi Penelitian ini adalah kualitatif bersifat deskriptif. Kualitatif merupakan penelitian dilakukan bertujuan untuk mengidentifikasi komponen tertentu dalam setiap koleksi sesuai dengan topik yang dipelajari dan dijelaskan secara mendalam kata

demikian kata, tanpa menggunakan bahasa spekulatif yang ambigu. Penelitian ini dilakukan selama 2 bulan. Sumber informasi yang digunakan untuk mengumpulkan data dan mengidentifikasi masalah yang mempengaruhi klaim BPJS yang tertunda di RSUD Kota Bandung terkait pengkodean.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil yang dilakukan oleh peneliti pada kasus pending klaim BPJS terhadap koding sebagai berikut:

Tabel 1. Kasus Pending Klaim BPJS

Bulan	Tahun	Kasus Kelengkapan Pasien	Jumlah Kasus Pending Verifikasi	Jumlah Kasus Pending Klaim Terhadap Koding
Januari	2024	1085	70	37
Februari	2024	1019	79	40
Maret	2024	1117	77	26
Jumlah		3221	226	103

Berdasarkan kegiatan pada tabel di atas terdapat tertundanya pengklaiman BPJS Rawat Inap pada bulan Januari-Maret 2024 terdapat total kasus pending klaim BPJS sebanyak 226 dan pending terhadap koding 103 dokumen yang dipending dan dikembalikan ke Rumah Sakit.

Tabel 2. Jumlah Dokumen Yang Lulus Dan Tidak Lulus Dalam Pending Klaim BPJS Rawat Inap

Bulan	Tahun	Jumlah Dokumen Yang Lulus	Jumlah Dokumen Yang Tidak Lulus
Januari	2024	1015	70
Februari	2024	940	79
Maret	2024	1040	77
Jumlah		2995	226

Berdasarkan pada tabel di atas terdapat jumlah dokumen yang lulus sebanyak 2.995 dan yang tidak lulus sebanyak 226 dokumen yang terjadi pending dan dikembalikan ke Rumah Sakit untuk di verifikasi.

A. Masalah Penyebab Pending Klaim BPJS

Hasil temuan penelitian menunjukkan bahwa rekam medis tidak lengkap, seperti rekam medis BPJS kesehatan di Rumah Sakit menjadi akar penyebab tidak terselesaikannya klaim BPJS. Pasien mengisi rekam medis tidak akurat atau tidak lengkap karena diagnosisnya dan hasil penelitian dokter berbeda, sehingga pengobatan tidak diberikan berdasarkan diagnosa saat ini. Hal tersebut dilakukan oleh dokter yang merawat penderita DPJP. Keterlambatan pengobatan juga disebabkan oleh tantangan implementasi. Informasi terhambat, kesalahan registrasi dan harus menunggu proses pengajuan BPJS. Pemintaan yang tertunda juga dipengaruhi oleh pemeriksaan BPJS kesehatan dan rumah sakit.

Tagihan yang ditunjukkan kepada BPJS kesehatan setelah biaya perawatan utama yang ditunjukkan oleh peserta BPJS kesehatan di rumah sakit yang sangat penting bagi rumah sakit untuk menyediakan dokumentasi sebagai bukti bahwa rumah sakit telah memenuhi standar pembayaran. Dokumen klaim dapat dipengaruhi oleh kebutuhan staf medis dan kebutuhan penggugat. Proses klaim BPJS harus terselesaikan secara lengkap agar berjalan dengan lancar. Pemeriksaan yang akurat diverifikasi oleh dokter dasar pemeriksaan medis yang komperhensif yang menyeluruh dan akurat. Rekam medis terkini merupakan komponen penting data untuk pemeriksaan ulang inap. Ketidaktepatan antara resume-resume medis dan formulir klaim, seperti diagnosis yang tidak akurat dan kode yang menyimpang dan memiliki kemampuan untuk mempengaruhi standar layanan medis (Santiasih et al., 2021).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Samarajana dan Soewodo (2019), dibandingkan dengan pengklaiman yang pertama secara jumlah keseluruhan pembayaran BPJS untuk klaim yang belum terbayarkan lebih sedikit. Aliran kas rumah sakit dapat menyebabkan pada masalah kompensasi staf, pembayaran layanan medis khusus, pemberian akses ke obat-obatan dan pemeliharaan infrastruktur dan peralatan rumah sakit.

Berdasarkan hasil temuan penelitian sophia (2017) menunjukkan bahwa meskipun masih terdapat keterbatasan, namun adanya kesesuaian atau kesamaan sudut pandang antar Rumah Sakit BPJS perlu surat dukungan yang berisi BPJS pusat untuk menyampaikan surat edaran dukungan kasus baru contoh, kesertaan harus disertakan dalam setiap dokumen yang dikirim ke Rumah Sakit untuk mendapatkan rekomendasi pengajuan klaim yang sudah terjalin antara BPJS pusat dengan verifikasi Rumah Sakit.

