

TINJAUAN KELENGKAPAN LAPORAN KRONOLOGIS PASIEN SEBAB LUAR GUNA MENUNJANG KLAIM RAWAT INAP BPJS KESEHATAN DI RSUD AL IHSAN

¹Ulfah Zakiah Fahiroh, ²Syaikhul Wahab, ³Matoeari Soelistijaningroem, ⁴Indra Setia Budi

¹Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

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

E-mail: ulfahzakiahf18@gmail.com, syaikhulwahab@gmail.com,

matoearisoelist@gmail.com, indrasetiabudi89@gmail.com

ABSTRACT

Chronological reports are important supporting documents in the BPJS Health claim process, especially for patients with external causes. This document can be in the form of a chronological sheet of events and/or a Police Report. This study aims to review the extent to which the completeness of the chronological report of patients with external causes category contributes to the smooth process of BPJS Health inpatient claims at Al Ihsan Hospital, West Java Province. The method used in this research is descriptive qualitative, with data collection techniques carried out through observation and interviews, as well as reviewing documentation of patient claim files for inpatients with external cause categories in January 2025. The results showed that the chronological report plays an important role in the document verification process by BPJS Health. There are several obstacles found related to the completeness of the chronological report documents such as the incompatibility of the contents of the chronological sheet, not attaching a rejection letter from Jasa Raharja, and the Police Report format that does not meet the requirements. The incompleteness of these documents caused a number of claim files to be declared ineligible for processing. In addition to having an impact on claim delays, this condition also affects hospital cash flow and increases the workload of officers. Therefore, it is necessary to increase the understanding of patients and officers regarding the importance of chronological reports in the BPJS Health claim system.

Keyword: BPJS Health Claims, Chronological Report, External Cause Patients

ABSTRAK

Laporan kronologis merupakan dokumen penunjang penting dalam proses klaim BPJS Kesehatan, khususnya bagi pasien dengan kategori sebab luar. Dokumen ini dapat berupa lembar kronologis kejadian dan/atau Laporan Polisi. Penelitian ini bertujuan untuk meninjau sejauh mana kelengkapan laporan kronologis pasien dengan kategori sebab luar berkontribusi terhadap kelancaran proses klaim rawat inap BPJS Kesehatan di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif, dengan teknik pengumpulan data dilakukan melalui observasi dan wawancara, juga telaah dokumentasi berkas klaim pasien rawat inap pasien dengan kategori sebab luar pada bulan Januari 2025. Hasil penelitian menunjukkan bahwa laporan kronologis berperan cukup penting dalam proses verifikasi dokumen oleh BPJS Kesehatan. Adapun beberapa kendala yang ditemukan terkait kelengkapan dokumen laporan kronologis seperti, ketidaksesuaian isi lembar kronologis, tidak melampirkan surat penolakan Jasa Raharja, serta format Laporan Polisi yang tidak sesuai persyaratan. Ketidaklengkapan dokumen tersebut menyebabkan sejumlah berkas klaim dinyatakan tidak layak proses. Selain berdampak pada keterlambatan klaim, kondisi ini juga memengaruhi arus kas rumah sakit serta menambah beban kerja petugas. Oleh karena itu,

diperlukan peningkatan pemahaman pasien dan petugas terkait pentingnya laporan kronologis dalam sistem klaim BPJS Kesehatan.

Kata Kunci: Klaim BPJS Kesehatan, Laporan Kronologis, Pasien Sebab Luar

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki peran dalam menyediakan layanan kesehatan secara lengkap, mencakup rawat inap, rawat jalan, layanan darurat, serta berbagai layanan penunjang medis lainnya. (Kemenkes RI, 2020) Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan, rumah sakit berperan dalam mendukung pelaksanaan program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) dan berada dibawah pengelolaan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan).

Dalam menjalankan perannya, rumah sakit memerlukan dokumentasi yang tepat dan akurat, salah satunya melalui rekam medis. Menurut Permenkes No. 24 Tahun 2022 Rekam medis adalah kumpulan catatan medis yang berisi informasi terkait identitas pasien, hasil pemeriksaan, tindakan medis, pengobatan dan layanan kesehatan lainnya yang diterima pasien di fasilitas kesehatan (Permenkes No. 24, 2022). Oleh karena itu, rekam medis memiliki peran sentral sebagai acuan dalam proses klaim BPJS Kesehatan.

Untuk menunjang kelengkapan dan ketepatan rekam medis pasien, rumah sakit menggunakan sistem klasifikasi ICD-10. Pada ICD-10 terdapat klasifikasi kode diagnosa dengan kategori sebab luar (*external cause*), yaitu kelompok kode yang menjelaskan penyebab cedera atau kondisi lain dari luar tubuh, seperti kecelakaan, kekerasan, jatuh, gigitan, tenggelam, terbakar, keracunan, dan lainnya.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan, dalam melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional atau disingkat JKN, BPJS Kesehatan menerapkan sistem pembayaran prospektif berbasis *casemix* yang menggunakan metode *Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)* (MENKES, 2023). Sistem *INA-CBG* melakukan dasar pengelompokan mengacu pada kode diagnosis akhir dan tindakan medis sebagai hasil dari pelayanan yang diberikan, dengan mengacu pada kode

diagnosis ICD-10 dan prosedur ICD-9 CM. (Kemenkes R.I., 2014).

