

## GAMBARAN PROSES VERIFIKASI BERKAS KLAIM PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT X

Diva Okti Aryani<sup>1\*</sup>, Silvia Nurvita<sup>2</sup>

Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan, Universitas Nasional Karangturi<sup>1,2</sup>

\*Corresponding Author : divaokar8@gmail.com

### ABSTRAK

Verifikasi dokumen klaim tidak hanya berfokus pada pemeriksaan lengkapnya data pasien dan layanan yang telah diberikan, tetapi juga penting untuk kelancaran dalam proses pembayaran klaim. Hal ini berlaku baik untuk asuransi kesehatan, BPJS Kesehatan, maupun metode pembayaran lainnya. Jika pengelolaan proses ini tidak dilakukan dengan baik, dapat muncul masalah seperti penundaan klaim, penolakan, atau bahkan kerugian finansial untuk rumah sakit. Dalam penelitian ini, pendekatan yang digunakan adalah kualitatif deskriptif. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan coder di rumah sakit X. Variabel yang dianalisis dalam studi ini mencakup prosedur dokumen klaim, syarat kelengkapan dokumen klaim, kerja sama BPJS dengan fasilitas kesehatan, pengiriman dokumen klaim, masalah dalam verifikasi dokumen, dan pencairan tagihan BPJS. Hasil wawancara menunjukkan bahwa syarat kelengkapan dokumen klaim BPJS Kesehatan yang ditemukan mencakup beberapa dokumen penting seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), hasil pengelompokan, resume medis, surat pengantar, hasil pemeriksaan pendukung, dan kuitansi. Untuk pasien yang dirujuk dari Instalasi Gawat Darurat (IGD), laporan triage juga diperlukan. Keberadaan dokumen-dokumen ini sangat penting untuk mendukung proses klaim. Dari paparan permasalahan yang ada, dapat disimpulkan bahwa pelayanan di Rumah Sakit X sudah berjalan dengan baik namun, ada beberapa hal yang memperlambat proses kerja, sehingga diharapkan untuk melengkapi verifikasi dokumen klaim.

**Kata kunci** : BPJS kesehatan, casemix, verifikasi klaim

### ABSTRACT

*Verification of claim documents not only focuses on checking the completeness of patient data and services provided, but is also important for the smoothness of the claim payment process. This applies to health insurance, BPJS Kesehatan, and other payment methods. If the management of this process is not carried out properly, problems such as claim delays, rejections, or even financial losses for the hospital can arise. In this study, the approach used was qualitative descriptive. Data collection was carried out through interviews with coders at Hospital X. The variables analyzed in this study include claim document procedures, claim document completeness requirements, BPJS cooperation with health facilities, delivery of claim documents, problems in document verification, and disbursement of BPJS bills. The results of the interview showed that the completeness requirements for BPJS Kesehatan claim documents found included several important documents such as Participant Eligibility Letters (SEP), grouping results, medical resumes, cover letters, supporting examination results, and receipts. For patients referred from the Emergency Room (IGD), a triage report is also required. The existence of these documents is very important to support the claim process. From the presentation of the existing problems, it can be concluded that the service at Hospital X has been running well; However, there are several things that slow down the work process, so it is expected to complete the verification of claim documents.*

**Keywords** : claim verification, casemix, BPJS health

### PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah organisasi layanan kesehatan publik yang memiliki karakteristik yang berbeda karena kemajuan dalam bidang kesehatan, kemajuan dalam teknologi, dan kemajuan dalam kesejahteraan sosial dan ekonomi masyarakat. Rumah sakit harus memiliki kemampuan untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat dengan cara yang lebih efisien dan terjangkau.