B. Masalah Penyebab Pending Klaim terhadap kodifikasi

Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti terdapat pending klaim yang terjadi pada kodifikasi mengakibatkan ketidaktepatan dalam mengkode suatu diagnosis dan tindakan penyakit, ketidaktepatan ini dapat terjadi dikarenakan tidak telitinya petugas koding sehingga mengalami kesalahan dalam pengkodean, maka akan mempengaruhi pada klaim yang harus dibayarkan oleh pihak BPJS ke Rumah Sakit.

Dalam kasus pending klaim yang terjadi pada koding mengalami kesalahan oleh petugas casemix dalam menentukan kode diagnosis dan tindakan yang ditemukan kode tidak akurat sehingga dapat mempengaruhi ke pembayaran Rumah Sakit, hal ini terjadi karena petugas koder kurang teliti dalam menentukan kode diagnosis dan tindakan yang mengakibatkan berkas dikembalikan ke Rumah Sakit untuk di verifikasi.

Permintaan kepada BPJS kesehatan untuk merevisi penempatan diagnosis menjadi alasan lain mengapa klaim masih tertunda. Diagnosis medis pada berkas medis tidak memenuhi syarat, dilakukan revisi penempatan diagnosis sesuai BPJS kesehatan. Jika diagnosis tidak ditempatkan dengan yang mematuhi pedoman pengkodean ICD 10. Apabila penempatannya dilanggar maka primer dan sekunder harus dikategorikan sesuai dengan standar pengkodean yang mempertimbangkan motivasi dalam alasan pasien menerima perawatan di Rumah Sakit adanya sumber daya yang paling luas dan paling banyak digunakan. Sesuai dengan kode yang ditetapkan oleh pedoman pengkodean, klasifikasi diagnosis primer dan sekunder

ditentukan dengan mempertimbangkan sumber daya yang paling signifikan dan paling sering digunakan sebagai tambahan pembenaran untuk keperawatan pasien.

Perbedaan pendapat antara verifikasi BPJS kesehatan dengan koder dan verifikasi di Rumah Sakit dapat berdampak pada penerapan dan berujung pada reposisi diagnosis. Perlu adanya kerja sama dan koordinasi menjadi kuat antara rumah sakit dan BPJS kesehatan agar semua pihak mengetahui persyaratan kodifikasi yang tepat, meskipun pedoman dasarnya tidak berubah perlu lebih banyak kerja sama dan koordinasi antara rumah sakit dan BPJS kesehatan untuk menjamin bahwa setiap orang mengetahui persyaratan pengkodean yang benar, walaupun pada dasarnya pedoman pengkodean tetap sama

Mengubah kode dari BPJS kesehatan adalah masalah yang kompleks karena Rumah Sakit dan perusahaan memiliki pandangan yang berbeda tentang penggunaan kode diagnosis yang tepat. Masalah ini membuat proses klaim memakan waktu yang lama. Proses penetapan kode pengelompokan aplikasi INA-CBG untuk intervensi klinis dan tes medis. Kode dapat digunakan untuk menghitung jumlah klaim. Dalam konteks ini gangguan yang paling serius atau mengancam jiwa, kondisi membutuhkan biaya pengobatan paling besar dan diagnosis yang membutuhkan waktu penyembuhan yang lama.

C. Upaya-Upaya untuk Menyelesaikan Pending Klaim BPJS terhadap Kodifikasi

Upaya menyelesaikan klaim BPJS kesehatan harus dilakukan komunikasi dengan staf Rumah Sakit diperlukan untuk meningkatkan pemahaman mereka terhadap kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan klaim BPJS. Tujuan penyajian dokumen klaim sesuai ketentuan yang berlaku adalah untuk mengurangi kemungkinan klaim ditolak atau ditunda. Proses verifikasi internal sebelum mengirimkan dokumen klaim sehingga masalah atau kekurangan dapat diidentifikasi dan diperbaiki.

Saat mengajukan klaim yang sesuai untuk penyediaan keberlangsungan perawatan medis bagi semua penyedia layanan Rumah Sakit,

manajemen yang efektif sangatlah penting. Setiap upaya manajemen yang baik pengelolaan dimulai dengan perencanaan yang matang bagi setiap penyedia layanan.

Terkait berkas klaim BPJS kesehatan yang masih tertunda koder akan berbicara dengan departemen medis. Hasil yang bertentangan dengan verifikator BPJS karena alasan yang belum jelas, maka pihak Rumah Sakit akan menanggapi sesuai dengan hasil temuan kerja sama dengan bagian medis. Rumah Sakit akan menyetujui dan mematuhi alasan tertunda apabila Rumah Sakit menerima alasan tertundanya BPJS.

Pengelolaan seluruh sumber daya baik sumber daya manusia maupun sumber daya lainnya sangat diperlukan bagi Rumah Sakit guna meningkatkan standar pelayanan perawatan di Rumah Sakit. Persyaratan bagi manajemen untuk mengawasi semua operasi proses di zaman BPJS kesehatan. Tidak perlu ada pengembalian berkas atau permintaan yang tertunda selama berkas klaim lengkap. Salah satu cara untuk menangani klaim yang tertunda dengan memanfaatkan operasi manajemen saat ini sebaik-baiknya asalkan berkas klaim yang lengkap tidak memerlukan berkas atau permintaan yang tertunda.

