

Proses Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam Siklus Pendapatan Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo

Eko Pujiatmoko¹, Suci Jayanti², Aulia Nirmala Akil³, Terrensia Sekar Pamastutiningtyas⁴
^{1,2,3,4} Akuntansi, Universitas Muhammadiyah Karanganyar

Abstrak

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui proses klaim BPJS Kesehatan pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo, khususnya pada pendapatan yang bersumber dari jasa layanan, yaitu pendapatan rawat jalan dan pendapatan rawat inap. Penelitian ini juga mengkaji kendala-kendala dalam proses klaim BPJS yang ada di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif. Data diperoleh dari kegiatan observasi, wawancara dan dokumentasi. Proses analisis data dilakukan melalui tiga tahap, yaitu reduksi data, penyajian data serta penarikan kesimpulan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dalam proses klaim BPJS kesehatan ada beberapa langkah yang harus dilakukan, yaitu dari pengajuan berkas oleh rumah sakit kepada pihak BPJS, dilanjutkan dengan verifikasi dokumen dan pelayanan, hingga akhirnya pencairan dana dilakukan setelah dinyatakan sesuai ketentuan. Pencairan dana hanya dapat dilakukan jika dokumen telah dinyatakan sesuai dengan ketentuan atau layak dalam Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV). berkas yang dinyatakan lengkap dan valid selanjutnya dicatat sebagai pendapatan rumah sakit. Penelitian ini memberikan gambaran yang jelas mengenai alur klaim BPJS kesehatan di rumah sakit serta pentingnya ketelitian dan ketepatan dokumen dalam proses klaim tersebut agar tidak terjadi keterlambatan pembayaran.

Kata Kunci: *Klaim BPJS; Rumah Sakit; BPJS Kesehatan*

Abstract

This study aims to determine the BPJS Health claim process at PKU Muhammadiyah Sukoharjo Hospital, especially on income derived from service fees, namely outpatient income and inpatient income. This study also examines the obstacles in the BPJS claim process at PKU Muhammadiyah Sukoharjo Hospital. This study is a qualitative descriptive study. Data were obtained from observation, interviews and documentation activities. The data analysis process was carried out in three stages, namely data reduction, data presentation and drawing conclusions. The results of this study indicate that in the BPJS health claim process there are several steps that must be taken, namely from the submission of files by the hospital to BPJS, followed by verification of documents and services, until finally the disbursement of funds is carried out after being declared in accordance with the provisions. Disbursement of funds can only be made if the documents have been declared in accordance with the provisions or are appropriate in the Verification Results Report (BAHV). files that are declared complete and valid are then recorded as hospital income. This study provides a clear picture of the BPJS health claim flow in hospitals and the importance of accuracy and precision of documents in the claim process so that there are no delays in payment.

Keywords: *Claim BPJS; Hospital; BPJS Health*

✉ Corresponding author :

Email Address : bhiaznya_nadi@unisla.ac.id

PENDAHULUAN

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan merupakan skema pembiayaan kesehatan yang bertujuan untuk memberikan akses layanan kesehatan yang merata bagi seluruh masyarakat Indonesia. Dalam implementasinya, rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan berperan penting dalam melayani peserta BPJS Kesehatan (Maulida & Djunawan, 2022). Salah satu aspek yang menjadi perhatian utama adalah proses klaim BPJS Kesehatan yang berhubungan langsung dengan siklus pendapatan rumah sakit. Proses klaim ini mencakup tahapan verifikasi JKN, pengelompokan (*grouper*) JKN, verifikasi oleh BPJS Kesehatan, hingga pencairan dana klaim (Amalia et al., 2023). Pengajuan klaim dilakukan secara kolektif setiap bulan, di mana rumah sakit wajib menyerahkan dokumen pendukung seperti kwitansi pembayaran, formulir bukti pelayanan rawat jalan, hasil pemeriksaan penunjang, serta Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan *grouper INA-CBG's* (Amran, 2023).