Para pengunjung di rumah sakit dapat menikmati berbagai layanan seperti rawat jalan, rawat inap, dan juga perawatan darurat. Sebagai institusi kesehatan jangka panjang, rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk menawarkan layanan medis yang bersifat pencegahan, penyembuhan, promosi kesehatan, serta rehabilitasi. "Pasien" di sini berarti siapa saja yang datang ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan medis yang diperlukan, baik dalam keadaan tenang maupun dalam situasi darurat. Program pemerintah yang dikenal sebagai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bertujuan untuk menyediakan perlindungan serta kesejahteraan sosial bagi seluruh warga di Indonesia. Sejak tahun 2004, inisiatif ini telah dilaksanakan di Indonesia, sejalan dengan mandat dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004., yang dibuat untuk menangani masalah kesehatan (Sekretaris Negara RI, 2004).

BPJS, yang didirikan berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 mengenai BPJS, terdiri dari dua bagian yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Banyak masyarakat mengalami perubahan dalam kebijakan dan prosedur untuk menemukan prinsip terbaik untuk mengurangi ketersediaan layanan kesehatan di fasilitas kesehatan sejak tahun 2014 (Golda Kurniawati, 2021). Manfaat rawat inap pelayanan untuk kelas 1, 2, dan 3 kurang lebih sama pada awal program Jaminan Kesehatan Nasional, dengan catatan bahwa rumah sakit masih menyediakan fasilitas rawat inap dibandingkan dengan kelas-kelas lain. *World Health Organization* Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Ada tiga aspek dalam mencapai cakupan *universal*, yaitu jumlah orang yang terlindungi, jenis layanan kesehatan yang diberikan, dan persentase biaya kesehatan yang ditanggung oleh masyarakat (WHO, 2010).

Aspek kedua mencakup jenis layanan kesehatan yang disediakan, baik itu rawat inap maupun rawat jalan. Aspek ketiga berkaitan dengan persentase biaya kesehatan yang masih harus ditanggung oleh masyarakat., yang berarti apakah pemerintah menanggung semua biaya kesehatan atau individu harus membayar sebagian. Perluasan jaminan tiga dimensi bergantung pada kekuatan moneter suatu negara dan preferensi penduduknya. Tarif INA-CBG, yang merupakan biaya rata-rata untuk kelompok diagnosis, dipakai sebagai metode pembayaran rumah sakit yang didasarkan pada ringkasan medis penyakit yang dialami oleh pasien (Khasanah et al. , 2023). Berkas yang dibawa ke poli atau ruang pemeriksaan akan mengisi diagnosis dan tindakan serta mendapatkan resep dari dokter. Selanjutnya, berkas akan dikirim ke apotik untuk digunakan oleh penderita untuk mengambil obat mereka. Berkas ini akan dilengkapi dengan informasi tentang obat apa pun yang telah dikonsumsi atau dikonsumsi pasien. Selanjutnya, berkas dikirim ke bagian rekam medis (RM) untuk dikodekan, dilengkapi, digabungkan, dan dimasukkan ke dalam keuangan. (Nuraini & Lestari, 2021).

Rekam medis konvensional biasanya terdiri dari map yang berisi dokumen yang mencatat informasi tentang kondisi medis pasien (Julia Pohan et al., 2022). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 76 Tahun 2016 tentang spesifikasi teknis sistem INA-CBG, metode pembayaran yang ditetapkan oleh BPJS adalah metode INA-CBG casemix prospektif. Oleh karena itu, karena adanya sistem pembayaran, metode pembayaran yang ditetapkan oleh BPJS adalah metode INA-CBG casemix. yang menggunakan metode prospektif tersebut, maka tarif ditetapkan sebelum pasien menerima pelayanan kesehatan. Tarif yang ditawarkan sudah mencakup semua jenis perawatan, yaitu saat pengunjung masuk dan saat pengunjung keluar rumah sakit. Sudah ada satu kode dalam sistem INA-CBGs, yaitu biaya pengobatan, tindakan, pakai obat, dan penginapan. Salah satu tindakan yang sangat penting dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah tahap verifikasi klaim, yang bertujuan untuk memastikan bahwa biaya perawatan yang diajukan oleh fasilitas kesehatan sesuai dengan peraturan yang berlaku. (Susanto et al. , 2024).