Upaya yang dilakukan untuk mengumpulkan sekelompok petugas BPJS oleh petugas yang bekerja keras untuk membuat sebuah tim mengatasi aspek kontribusi terhadap keterlambatan teknologi seperti manajemen, pembuat kode dan administrator BPJS yang menangani peninjauan aturan dan sosialisasi. Menentukan batas waktu yang harus dipenuhi petugas organisasi untuk menyelesaikan dokumen persyaratan klaim BPJS kesehatan. Target kontrol adalah tim perawat, tim dokter, koder atau rekam medis beserta verifikator BPJS rumah sakit yang memiliki keahlian masing-masing sesuai tugasnya.

SIMPULAN

1. Mengevaluasi kelengkapan pengisian dokumen rekam medis yang tidak akurat atau tidak lengkap dikarenakan hasil diagnosis yang dilakukan oleh penelitian dokter berbeda sehingga pengobatan tidak sesuai dengan diagnosa.

2. Mengawasi petugas untuk lebih teliti dalam melengkapi lembar persyaratan kepada pihak BPJS untuk mengurangi jumlah dokumen persyaratan klaim file yang harus dikembalikan.
3. Petugas casemix harus lebih teliti dalam mengkode diagnosis agar tidak terjadi kesalahan dalam menentukan diagnosis sehingga terjadi pending dan berakibat dokumen rekam medis dikembalikan ke rumah sakit
4. Upaya yang dilakukan harus membuat tim untuk melakukan penilaian dalam menurunkan angka jumlah kejadian yang melibatkan dokumen klaim yang dikembalikan. Penilaian ini dimulai dengan komunikasi terbuka dari semua masalah, koordinasi semua komponen yang relevan dan peningkatan kinerja setiap departemen.

DAFTAR PUSTAKA

- Robert.H.Brook (2017) Pengertian Kesehatan Mencakup ukuran Toleransi?".Jurnal Medis Amerika Asosiasi,317 (6):585-58.
http://library.binus.ac.id/eColls/eThesidoc/ab2/RS1_2017_1_885_
- Kemendes R.I (2020) *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*
<https://peraturan.bpk.go.id/Details/152506/permenkes-no-3-tahun-2020>
- Coders' Desk Reference (2010) *ICD-9-CM Procedures.USA: Ingenix*
- Kemendes R.I (2022) *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis Elektronik*. Jakarta: Kemendes RI.2022
https://yankes.kemkes.go.id/unduh/fileunduhan_1662611251_882318.pdf
- World Health Organization. Alphabetical index (2010) *edition volume 3 (International statistical classification*

of diseases and related health problems ICD-10)

- Ariany, R. (2019). Analisis terkait pengajuan klaim asuransi kesehatan. (Tesis, Universitas Sriwijaya)
- Permenkes R.I (2023) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang *Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*
- PRATAMA,Aldi,et al."Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr.Soedirman Kebumen".Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI),2023,8.1124-134
- RI, K. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *tentang petunjuk teknis sistem ina CBG*
- Permenkes RI. (No.28 tahun 2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *tentang pedoman pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasi*
- Sophia, D. E. (2017 20 (3):83-8). *Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim Kepada Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial BPJS Kesehatan . Pada Rumkital Dr Mintohardjo,DKI jakarta: Bul Penelitian Sistem Kesehatan.*
- Ariyanti, D. J. (2023). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rekam Medis Rawat Inap di RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo.
- Fiantika, R. F. (2022). Metodologi Penelitian Kualitatif, Sumatra Barat: PT. Global Eksekutif Teknologi
- Semarajana, I. N. G., & Soewondo, P. (2019) Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Klaim Yang Tertunda Dalam jaminan Kesehatan Nasional Indonesia (Jkn): Tinjauan Sistematis.4, 768-780
- Chatarina Lantio Divina Turnip. (2020). Analisis Kode Diagnosa dan Prosedur pada Pengembalian Berkas Klaim Pasien BPJS Rawat Inap di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. Prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Semarang Poltekkes Kemenkes Semarang.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2021) Peraturan Nomor 26 tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesia Case Base Groups (ina-cbg's) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Kementerian Kesehatan Indonesia. Jakarta
- Presiden Republik Indonesia. (2011). Undang-Undang No. 24 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial. Presiden Republik Indonesia, jakarta.
- Satrianegara, MF. (2014). Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan: Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit, Jakarta: Salemba Medika.
- Tyas ardhitya, Agus Perry K, S.Kg, M. K. (2015) Faktor-Faktor Yang Melatar Belakang Penolakan Klaim BPJS Oleh Verifikator BPJS di Rsjd Dr. Amino GondohutomoProvindi Jawa Tengah Tahun 2015. Jurnal Universitas Dian Nuswantoro, 2(2), 1-10
- 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: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 519–528. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2157>
- Santiasih, W. A., Simanjorang, A., & Satria, B. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap Di Rsud Dr.Rm Djoelham Binjai Analysis of Pending Causes of Bpjs Health Claim Installing in Rsud Dr. Rm Djoelham Binjai. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 2615–109.