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam memberikan layanan kepada peserta JKN. Rumah sakit ini berlokasi di Jl. Mayor Sunaryo No. 37, Sukoharjo, Jawa Tengah, dan telah berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan sejak peresmiannya pada 4 Desember 1995 sebagai Rumah Bersalin. Seiring dengan perkembangan, rumah sakit ini meningkatkan statusnya menjadi Rumah Sakit Umum Kelas C pada 14 Juni 2016 sesuai dengan Surat Izin Operasional yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo (RS PKU Muhammadiyah Sukoharjo, 2024). Sebagai rumah sakit yang berkomitmen terhadap kualitas layanan, RS PKU Muhammadiyah Sukoharjo memperoleh akreditasi Paripurna Bintang Lima dari Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARSI) pada 27 Maret 2023 yang berlaku hingga 25 Maret 2027 (RS PKU Muhammadiyah Sukoharjo, 2024).

Meskipun telah memiliki sistem klaim BPJS yang terstruktur, rumah sakit masih menghadapi berbagai kendala dalam proses pengajuan klaim, seperti kesalahan dalam pengkodean diagnosis, ketidaklengkapan berkas administrasi, serta hambatan sistem yang dapat memperlambat pencairan dana klaim (Amalia et al., 2023). Oleh karena itu, diperlukan evaluasi dan optimalisasi prosedur klaim BPJS Kesehatan agar rumah sakit dapat menjaga stabilitas arus kas serta meningkatkan efisiensi operasional (Maulida & Djunawan, 2022). Dengan memahami tantangan dan solusi dalam proses klaim ini, diharapkan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo dapat terus meningkatkan kualitas layanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya peserta JKN.

Dalam konteks siklus pendapatan rumah sakit, BPJS Kesehatan memiliki peran sentral sebagai penyelenggara jaminan kesehatan nasional. BPJS Kesehatan merupakan badan usaha milik negara yang diberi wewenang khusus oleh pemerintah untuk memberikan jaminan kesehatan kepada seluruh masyarakat Indonesia, termasuk peserta dari berbagai kategori seperti PNS, pensiunan TNI/POLRI, veteran, perintis kemerdekaan, serta masyarakat umum. Hal ini sesuai dengan Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial No. 24 Tahun 2011 Pasal 1 Ayat 1 (UU BPJS, 2011). Dalam perkembangannya, BPJS Kesehatan terus melakukan inovasi untuk mempercepat proses klaim dan pencairan dana bagi rumah sakit mitra, termasuk penerapan sistem antrean *online*, digitalisasi administrasi klaim, serta optimalisasi sistem verifikasi berbasis teknologi guna memperlancar arus kas rumah sakit (Pujiastuti, 2021). Dengan adanya sistem klaim yang lebih efisien, diharapkan RS PKU Muhammadiyah Sukoharjo dapat meningkatkan stabilitas keuangan dan efektivitas dalam memberikan pelayanan rawat inap bagi pasien JKN.

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan metode analisis kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo pada bulan Februari 2025. Informan dalam penelitian ini ialah 5 (lima) orang, yaitu Direktur Keuangan, Kepala Bagian Layanan Pasien, Satuan Pengawas Internal (SPI), *Person In Charge* (PIC) Asuransi, Kepala Bagian Keuangan.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri dengan dibantu pedoman wawancara, alat perekam suara (*voice recorder*), dan alat tulis. Validitas hasil penelitian dengan triangulasi.

HASIL PENELITIAN

Wawancara dilakukan terhadap lima narasumber utama di rumah sakit, yaitu Direktur Keuangan, Satuan Pengawasan Internal (SPI), Kepala Bagian Layanan Pasien, *Person In Charge* (PIC) Asuransi, dan Kepala Bagian Keuangan. Fokus wawancara adalah pada pengelolaan dan proses klaim BPJS kesehatan, sistem pengawasan, pelayanan kepada pasien, hingga pengakuan pendapatan. Adapun temuan utama dari wawancara ini adalah sebagai berikut:

