TRANSPUBLIKA
Precise. Resilience. Felicitous.

Portal Riset dan Inovasi Pengabdian Masyarakat
https://ojs.transpublika.com/index.php/PRIMA
Online ISSN 2809-7939 | Print ISSN 2809-8218

https://doi.org/10.55047/prima.v5i2.2150

Original Article

Pelatihan dan Pendampingan Pengelolaan Berkas Klaim BPJS Kesehatan untuk Menurunkan Angka Pending Klaim Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum X

Mulyana Mulyana[1*], Masriani Situmorang[2], Jihhan Naailah Zhahara[3], Rifdah Salsabila Hasibuan[4], Nur Erika[5], Aliya Afrida[6]

[1-6]Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Awal Bros Indonesia, Kepulauan Riau, Indonesia
Email: [1)] mulyanarekam@gmail.com, [2)] masrianisitomorang23@gmail.com, [3)] jihhannaailah1@gmail.com, [4)] salsabilarifdah004@gmail.com, [5)] rikamansyur202@gmail.com, [6)] aliyaaafrida@gmail.com

Received : 03 February - 2026
Accepted : 13 March - 2026
Published online : 17 March - 2026

Abstract

BPJS Health claims are one of the main sources of funding for hospitals, which are highly dependent on the accuracy and completeness of claim files. A common problem is the high number of pending claims or claim files returned by BPJS Health due to administrative discrepancies, incorrect diagnosis and procedure coding, and incomplete supporting documents. This community service activity aims to improve the competence of casemix and medical record officers through training and mentoring in managing BPJS Health claims in order to reduce the number of pending outpatient claims at General Hospital X. The activity was carried out in stages: preparation, training and mentoring, and evaluation. The evaluation was conducted by measuring staff understanding through pre-tests and post-tests and comparing the percentage of pending claims before and after the community service activity. The results of the activity showed an increase in the average understanding score of officers from 62.5 to 86.3 and a decrease in the percentage of pending claims from 21.4% to 11.2% during the evaluation period. These findings indicate that training and mentoring in managing BPJS Kesehatan claims have a positive impact on partners and are recommended to be implemented continuously to maintain the quality of claim management in hospitals.

Keywords: BPJS Claims, Community Service, Medical Records, Pending Claims, Training.

Abstrak

Klaim BPJS Kesehatan merupakan salah satu sumber utama pendanaan rumah sakit yang sangat bergantung pada keakuratan dan kelengkapan berkas klaim. Permasalahan yang sering terjadi adalah tingginya jumlah pending klaim atau berkas klaim yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan akibat ketidaksesuaian administrasi, pengkodean diagnosis dan tindakan, serta dokumen pendukung yang tidak lengkap. Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini bertujuan untuk meningkatkan kompetensi petugas casemix dan rekam medis melalui pelatihan dan pendampingan dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan guna menurunkan jumlah pending klaim rawat jalan di Rumah Sakit Umum X. Metode pelaksanaan kegiatan dilakukan melalui tahapan persiapan, pelatihan dan pendampingan, serta evaluasi. Evaluasi dilakukan dengan mengukur pemahaman petugas melalui pre-test dan post-test serta membandingkan persentase pending klaim sebelum dan sesudah kegiatan pengabdian. Hasil kegiatan menunjukkan adanya peningkatan skor rata-rata pemahaman petugas dari 62,5 menjadi 86,3 serta penurunan persentase pending klaim dari 21,4% menjadi 11,2% selama periode evaluasi. Temuan ini menunjukkan bahwa pelatihan dan pendampingan dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan memberikan dampak positif bagi mitra dan direkomendasikan untuk dilaksanakan secara berkelanjutan guna mempertahankan kualitas pengelolaan klaim di rumah sakit.

Kata Kunci: Klaim BPJS, Pengabdian Masyarakat, Rekam Medis, Pending Klaim, Pelatihan.

Copyright: © 2026 by the authors.
This is an open access article distributed under the terms and conditions of the CC BY 4.0.