Untuk menjaga kelancaran administrasi rumah sakit, diperlukan suatu sistem yang efisien, tepat, dan sesuai dengan prosedur operasional dalam proses verifikasi berkas klaim pasien rawat inap. Klaim Rumah Sakit terhadap BPJS Kesehatan merupakan permintaan kompensasi atas pelayanan yang diberikan kepada anggota BPJS Kesehatan yang berobat atau dirawat di

sana melalui tenaga profesional seperti dokter, perawat, dan apoteker. (Wijaya et al. , 2023). Selain itu, rumah sakit perlu mempertimbangkan berbagai faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan penerapan sistem Rekam Medis Elektronik (RME) agar dapat memperoleh manfaat jangka panjang. (Khasanah Meilia, 2020). Proses verifikasi berkas klaim berperan penting tidak hanya untuk memastikan bahwa data pasien dan layanan yang diberikan sudah lengkap, tetapi juga untuk memperlancar proses pembayaran klaim, baik melalui asuransi kesehatan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, maupun cara pendanaan lainnya. Apabila proses ini tidak dikelola dengan baik, bisa muncul masalah seperti penundaan klaim, penolakan klaim, hingga kerugian finansial untuk rumah sakit. Oleh karena itu, melalui penelitian ini, penulis bermaksud untuk memaparkan proses verifikasi berkas klaim rawat inap di Rumah Sakit X.

Klaim BPJS merujuk pada dokumen pembayaran yang wajib diajukan oleh peserta BPJS kepada BPJS Kesehatan melalui pihak rumah sakit, dilakukan dengan cara yang terorganisir, dan dikomunikasikan setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Rumah sakit harus menyediakan dokumen-dokumen sebagai syarat untuk mengajukan klaim guna menerima pembayaran ini. Salah satu hal yang paling penting dalam menentukan biaya singgah adalah kelengkapan dokumen klaim JKN yang diajukan. Faktor kelengkapan dokumen JKN dapat dipengaruhi oleh persyaratan dari pasien (misalnya, fotokopi KTP dan fotokopi kartu BPJS) serta dari petugas medis (seperti ringkasan pasien, laporan pemeriksaan, atau catatan individu pasien). Setelah menjalani proses belajar ini, diharapkan mahasiswa mendapatkan pengalaman nyata melalui pengamatan dan aktivitas yang berkaitan dengan judul yang telah ditentukan. Judul yang berfokus pada Gambaran Proses Verifikasi Berkas Klaim Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit X muncul dari masalah yang dihadapi oleh rumah sakit tersebut terkait dengan memahami kendala yang ada dalam proses verifikasi berkas klaim pasien rawat inap dan mencari solusi untuk mengatasi kendala tersebut.

## METODE

Pendekatan kualitatif deskriptif digunakan dalam penelitian ini. Pendekatan ini menekankan pemahaman mendalam dan deskriptif suatu fenomena dengan menggunakan data non-numerik seperti observasi, wawancara, dan studi kasus. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit X dari 4 November 2024 hingga 31 Januari 2025. Narasumber dalam wawancara ini adalah koordinator *coder* unit casemix rawat inap, yang merupakan populasi dari penelitian ini yang bekerja di unit *casemix*. Sampel penelitian ini adalah seorang koordinator *coder* unit *casemix*. Variabel yang digunakan dalam penelitian ini ialah prosedur berkas klaim, syarat kelengkapan berkas klaim, kerjasama BPJS dengan fasilitas kesehatan, pengiriman berkas klaim, kendala verifikasi berkas, pencairan tagihan BPJS. Pengumpulan data data diperoleh dari hasil wawancara observasi . Analisis data ini secara deskriptif berdasarkan hasil wawancara.