1. **Direktur Keuangan: Manajemen Klaim dan Ketergantungan terhadap BPJS**
Dari hasil wawancara dengan Direktur Keuangan, diketahui bahwa rumah sakit sangat bergantung pada BPJS Kesehatan sebagai sumber pendapatan utama, dengan kontribusi mencapai 90% dari total pendapatan. Ketergantungan ini menuntut rumah sakit untuk memiliki strategi pengelolaan keuangan yang matang, terutama dalam mengantisipasi keterlambatan pembayaran klaim. Oleh karena itu, rumah sakit telah menyiapkan *buffer* dana setara satu kali biaya operasional, serta menjalin kerja sama dengan pihak perbankan untuk skema talangan klaim. Di samping itu, rumah sakit juga memiliki tim khusus, yakni KMKB (Komite Manajemen Klaim dan Biaya), yang bertugas memastikan kualitas klaim dengan cara meningkatkan kelengkapan dokumen dan isi rekam medis. Pola pembayaran BPJS dalam satu tahun terakhir menunjukkan fluktuasi, di mana klaim pending berada pada kisaran 9% hingga 30% setiap bulan. Waktu standar pengajuan klaim hingga penerbitan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) adalah 14 hari kerja, dan pencairan dari BAHV ke pembayaran maksimal 10 hari kerja. Tidak adanya insentif khusus dari pemerintah untuk menanggulangi masalah keterlambatan pembayaran ini menjadi tantangan tersendiri bagi manajemen keuangan rumah sakit.
2. **Bidang SPI (Satuan Pengawasan Internal): Pengawasan Klaim dan Pencegahan Fraud**
Satuan Pengawasan Internal (SPI) memiliki peran strategis dalam memastikan klaim BPJS diajukan dengan benar dan bebas dari kesalahan administratif. Prosedur audit internal dilakukan secara sistematis, dimulai dari pemeriksaan dokumen, pengecekan kesesuaian data, hingga pelaporan temuan. Selama proses audit, SPI sering menemukan pola ketidaksesuaian klaim yang berulang, seperti perbedaan identitas pasien antara dokumen

dan sistem, serta ketidaklengkapan dokumen pendukung seperti rekam medis dan surat rujukan. Dalam hal penanganan temuan, rumah sakit menggunakan pendekatan berbasis *Key Performance Indicator* (KPI) dan memberikan *reward* kepada unit yang mampu mempertahankan kualitas klaim dengan baik. Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit tidak hanya menekankan pengawasan, tetapi juga pemberdayaan melalui insentif positif. Menariknya, hingga saat ini rumah sakit belum pernah menghadapi kasus *fraud* dalam pengajuan klaim BPJS. Hal ini disebabkan oleh adanya petugas anti-*fraud* dan penguatan nilai-nilai keagamaan, khususnya pandangan Muhammadiyah bahwa tindakan *fraud* adalah haram. Kendati sistem pencatatan dan dokumentasi telah berjalan dengan baik, SPI mengakui bahwa sistem tersebut masih perlu dioptimalkan agar mampu mendukung transparansi dan efisiensi yang lebih maksimal.

3. Bidang Layanan Pasien: Kesetaraan Pelayanan dan Edukasi

Dari sisi pelayanan pasien, rumah sakit berkomitmen untuk memberikan pelayanan yang setara antara pasien BPJS dan pasien umum. Baik pasien rawat inap maupun rawat jalan mendapatkan perlakuan yang setara, dengan tetap mengikuti prosedur rujukan berjenjang sesuai regulasi BPJS. Untuk pasien rawat jalan, sistem rujukan melalui Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) diterapkan, sedangkan untuk rawat inap dapat melalui IGD jika memenuhi kriteria kegawatdaruratan. Terkait kendala dalam klaim, saat ini rumah sakit menyatakan tidak ada hambatan signifikan selama pasien membawa surat rujukan yang lengkap. Namun, salah satu kendala yang masih terjadi adalah ketidaksesuaian antara data identitas pasien yang dimasukkan ke sistem dengan dokumen fisik yang dibawa pasien. Dalam upaya mempercepat proses klaim dan meningkatkan kenyamanan pasien, rumah sakit telah mengembangkan sistem digital SIMGOS yang terintegrasi dengan data kependudukan nasional dan didukung oleh teknologi tanda tangan digital. Selain itu, program edukasi untuk pasien dan keluarga juga telah dijalankan dalam berbagai bentuk, seperti media cetak (MMT), informasi langsung di ruang layanan, serta melalui media sosial seperti Instagram dan WhatsApp. Upaya ini menunjukkan bahwa rumah sakit tidak hanya fokus pada aspek teknis administrasi, tetapi juga membangun kesadaran pasien terhadap hak dan kewajiban dalam layanan BPJS.