1. Pendahuluan

Dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS Kesehatan mewajibkan fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan tata kelola pelayanan dan administrasi klaim yang akurat, efisien, serta sesuai dengan pedoman pengajuan dan verifikasi klaim. Proses klaim BPJS Kesehatan mensyaratkan kelengkapan dan ketepatan dokumen rekam medis, ketepatan koding diagnosis dan tindakan sesuai ICD-10 dan ICD-9-CM, serta kesesuaian administrasi dengan ketentuan yang berlaku (Prasetya Eka & Budiarti, 2024).

Kelengkapan dan keakuratan rekam medis berperan penting dalam mendukung keberhasilan proses klaim. Rekam medis yang tidak lengkap atau koding yang tidak sesuai dapat menyebabkan klaim dinyatakan pending atau dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan (Ernaman Putri et al., 2025; Farhansyah & Nhifvellast, 2021; Utami & Rosmalina, 2019). Kondisi ini tidak hanya menghambat proses pembayaran klaim, tetapi juga berdampak pada arus kas dan stabilitas keuangan rumah sakit, yang pada akhirnya dapat memengaruhi mutu dan keberlanjutan pelayanan kesehatan (Putri & Novratilova, 2025). Dengan mempertimbangkan dampak signifikan dari ketidaklengkapan rekam medis dan ketidaktepatan koding terhadap tertundanya klaim, kegiatan pengabdian kepada masyarakat berupa pelatihan dan pendampingan petugas rekam medis dan tim casemix menjadi sangat strategis sebagai upaya praktis untuk meningkatkan kualitas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan dan memastikan kelancaran pelayanan rumah sakit.

Meskipun berperan sebagai rumah sakit rujukan, Rumah Sakit Umum X masih mengalami tingginya proporsi berkas klaim BPJS Kesehatan yang tertunda atau dikembalikan, khususnya pada pelayanan rawat jalan akibat permasalahan administrasi dan kelengkapan dokumen. Pending klaim menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim yang berpotensi menimbulkan gangguan operasional rumah sakit (Adji et al., 2025). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa tingginya angka pending klaim umumnya disebabkan oleh ketidaklengkapan resume medis, kesalahan atau ketidaksesuaian koding diagnosis dan tindakan, serta lemahnya proses verifikasi internal sebelum pengajuan klaim (Ulil Amri & Nurwahyuni, 2024; Zahra, 2026).

Hasil koordinasi awal dengan Unit Casemix dan Instalasi Rekam Medis di Rumah Sakit Umum X menunjukkan bahwa permasalahan serupa masih terjadi, terutama terkait ketidaklengkapan resume medis, ketidaktepatan koding, serta belum optimalnya mekanisme verifikasi internal klaim. Oleh karena itu, diperlukan upaya peningkatan kompetensi petugas melalui kegiatan pelatihan dan pendampingan, khususnya bagi petugas rekam medis dan tim casemix. Kegiatan ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman terhadap standar dokumentasi rekam medis dan koding, sehingga mampu menurunkan angka pending klaim sebagai bagian dari kegiatan pengabdian kepada masyarakat.

2. Tinjauan Pustaka

Manajemen klaim BPJS Kesehatan membutuhkan rekam medis yang akurat dan lengkap. Rekam medis yang tidak lengkap atau kode yang salah bisa menyebabkan penundaan atau pengembalian klaim (Utami & Rosmalina, 2019). Hal ini tentunya akan mengganggu pembayaran dan mempengaruhi stabilitas keuangan rumah sakit serta kualitas layanan kesehatan (Putri & Novratilova, 2025).

Penelitian terdahulu mengidentifikasi faktor penyebab tingginya angka pending klaim, seperti ketidaklengkapan resume medis dan kesalahan dalam koding diagnosis dan tindakan. Lemahnya mekanisme verifikasi internal juga menjadi faktor dominan (Ulil Amri &

Nurwahyuni, 2024; Zahra, 2026). Kodefikasi yang tidak tepat sulitkan proses verifikasi BPJS karena menciptakan ketidaksesuaian antara layanan dan klaim, membuat verifikator harus menunda atau mengembalikan berkas (Puspaningsih et al., 2022). Studi juga menemukan bahwa tidak melampirkan hasil pemeriksaan penunjang menjadi salah satu faktor penyebab utama dari pending klaim (Wahyuni et al., 2024).