## HASIL

Metode *casemix* digunakan untuk membagi diagnosis penyakit berdasarkan karakteristik klinis dan biaya perawatan yang terkait. Setiap kelompok diagnosis atau kondisi kesehatan kemudian dimasukkan ke dalam grup tertentu berdasarkan gejala klinis yang sebanding dan penggunaan sumber daya yang diperlukan untuk perawatan. Dengan pengelompokan ini, layanan kesehatan dapat disusun dengan biaya tetap yang telah ditentukan sebelumnya. Hasil wawancara dilakukan agar mendapatkan hasil yang maksimal dengan mewawancarai koordinator *coder* unit *casemix* bagian rawat inap yang berjumlah satu orang. Berikut merupakan hasil wawancara mengenai *pending* klaim BPJS bagian rawat inap :

**Tabel 1. Hasil Wawancara**

No	Variabel/pertanyaan	Skrip jawaban
1	Bagaimana alur prosedur klaim BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit X?	<i>"...pasien selesai rawat inap, berkas disetorkan ke AP Central (Aministrasi Penderita) Untuk diverifikasi dengan disesuaikan dan mengikuti berkas pasien sesuai pertanggal pulang, lalu keesokan paginya diserahkan ke bagian piutang untuk mencocokkan dengan aplikasi SIMRS Piutang. Setelah itu diserahkan ke bagian Casemix untuk dilakukan billing dan pengkodean menggunakan ICD 10 dan ICD 9 di aplikasi INA-CBG'S. Sesudah itu dikembalikan ke bagian piutang lagi untuk discan dan diurutkan pertanggal pulang dan No SEP harus urut, scan tersebut kemudian dimasukkan ke hardisk berserta surat-surat (Surat pengajuan , Surat Checklist perkelas, Surat laporan kematian, Surat pengantar dan Surat pengantar Anti Fraud/Kecurangan). Sesudah itu dilakukan pencocokan jumlah berkas antara bagian casemix dan piutang. Kalau sudah sama dikirimkan ke pihak BPJS Kesehatan melalui VClaim (dalam bentuk file TXT Encrypted), Telegram BPJS Kesehatan (dalam bentuk TXT Un Encrypted ) dan Rekap Klaim Excell/XLSX. Dalam system VClaim secara otomatis menyelesaikan berkas-berkas yang berhasil dikirim ke BPJS Kesehatan. Lalu pihak BPJS Kesehatan melakukan Verifikasi Klaim (secara manual). Jika layak, Klaim diterima dan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Sedangkan tidak layak, pengembalian berkas klaim dari BPJS Kesehatan..."</i>
2	Berkas apa saja yang menjadi syarat kelengkapan berkas dalam proses pengklaiman BPJS Kesehatan?	<i>"...surat Eligibilitas Peserta (SEP), individual (Hasil Grouping), Resume Medis, Surat Pengantar Emergency (dirujuk dari IGD) atau Surat Pengantar Opname (dirujuk dari Rawat Jalan/Poliklinik), hasil Penunjang (hasil laboratorium, laporan operasi, hasil radiologi, hasil EKG (Rekap Jantung), lembar ICU, dan lain-lain), kwitansi dan rincian kwitansi. Lalu khusus yang dirujuk dari Emergency (IGD) harus ada laporan Triage (kasus kegawatan pasien)..."</i>
3	Apa saja fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS?	<i>"...Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)..."</i>
4	Kapan berkas Rekap Klaim dikirimkan ke BPJS Kesehatan?	<i>"...target pengiriman berkas rekap klaim kepada BPJS Kesehatan setiap tanggal lima dan itu satu bulan sekali setelah pengerjaan..."</i>
5	Apakah ada kendala dalam verifikasi berkas klaim pasien rawat inap?	<i>"...kendala dalam berkas verifikasi ini adalah berkas laporan operasi tidak tercantum di aplikasi ERM, berkas laporan Radiologi tidak tercantum di aplikasi ERM, berkas Laborat tidak tercantum di aplikasi ERM, dan tanda tangan DPJP masih kosong..."</i>
6	Kapan tagihan klaim dicairkan oleh BPJS?	<i>"...Setelah tujuh hari pengiriman berkas rekap klaim kepada BPJS Kesehatan, pihak BPJS mengirimkan surat Uang Muka (UM) dari jumlah total uang yang dikirimkan ke BPJS Kesehatan (Biasanya BPJS 18 Kesehatan mengirimkan uang muka 50% bagi Rumah Sakit X, sedangkan di rumah sakit lain bisa berbeda jumlah uang mukanya)..."</i>

## PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil wawancara diperoleh bahwa proses klaim BPJS Kesehatan dimulai setelah pasien selesai menjalani perawatan rawat inap di Rumah Sakit X. Klaim BPJS adalah biaya perawatan pasien BPJS yang diajukan ke BPJS Kesehatan selama perawatan rumah sakit.

Biaya ini dihitung secara kolektif dan ditagihkan kepada BPJS Kesehatan setiap bulan (Santiasih et al., 2021). Untuk memastikan bahwa semua data pasien sesuai dengan tanggal pulang dan informasi yang tercatat, dokumen yang diperlukan disetorkan ke AP (Administrasi Penderita) Central. Setelah verifikasi berkas diserahkan ke bagian piutang untuk dicocokkan dengan aplikasi SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit) Piutang.

Selanjutnya, berkas dikirim ke bagian *casemix* untuk dilakukan billing dan pengkodean menggunakan ICD 10 dan ICD 9 di aplikasi INA-CBG's. Proses ini bertujuan untuk menentukan klasifikasi dan tarif perawatan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Setelah proses ini selesai, berkas dikembalikan ke bagian piutang untuk discan dan diurutkan berdasarkan tanggal pulang dan nomor SEP. Berkas yang telah diproses kemudian disimpan dalam hardisk bersama dengan surat-surat pendukung. Pencocokan jumlah berkas antara bagian *casemix* dan piutang dilakukan untuk memastikan tidak ada kesalahan. Jika jumlah berkas sudah sesuai, berkas dikirimkan ke BPJS Kesehatan melalui VClaim dan telegram BPJS Kesehatan. Konsep VClaim adalah Sistem perangkat lunak yang diberikan oleh BPJS Kesehatan yang dikenal sebagai aplikasi virtual tuntutan memudahkan pasien BPJS Kesehatan mendapatkan perawatan medis di rumah sakit (Nuralifa & Umar, 2024). Proses verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan dilakukan secara manual. Jika klaim dinyatakan layak, klaim akan diterima dan dibayarkan. Namun, jika tidak layak, berkas klaim akan dikembalikan untuk diperbaiki. Proses ini menunjukkan pentingnya ketelitian dalam pengelolaan berkas klaim untuk menghindari penolakan klaim.

Berdasarkan hasil wawancara diperoleh bahwa syarat kelengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan yang diidentifikasi dalam wawancara mencakup beberapa dokumen penting, seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), hasil grouping, *resume* medis, surat pengantar, hasil penunjang, dan kuitansi. Khusus untuk pasien yang dirujuk dari Instalasi Gawat Darurat (IGD), laporan triage juga diperlukan. Laporan triage adalah dokumentasi yang mencakup proses pemilihan atau pengelompokan pasien berdasarkan Tingkat kegawatdaruratan atau prioritas penanganan medis. Keberadaan dokumen-dokumen ini sangat krusial untuk mendukung proses klaim dan memastikan bahwa semua informasi yang diperlukan tersedia untuk verifikasi. Rumah Sakit X bekerja sama dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Kerja sama ini memungkinkan pasien untuk mendapatkan layanan kesehatan yang lebih terintegrasi dan memudahkan proses rujukan, yang pada gilirannya dapat meningkatkan efisiensi dalam pengelolaan klaim.