4. Bidang PIC Proses Klaim BPJS: Prosedur Operasional, Koordinasi, dan Regulasi Terbaru

Dari hasil wawancara dengan *Person in Charge* (PIC) proses klaim BPJS Kesehatan, diketahui bahwa rumah sakit telah memiliki sistem alur klaim yang terstruktur. Proses klaim dimulai sejak pasien mendapatkan pelayanan, diikuti dengan pengumpulan dokumen pendukung, dan pengajuan klaim melalui *e-claim* BPJS. Seluruh proses ini dilakukan oleh tim klaim yang terdiri dari petugas administrasi, verifikator internal, serta tenaga *coding*. Pengajuan klaim dilakukan maksimal 6 bulan sejak pasien

keluar dari rumah sakit, dengan target pencairan maksimal 10 hari kerja setelah terbitnya Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) dari BPJS Kesehatan. Selain menjelaskan prosedur, PIC juga menyinggung kebijakan terbaru melalui Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 yang membawa implikasi langsung terhadap status kepesertaan dan pelayanan JKN. Menurut PIC, Perpres tersebut mengatur lebih tegas mengenai kondisi medis apa saja yang berhak dan tidak berhak memanfaatkan layanan BPJS.

5. Kepala Bagian Keuangan: Pengakuan Pendapatan Klaim BPJS Kesehatan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo

Metode yang digunakan oleh Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo dalam pengakuan pendapatan klaim BPJS Kesehatan adalah basis akrual (*accrual basis*). Dalam sistem akuntansi berbasis akrual, pendapatan diakui bukan berdasarkan waktu penerimaan kas, melainkan pada saat hak atas pendapatan tersebut telah timbul secara sah. Dengan kata lain, pendapatan dicatat ketika transaksi yang menimbulkan hak ekonomi terjadi, terlepas dari kapan arus kas aktual diterima oleh rumah sakit.

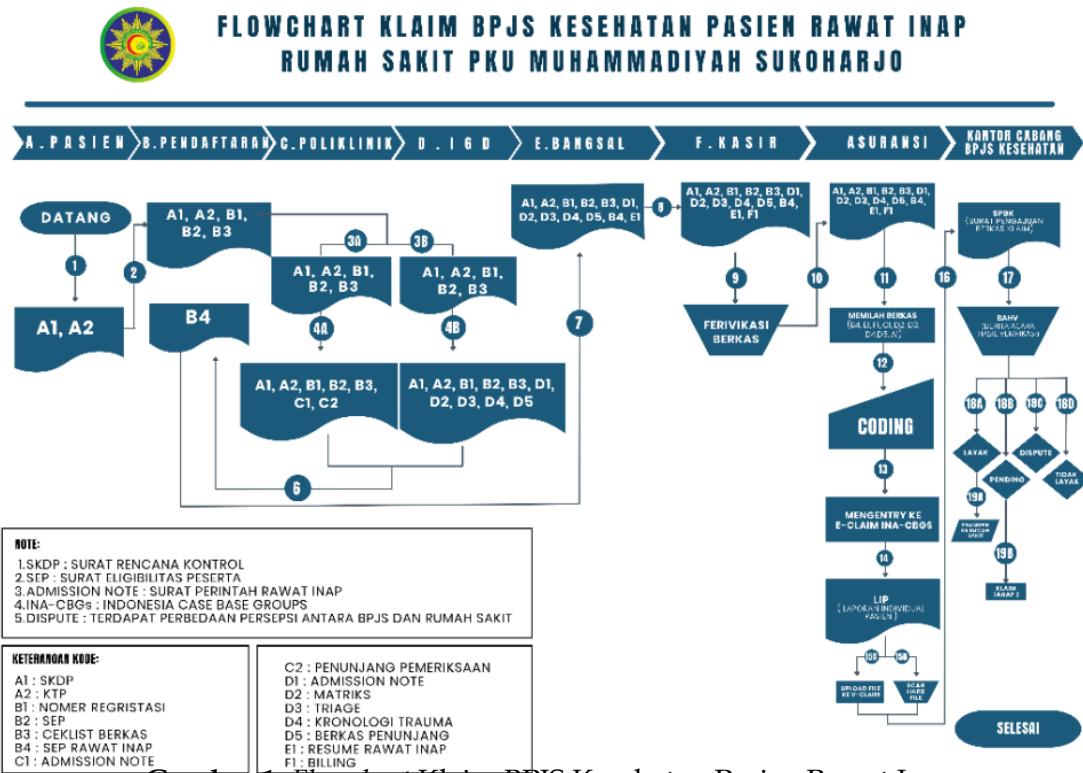
Dalam konteks klaim BPJS Kesehatan, penerapan basis akrual berarti bahwa rumah sakit mengakui pendapatan dari pelayanan pasien JKN pada saat Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) diterbitkan oleh BPJS Kesehatan. BAHV merupakan dokumen resmi yang menyatakan bahwa klaim yang diajukan rumah sakit telah diverifikasi dan disetujui untuk dibayar. Meskipun dana belum masuk ke rekening rumah sakit pada saat itu, keberadaan BAHV menjadi dasar yang sah bagi pengakuan pendapatan dalam laporan keuangan.