Beberapa studi merekomendasikan pelatihan berkala bagi petugas casemix dan rekam medis serta peningkatan ketelitian dalam pemberkasan. Sistem verifikasi internal yang kuat membantu memastikan berkas klaim memenuhi persyaratan sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan. Hal ini dapat mengurangi pengembalian berkas dan mempercepat proses pembayaran klaim (Farhansyah et al., 2024; Ais & Akhirruddin, 2024).

3. Metode Penelitian

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini dilaksanakan di rumah sakit x dengan mitra Unit Casemix dan Intalasi Rekam Medis. Metode pelaksanaan disusun dengan karakteristik jurnal PRIMA yang menekankan pada kegiatan aplikatif dan pemberdayaan mitra dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapi.

3.1. Tahap Persiapan

Tahap persiapan meliputi koordinasi dengan manajemen rumah sakit, Unit Casemix, dan Intalasi Rekam Medis untuk memperoleh gambaran awal permasalahan pending klaim BPJS Kesehatan. Selanjutnya dilakukan identifikasi faktor penyebab pending klaim, khususnya pada pelayanan rawat jalan. Berdasarkan hasil identifikasi tersebut, disusun modul pelatihan klaim BPJS Kesehatan serta SOP sederhana verifikasi internal klaim sebagai pedoman sebelum pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

3.2. Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan meliputi beberapa kegiatan, yaitu :

1. Sosialisasi alur klaim BPJS Kesehatan dengan regulasi yang terkait dengan klaim dan rekam medis
2. Pelatihan mengenai kelengkapan dokumen klaim serta ketepatan koding diagnosis dan tindakan sesuai ICD-10 dan ICD-9-CM.
3. Simulasin penanganan kasus standar pending berdasarkan berkas klaim nyata yang pernah mengalami pengembalian
4. Pendampingan langsung dalam penerapan SOP verifikasi internal klaim seblulm pengajuan ke BPJS Kesehatan

3.3. Tahap Evaluasi

Evaluasi kegiatan dilakukan melalui:

1. Pre-test dan post-test untuk mengukur peningkatan pemahaman petugas terkait klaim BPJS Kesehatan
2. Perbandingan persentase klaim pending sebelum dan sesudah kegiatan pelatih dan pendampingan.
3. Diskusi dan umpan balik dari mitra untuk menilai kebermanfaat kegiatan serta masukan perbaikan ke depan.

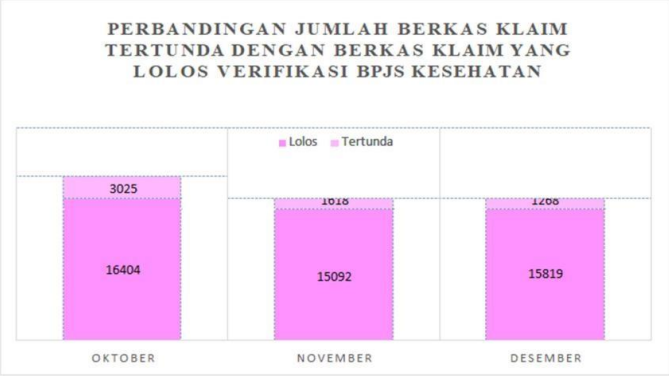
4. Hasil dan Pembahasan

4.1. Hasil Penelitian

Kegiatan pelatihan dan pendampingan diikuti oleh 15 orang petugas yang terdiri dari petugas casemix dan petugas rekam medis. Rata-rata skor pemahaman peserta meningkat signifikan dari 62,5 (pre-test) menjadi 86,3 (post-test), mencerminkan peningkatan kompetensi setelah kegiatan pengabdian.

Selain itu, hasil evaluasi data klaim menunjukkan penurunan persentase klaim pending dari 21,4% sebelum kegiatan menjadi 11,2% setelah kegiatan pendampingan dilaksanakan. Penurunan ini menunjukkan bahwa penerapan verifikasi internal dan peningkatan kompetensi petugas berkontribusi atas perbaikan mutu pengelolaan klaim BPJS Kesehatan.