Berdasarkan hasil wawancara diperoleh bahwa kendala yang dihadapi dalam proses verifikasi berkas klaim mencakup ketidaklengkapan dokumen, seperti laporan operasi, laporan radiologi, dan hasil laboratorium yang tidak tercantum di aplikasi ERM (Elektronik Rekam Medis). Selain itu, tanda tangan dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) yang masih kosong juga menjadi masalah. Kendala-kendala ini menunjukkan perlunya peningkatan sistem informasi dan pelatihan bagi staf untuk memastikan bahwa semua dokumen yang diperlukan tersedia dan lengkap. Setelah tujuh hari pengiriman berkas rekap klaim, BPJS Kesehatan mengirimkan surat Uang Muka (UM) yang biasanya sebesar 50% dari total klaim. Proses pencairan ini penting untuk menjaga arus kas rumah sakit, meskipun jumlah uang muka dapat bervariasi di rumah sakit lain. Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit perlu memiliki manajemen keuangan yang baik untuk mengelola dana yang diterima dari BPJS Kesehatan. Prosedur klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X melibatkan serangkaian langkah yang kompleks dan memerlukan ketelitian dalam pengelolaan berkas. Syarat kelengkapan berkas yang jelas dan kerja sama yang baik antara berbagai.

Berdasarkan hasil wawancara dapat diketahui bahwa kendala dalam setiap rumah sakit pasti ada dan kita harus selalu berusaha membenahi pengaruh dari setiap kendala tersebut. Setiap kendala akan menghambat kelancaran kegiatan pelayanan yang ada, sehingga sasaran yang ingin dicapai kurang memuaskan. *Casemix* telah mengetahui bahwa tanda tangan DPJP



kosong, kelengkapan penunjang seperti hasil laborat, hasil radiologi dan laporan operasi tidak terlampir pada aplikasi ERM. Maka dari itu *casemix* atau *koder* menghubungi verifikasi internal untuk melaporkan jika ada hasil penunjang yang belum terlampir di aplikasi ERM pada bagian yang terkait untuk dilengkapi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Mitra Paramedika Jika ada masalah dalam proses klaim BPJS, verifikasi klaim akan ditunda. Salah satu alasan verifikasi klaim tertunda adalah resume medis yang tidak lengkap dan kekurangan tenaga kerja di bagian verifikasi internal. Dengan demikian, pengajuan klaim BPJS yang seharusnya dilakukan pada tanggal sepuluh bulan berikutnya baru dapat dilakukan pada tanggal tiga belas. Hal ini berdampak pada pemasukan rumah sakit.(Nugroho P, 2022).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ni Wayan Ari Anindita Sari (2023), sebanyak lima artikel dianggap layak untuk dipelajari secara menyeluruh. Setiap artikel setuju bahwa penundaan klaim BPJS terutama disebabkan oleh dokumen yang tidak lengkap untuk administrasi kepesertaan atau pelayanan. Keterbatasan wawasan tentang klaim BPJS, kekurangan sumber daya manusia dalam tim case-mix, SOP yang tidak jelas, dan sarana dan prasarana yang kurang. Dalam kasus penundaan klaim BPJS, semua elemen input dan proses sangat mempengaruhi output (Talkah et al., 2025). Berdasarkan penelitian yang dilakukan di rumah sakit Dr.Hasan Sadikin Bandung resume medis, yang harus ditanda tangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP), merupakan syarat verifikasi klaim berbasis INA-CBG. Resume medis juga harus mencantumkan diagnosa dan prosedur. Salah satu masalah dengan resume medis yang tidak lengkap adalah karena resume tersebut dapat memberikan informasi detail tentang peristiwa yang terjadi selama pasien dirawat di rumah sakit, yang berdampak pada kualitas pengklaiman pasien dan layanan yang diberikan oleh rumah sakit. Sehingga berdasarkan 3 sebelumnya maka penelitian ini sejalan dengan penelitian penelitian tersebut (Hasanah & Sutisna, 2023).