Penerapan metode akrual ini sejalan dengan prinsip akuntansi sektor publik dan standar pelaporan keuangan berbasis akrual yang digunakan oleh banyak rumah sakit di bawah naungan Muhammadiyah. Tujuannya adalah untuk menyajikan informasi keuangan yang lebih relevan, andal, dan mencerminkan hak serta kewajiban ekonomi yang sesungguhnya. Dengan mengakui pendapatan pada saat klaim disetujui (dalam bentuk BAHV), manajemen rumah sakit dapat memperoleh gambaran yang lebih akurat tentang kinerja keuangan periode berjalan, termasuk estimasi piutang dari BPJS Kesehatan.

Proses Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan

Pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo diajukan secara periodik maksimal tanggal 20 bulan berikutnya, Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan 14 hari setelah pengajuan, dan pencairan maksimal 10 hari kerja setelah BAHV dikeluarkan.

Flowchart terkait proses pengajuan klaim BPJS kesehatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo sebelumnya belum terdokumentasi secara formal. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang telah dilakukan mengenai proses pengajuan klaim BPJS kesehatan tersebut, pada penelitian ini proses tersebut kemudian disajikan dalam bentuk flowchart yang ditampilkan pada Gambar 1 dan Gambar 2.

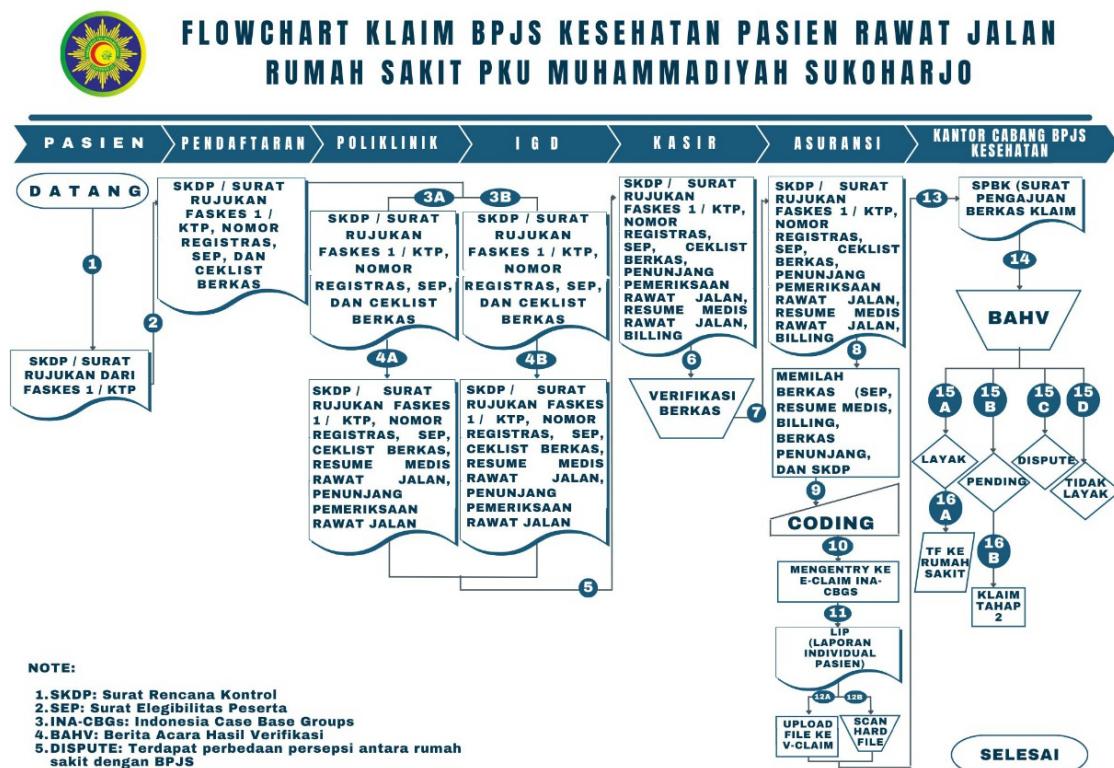


Gambar 1. Flowchart Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap

Gambaran proses pengajuan klaim BPJS kesehatan untuk pasien rawat inap adalah sebagai berikut:

1. Pasien datang membawa SKDP/Surat Rujukan dari Faskes 1/KTP
2. Pasien menuju ke pendaftaran mendapatkan Nomor Registrasi, SEP, dan Ceklist Berkas
3. A. Pasien menuju Poliklinik dengan membawa berkas nomor 1 dan 2
B. Pasien menuju IGD dengan membawa berkas nomor 1 dan 2
4. A. Setelah diperiksa pasien disarankan untuk Rawat Inap
B. Setelah diperiksa pasien disarankan untuk Rawat Inap
5. A. Pasien membawa berkas nomor 3A, mendapat tambahan berkas berupa *Admission Note* dan berkas penunjang pemeriksaan