Pada triwulan Oktober-Desember 2024, Rumah Sakit Umum X mengajukan 47.317 berkas klaim pelayanan rawat jalan, di mana 5.911 berkas di antaranya tidak lolos proses verifikasi BPJS Kesehatan. Kondisi ini menunjukkan bahwa masih terdapat perbedaan yang cukup signifikan antara jumlah klaim yang diterima dan yang dikembalikan oleh pihak penjamin. Jumlah klaim tertunda tertinggi terjadi pada bulan Oktober sebanyak 3.025 berkas, yang disebabkan oleh kurangn ketelitian petugas dalam proses pemberkasan klaim.



Gambar 1. Diagram Perbandingan Jumlah Berkas Klaim yang Lolos dan Tertunda pada Bulan Oktober, November, dan Desember 2024

Berdasarkan gambar 1, dari total 47.317 berkas klaim pelayanan rawat jalan BPJS Kesehatan pada periode Oktober–Desember 2024, tercatat 5.911 berkas berada pada status pending. Kondisi ini terjadi karena dokumen kurang lengkap, kesalahan kode diagnosis, dan tidak adanya hasil pemeriksaan penunjang. Kelengkapan dokumen menjadi masyarakat penting dalam kelancaran klaim BPJS Kesehatan.

Gambar 2. Diagram Jumlah Berkas Klaim Tertunda Pasien Rawat Jalan BPJS Kesehatan RS Awal Bros Gajah Mada Bulan Oktober, November, dan Desember tahun 2024

Seperti terlihat pada Gambar 2, periode Oktober–Desember 2024, Rumah Sakit Awal Bros Gajahmada mengajukan 47.317 berkas klaim rawat jalan BPJS Kesehatan, dengan 5.911 berkas mengalami pending klaim, masyarakat jumlah tertinggi terjadi pada bulan Oktober. Pending klaim disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas persyaratan, kesalahan dan ketidaksesuaian kode diagnosis serta tindakan, hasil pemeriksaan penunjang yang belum terlampir, double klaim akibat kunjungan berulang, serta kendala masyarakat dan jaringan yang menyebabkan berkas PDF tidak terunggah. Faktor lain berasal dari human error petugas Casemix akibat beban kerja dan tenggat waktu pengajuan klaim. Dampak dari pending klaim ini 4asyar tertundanya pembayaran BPJS, terganggunya arus keuangan rumah sakit, serta meningkatnya beban kerja petugas karena harus melakukan revisi berkas. Untuk meminimalkan pending klaim, rumah sakit melakukan validasi internal berkas, evaluasi rutin tim Casemix, dan verifikasi sebelum klaim diajukan ke BPJS Kesehatan.

Gambar 3. Dokumentasi Kegiatan

Dokumentasi kegiatan pada gambar 3 diatas menampilkan proses pelaksanaan pengelolaan berkas klaim oleh petugas casemix dan rekam medis selama kegiatan pelatihan dan pendampingan berlangsung. Dokumentasi tersebut bertujuan untuk memberikan bukti visual pelaksanaan kegiatan sekaligus menunjukkan keterlibatan langsung peserta dalam penerapan materi yang diberikan. Selain itu, dokumentasi ini juga menjadi bagian dari proses evaluasi kegiatan untuk menilai implementasi praktik pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di lingkungan kerja.

4.2. Pembahasan

Pelatihan dan pendampingan yang diberikan kepada 15 petugas casemix dan rekam medis terbukti meningkatkan pemahaman teknis proses klaim BPJS Kesehatan, yang terlihat dari peningkatan skor rata-rata pre-test (62,5) ke post-test (86,3). Peningkatan ini menunjukkan bahwa intervensi pelatihan membantu petugas memahami kebutuhan administrasi, pengkodean diagnosis dan tindakan, serta verifikasi internal berkas klaim, yang merupakan faktor penting dalam proses klaim layanan kesehatan. Berkas klaim yang lengkap dan akurat akan lebih cepat lolos verifikasi dan mengurangi kemungkinan klaim tertunda, karena ketidaklengkapan dokumen merupakan salah satu penyebab utama klaim pending dalam layanan rawat jalan dan rawat inap BPJS Kesehatan (Ais & Akhirruddin, 2024).