## KESIMPULAN

Dari penjelasan mengenai masalah yang telah dibahas, kita dapat menyimpulkan bahwa layanan di Rumah Sakit X berfungsi dengan baik. Namun, ada beberapa faktor yang membuat proses menjadi lebih lambat. Diharapkan juga agar verifikasi berkas klaim tersebut dapat dilengkapi.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ingin mengungkapkan rasa terimakasih kepada semua pihak yang berkontribusi dalam penyusunan artikel ini, serta kepada dosen yang telah memberikan bantuan untuk menyelesaikannya. Di samping itu, penulis juga berterima kasih kepada Rumah Sakit X yang telah menerima penulis sebagai peserta program magang.

## DAFTAR PUSTAKA

- Hasanah, C., & Sutisna, R. R. (2023). Tinjauan Ketidaklengkapan Resume Rawat Inap Peserta Jkn Guna Menunjang Kualitas Pengklaiman Di Rsup Dr Hasan Sadikin Bandung. *Jurnal Teknologi Komputer Dan Informatika*, 1(2), 96–106. <https://doi.org/10.59820/tekomin.v1i2.96>
- Julia Pohan, H. D., Sulisna, A., & Meliala, S. A. (2022). Faktor Penghambat Belum Diterapkannya Rekam Medis Elektronik (Rme) Di Klinik Aksara Tahun 2022. *Indonesian Trust Health Journal*, 5(1), 45–50. <https://doi.org/10.37104/ithj.v5i1.98>
- Khasanah Meilia. (2020). Tantangan Penerapan Rekam Medis Elektronik Untuk Instansi Kesehatan. *Jurnal Sainstech Politeknik Indonusa Surakarta*, 7(03), 2355–5009.

- <http://sainstech.poltekindonusa.ac.id/index.php/view/article/download/182/144>
- Khasanah, N. M., Fannya, P., Indawati, L., & Daniel, P. H. (2023). Tinjauan Proses Klaim Bpjs Kesehatan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sukapura Jakarta Utara Tahun 2021. *Journal of Innovation Research and Knowledge*, Vol.3(3), 501–512. <https://bajangjournal.com/index.php/JIRK/article/view/6327/4829>
- Nugroho P, R. H. (2022). Analisis Penyebab Keterlambatan Verifikasi Klaim Bpjs Pada Pembiayaan Pasien Di Rumah Sakit Umum Mitra Paramedika. *Jurnal Permata Indonesia*, 13(1), 43–53. <https://doi.org/10.59737/jpi.v13i1.54>
- Nuraini, N., & Lestari, P. P. (2021). Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim Rawat Inap ke Verifikator BPJS Kesehatan di RSUD Genteng Banyuwangi. *Jurnal Kesehatan*, 9(3), 140–149. <https://doi.org/10.25047/j-kese>
- Nuralifa, Z. I., & Umar, Z. (2024). Analisis Faktor Penghambat Implementasi Bridging System dan V-Claim di Rumah Sakit Siaga Al-Munawwarah Samarinda. *Jurnal Pengabdian Kepada ...*, 5(3), 3062–3067. <http://ejournal.sisfokomtek.org/index.php/jpkm/article/view/3475>
- 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.
- Sekretaris Negara RI. (2004). UU RI No.40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Jdih BPK RI*, 1–45.
- Susanto, Anton, Hadsari, Rindi, Pramesty, Aira, Hidayat, M. R. (2024). Efektivitas verifikasi klaim bpjs kesehatan antara rawat jalan dan rawat inap di rsjd surakarta 1. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNas)2024*, 453–459.
- Talkah, I. K., Asiani, G., & Zaman, C. (2025). Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Di Rumah Sakit. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 10.
- Wijaya, Risti Nila, Wikansari, Nurvita, Ariani, T. (2023). Analisis Pengembalian Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap Di Rumah Sakit Nur Hidayah Kabupaten Bantul. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 120–126. <https://ojs.poltekkes-malang.ac.id/index.php/JIKI/article/view/4192>