B. Pasien membawa berkas nomor 3A, mendapat tambahan berkas berupa *Admission Note*, *Triage*, *Matriks*, kronologi trauma (jika ada), dan Berkas Penunjang Pemeriksaan
6. Pasien yang disarankan untuk Rawat Inap menuju ke pendaftaran untuk mendapatkan berkas berupa SEP Rawat Inap
7. Pasien dibawa ke Bangsal beserta berkas nomor 5A untuk berkas poliklinik atau 5B untuk berkas IGD dan SEP Rawat Inap
8. Berkas pasien BPJS Rawat Inap diverifikasi kelengkapannya
9. Setelah diverifikasi, berkas dibawa ke ruang asuransi
10. Berkas yang dari kasir dipilah; SEP, Resumé Medis, *Billing*, Berkas Penunjang, dan SKDP
11. Berkas di *coding* menurut diagnosa
12. Hasil dari *coding* dientry ke *E-Claim INA-CBGs*
13. Setelah dientry ke *E-Claim INA-CBGs* akan menghasilkan LIP (Laporan Individual Pasien) berupa *Hard File*

14. A. *Soft File* diupload ke *V-Claim*
B. *Hard File* di scan kemudian dijadikan .pdf
15. Berkas dibawa ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan beserta Surat Pengajuan Berkas Klaim (SPBK)
16. A. Berkas yang layak di klaim berdasarkan BAHV
B. Berkas yang pending berdasarkan BAHV
C. Berkas yang dispute berdasarkan BAHV
D. Berkas yang tidak layak berdasarkan BAHV
17. A. Rumah Sakit menerima transfer dari berkas klaim yang layak
B. Rumah Sakit mengajukan klaim tahap 2



Gambar 2. Flowchart Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Jalan

Gambaran proses pengajuan klaim BPJS kesehatan untuk pasien rawat jalan adalah sebagai berikut:

1. Pasien datang dengan membawa SKDP / Surat Rujukan dari Faskes 1 / KTP
2. Pasien mendaftar di pendaftaran kemudian mendapatkan Nomor Registrasi, SEP, dan Ceklist Berkas
3. A. Pasien menuju poliklinik untuk pemeriksaan
B. Pasien menuju IGD untuk pemeriksaan
4. A. Setelah dilakukan pemeriksaan, pasien mendapatkan Resume Medis Rawat Jalan dan Berkas Penunjang Pemeriksaan Rawat Jalan
B. Setelah dilakukan pemeriksaan, pasien mendapatkan Resume Medis Rawat Jalan dan Berkas Penunjang Pemeriksaan Rawat Jalan
5. Berkas pasien rawat jalan dibawa ke kasir dan mendapat Billing