Evaluasi klaim rawat jalan BPJS Kesehatan periode Oktober-Desember 2024 menunjukkan penurunan persentase klaim pending dari 21,4% sebelum pendampingan menjadi 11,2% setelah pendampingan. Penurunan ini mengindikasikan bahwa peningkatan kompetensi petugas dan penerapan verifikasi internal berkontribusi signifikan terhadap mutu pengelolaan klaim, karena mekanisme tersebut membantu memastikan bahwa berkas yang diajukan telah memenuhi semua persyaratan administratif sebelum diserahkan ke BPJS

Kesehatan. Proses verifikasi yang ketat diperlukan untuk meminimalkan pengembalian berkas oleh verifikator BPJS akibat dokumen yang kurang lengkap atau tidak sesuai standar pengajuan (Farhansyah et al., 2024).

Analisis terhadap 47.317 berkas klaim rawat jalan menunjukkan 5.911 berkas mengalami penundaan, dengan jumlah tertinggi pada bulan Oktober, yang konsisten dengan temuan (Wahyuni et al., 2024) bahwa kesalahan dalam pengkodean diagnosis dan tindakan serta tidak dilampirkannya hasil pemeriksaan penunjang menjadi faktor penyebab utama pending klaim. Ketidaktepatan kodefikasi diagnosis dan tindakan dapat menyulitkan proses verifikasi BPJS karena ketidaksesuaian antara layanan yang diberikan dengan klaim yang diajukan, sehingga sistem verifikator BPJS menunda atau mengembalikan berkas untuk revisi ulang (Puspaningsih et al., 2022).

Ketidaklengkapan dokumen klaim juga berdampak pada arus kas rumah sakit. Berkas yang tertunda pembayaran BPJS menyebabkan keterlambatan penerimaan dana, yang selanjutnya dapat mengganggu operasional dan stabilitas keuangan fasilitas kesehatan. Dampak ini sering dialami oleh banyak rumah sakit yang masih menghadapi tantangan dalam administrasi klaim karena ketidaktelitian dalam penyusunan berkas.

Faktor lain yang berkontribusi terhadap pending klaim adalah human error akibat beban kerja petugas serta kurangnya harmonisasi antara tim casemix, koder, dan divisi administrasi dalam memastikan kelengkapan dokumentasi klaim. Ketidaksepahaman dalam penerapan standar pengkodean dan administrasi klaim dapat menyebabkan revisi berkas yang berulang dan memperpanjang waktu penyelesaian klaim.

Upaya untuk meminimalkan klaim tertunda telah dilakukan rumah sakit melalui validasi internal berkas, evaluasi rutin tim casemix, dan verifikasi dokumen sebelum pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan. Mekanisme ini membantu meningkatkan akurasi berkas klaim dan memperkecil kemungkinan pengembalian atau penundaan klaim oleh BPJS. Validasi internal yang kuat menjadi strategi penting dalam memastikan bahwa setiap klaim telah memenuhi semua persyaratan administratif dan teknis.

Secara keseluruhan, pengelolaan klaim BPJS Kesehatan yang efektif membutuhkan kombinasi dari peningkatan kompetensi petugas melalui pelatihan berkelanjutan, ketelitian dalam pemberkasan, akurasi pengkodean diagnosis dan tindakan, serta sistem verifikasi internal yang terintegrasi. Penerapan pendekatan ini berkontribusi pada penurunan angka klaim tertunda sekaligus mempercepat proses verifikasi dan pembayaran klaim, yang pada akhirnya mendukung keberlangsungan operasional rumah sakit serta peningkatan kualitas pelayanan kepada pasien.

5. Kesimpulan

Pelatihan dan pendampingan pengelolaan berkas klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum X terbukti meningkatkan pemahaman dan keterampilan petugas casemix dan rekam medis serta menurunkan persentase pending klaim rawat jalan. Kegiatan ini memberikan manfaat nyata bagi mitra dan direkomendasikan untuk dilaksanakan secara berkelanjutan guna menjaga mutu pengelolaan klaim BPJS Kesehatan.