6. Berkas yang sudah sampai di kasir selanjutnya diverifikasi kelengkapannya, jika ada yang kurang lengkap maka petugas akan ke bagian-bagian terkait untuk memenuhi kelengkapan berkas.
7. Berkas yang sudah lengkap dibawa ke ruang tim asuransi
8. Berkas dipilah kemudian disusun menjadi; SEP, Resume Medis Rawat Jalan, Billing, Berkas Penunjang Pemeriksaan, dan SKDP / Surat Rujukan
9. Berkas di *coding* menurut diagnosa
10. Hasil *coding* di *entry* ke *v-claim INA-CBGs*
11. Setelah di *entry* ke *v-claim INA-CBGs* akan mendapatkan LIP (Laporan Individual Pasien) yang dicetak
12. A. *Soft file* diupload ke *v-claim*
B. *Hard file* discan kemudian disimpan dalam bentuk *soft file .pdf*
13. Berkas dibawa ke Kantor Cabang BPJS Kesehatan beserta Surat Pengajuan Berkas Klaim (SPBK)
14. Rumah Sakit menerima Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV)
15. A. Berkas klaim yang dinyatakan layak dalam BAHV
B. Berkas klaim yang dinyatakan pending dalam BAHV
C. Berkas klaim yang dinyatakan dispute dalam BAHV
D. Berkas klaim yang dinyatakan tidak layak dalam BAHV
16. A. Rumah Sakit menerima *transfer* dari nominal berkas klaim yang dinyatakan layak
B. Klaim tahap 2

SIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa proses klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo telah berjalan dengan prosedur yang terstruktur, namun tetap menghadapi tantangan administratif dan teknis yang mempengaruhi ketepatan waktu pembayaran klaim. Rumah sakit sangat bergantung pada pendapatan dari BPJS, sehingga manajemen perlu menerapkan strategi keuangan yang kuat, termasuk penyediaan *buffer* dana operasional dan kerja sama dengan pihak ketiga dalam skema talangan. Dari sisi pengawasan, peran Satuan Pengawasan Internal (SPI) sangat krusial dalam menjaga ketepatan klaim melalui audit berkala, sementara layanan kepada pasien BPJS dijaga agar tetap setara dengan pasien umum, didukung oleh edukasi dan integrasi sistem informasi pelayanan.

Selain itu, rumah sakit menerapkan metode pengakuan pendapatan berbasis akrual, di mana pendapatan diakui pada saat diterbitkannya Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV), meskipun dana dari BPJS belum diterima secara riil. *Person in Charge* (PIC) juga menyampaikan bahwa penerapan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 membawa dampak terhadap pemahaman rumah sakit mengenai kepesertaan dan batasan layanan yang dijamin BPJS. Hal ini menuntut rumah sakit untuk lebih teliti dalam memverifikasi status peserta dan jenis layanan yang dapat diklaim. Dengan memperkuat sistem klaim, pengawasan internal, serta pemahaman

terhadap regulasi terbaru, rumah sakit diharapkan mampu meningkatkan efektivitas siklus pendapatan dan menjaga kelancaran arus kas dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan.

Referensi :

- Amalia, I., Fannya, P., Viatiningsih, W., & Aula Rumana, N. (2023). Gambaran Prosedur Klaim Peserta Rawat Inap Bpjs Kesehatan Di Rspad Gatot Subroto Tahun 2022. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 3(4), 359–376. <https://doi.org/10.59141/cerdika.v3i4.578>
- Amran, R. (2023). Prosedur BPJS dan Klaim BPJS oleh Rumah Sakit. *Health and Medical Journal*, 5(2), 147–154. <https://doi.org/10.33854/heme.v5i2.1338>
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 21(6), 374–379. <https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379>
- Pujihastuti, A. (2021). Penerapan Sistem Informasi Manajemen Dalam Mendukung Pengambilan Keputusan Manajemen Rumah Sakit. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 200. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v9i2.377>