Disarankan agar kegiatan pelatihan dan pendampingan pengelolaan berkas klaim BPJS Kesehatan ini dilaksanakan secara berkelanjutan dengan melibatkan lebih banyak tenaga terkait, sehingga kualitas pengelolaan klaim dapat terus ditingkatkan dan persentase pending klaim dapat diminimalkan. Selain itu, pendekatan pelatihan yang digunakan dalam program ini berpotensi untuk direplikasi di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang menghadapi permasalahan serupa dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan.

5.1. Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terima kasih kepada manajemen Rumah Sakit Umum X, Unit Casemix, dan Instalasi Rekam Medis atas dukungan, fasilitas, serta kerja sama yang telah diberikan selama pelaksanaan kegiatan pengabdian kepada masyarakat.

6. Daftar Pustaka

Adji, I. S., Alghozi, M. H., Nabilah, A., Arifinnia, S. G. S., Hanief, S. M. R., & Rosyita, F. J. (2025). Manajemen Strategik dalam Antisipasi Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di Rumah Sakit Pemerintah. *Jurnal Penelitian Kesehatan" SUARA FORIKES"(Journal of Health Research" Forikes Voice")*, *16*(4), 1085–1091. https://doi.org/10.33846/sf16438

Ais, P. L. R., & Akhirruddin, A. (2024). Analisis Pending Claim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Rawat Jalan pada Rumah Sakit Petrokimia Gresik. *Jurnal Manajemen MES*, *3*(3), 749–760. https://doi.org/10.56709/mesman.v3i3.615

Ernaman Putri, R. S., Putri, W., & Wahyudi, W. (2025). Sosialisasi Pelaksanaan Assembling dalam Meminimalisir Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis di RS Awal Bros Botania Batam. *PORTAL RISET DAN INOVASI PENGABDIAN MASYARAKAT*, *4*(3), 111–115. https://doi.org/10.55047/prima.v4i3.1814

Farhansyah, F., Cahyani, H., & Amanda, J. (2024). Faktor Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Jalan Di Rumah Sakit X. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, *5*(3), 8712–8722.

Farhansyah, F., & Nhifvellast, R. (2021). Sosialisasi Sistem Penyimpanan Rekam Medis di Klinik Panacea. *JOURNAL OF SUSTAINABLE COMMUNITY SERVICE*, *2*(1), 47–51. https://doi.org/10.55047/jscs.v2i1.436

Prasetya Eka, A., & Budiarti, A. (2024). *Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Rafflesia Kota Bengkulu*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti.

Puspaningsih, M., Suryawati, C., & Arso, S. P. (2022). Evaluasi Administrasi Klaim Bpjs Kesehatan Dalam Menurunkan Klaim Pending. *Journal of Syntax Literate*, *7*(6).

Putri, A. F., & Novratilova, S. (2025). Analisis faktor penyebab pending klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung. *Jurnal Kesehatan Tropis Indonesia*, *3*(4), 244–270. https://doi.org/10.63265/jkti.v3i3.127

Ulil Amri, A. A., & Nurwahyuni, A. (2024). Analisis klaim pending, verifikasi dan audit pascaklaim Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, *9*(2), 4. https://doi.org/10.7454/eki.v9i2.1132

Utami, Y. T., & Rosmalina, N. (2019). Hubungan Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kodetuberculosis Paruberdasarkan ICD-10 Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di BBKPM Surakarta. *SMIKNAS*, 146–152.

Wahyuni, F. S., Yudhana, A., & Dewi, W. P. (2024). Analysis of Accuracy in Determining Diagnosis Coding and Completeness of Claim Files for Pending Claims BPJS Kesehatan Inpatient Services UOBK Simpang Lima Gumul RSUD Kediri District. *Journal of Hospital Management and Services*, *6*(1), 6–12. https://doi.org/10.30994/jhms.v6i1.60

Zahra, P. A. (2026). Kelengkapan Dokumen Administrasi Klaim Rawat Inap Pada Kasus Partus Sectio Caesarea Terhadap Pending Klaim Bpjs Kesehatan Di Rsud Bandung Kiwari. *Journal of Medical Record Student (JMeRS)*, *4*(1), 88–97.