Rumah Sakit Umum Daerah Al Ihsan merupakan rumah sakit umum tipe B Provinsi Jawa Barat telah mengintegrasikan sistem pelayanan kesehatan dengan BPJS, sehingga pasien dapat menggunakan jasa rumah sakit dengan menyelesaikan persyaratan yang ditentukan, sesuai peraturan BPJS No.7 Tahun 2018 mengatur bahwa seluruh dokumen klaim yang diserahkan kepada BPJS Kesehatan harus lengkap dan memenuhi ketentuan yang berlaku (Penyelenggara & Sosial, 2018). Namun, dalam proses pengajuan klaim BPJS kesehatan, rumah sakit kerap menghadapi berbagai hambatan yang mempengaruhi efisiensi layanan

Kendala yang sering muncul berupa, kesalahan dalam administrasi, perbedaan pemahaman terhadap aturan, dan keterlambatan pengajuan. Selain itu, perubahan kebijakan BPJS Kesehatan menimbulkan tingkat beban kerja petugas. Seperti pada kasus pasien dengan kategori sebab luar, petugas sering menghadapi kendala akibat persyaratan dokumen pengajuan klaim yang cukup kompleks. Pasien dengan kategori cedera, harus melampirkan lampiran kronologis kejadian, dan pasien yang mengalami kecelakaan tunggal dan terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan, maka diperlukan pula dokumen penunjang lain seperti surat penolakan dari jasa raharja dan Laporan Polisi.

Hasil observasi di RSUD Al Ihsan pada bulan Januari menunjukkan terdapat 117 berkas klaim pasien dengan kategori sebab luar. Permasalahan yang ditemukan terkait dengan kelengkapan dokumen yang cukup kompleks, sehingga menimbulkan kendala dalam proses administrasi. Oleh karena itu, penting bagi petugas untuk dapat mengidentifikasi status penjamin pasien rawat inap secara tepat sejak awal, khususnya bagi pasien dalam kategori tersebut. Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi serta mendeskripsikan kendala serta upaya yang dilakukan dalam pengelolaan berkas

klaim rawat inap pasien sebab luar di RSUD Al Ihsan.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif. Metode penelitian deskriptif merupakan pendekatan yang digunakan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan suatu fenomena secara objektif, berdasarkan data yang valid serta diperoleh melalui prosedur penelitian yang sistematis. (Dosen Universitas Medan, Repository UMA, 2022). Adapun menurut Sugiyono (2017) “penelitian deskriptif kualitatif adalah penelitian yang digunakan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan fenomena-fenomena yang terjadi di lapangan” (Prof. Dr. Sugiyono, 2017). Untuk teknik pengumpulan data dilakukan melalui analisis dokumentasi pada berkas klaim pasien rawat inap dengan kategori sebab luar pada bulan Januari 2025. Selain itu, dilakukan juga observasi dan wawancara untuk memperoleh hasil penelitian yang lebih komprehensif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat telah menerapkan sistem klaim BPJS rawat inap dengan menggunakan rekam medis elektronik. Pelaksanaan klaim BPJS rawat inap yang dilakukan oleh RSUD Al Ihsan sudah sesuai dengan aturan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, ketentuan tersebut mengatur tentang pengajuan klaim dilakukan paling lambat pada tanggal 10 bulan berikutnya (BPJS Kesehatan, 2015). Berdasarkan peraturan BPJS No. 7 tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional menjadi acuan utama dalam memahami proses pengajuan Dan Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan (Peraturan BPJS No.7, 2018).

Proses pengajuan klaim pembiayaan pelayanan kesehatan berbeda-beda tergantung pada jenis kasus yang ditangani, baik dari segi prosedur penanganan medis maupun dokumen administratif yang harus dilengkapi. Seperti pada kasus pasien dengan kategori sebab luar, setelah melakukan wawancara dan observasi pada petugas, terdapat kriteria berkas dan syarat yang cukup kompleks untuk klaim pasien dengan kategori sebab luar, dan hal itu tentu akan memberikan tantangan pada petugas di

lapangan dan tentu akan terdapat berkas yang tidak layak untuk diklaimkan. Berikut data status kelayakan berkas bulan januari pada pasien sebab luar di RSUD Al Ihsan.

Tabel 1. Status Kelayakan Berkas Pasien Rawat Inap Kategori Sebab Luar Bulan Januari 2025

Status Kelayakan Dokumen	Jumlah	Presentase
Layak	99	84,6%
Tidak Layak	18	15,3%
Total	117	100%

Data Primer Peneliti hasil wawancara

Berdasarkan hasil telaah terhadap data pada Tabel 1, dapat diinterpretasikan bahwa pada bulan januari tercatat sebanyak 117 berkas klaim, mayoritas atau sebagian besar di antaranya—yakni—99 berkas—dinyatakan layak untuk diproses lebih lanjut. Hal ini mencerminkan tingkat kelayakan berkas yang relatif tinggi, yakni mencapai sekitar 84,6%. Namun demikian, masih terdapat 18 berkas yang dinyatakan tidak layak untuk diajukan, baik dalam skema klaim reguler tahap pertama, maupun dalam mekanisme klaim revisi. Temuan ini menunjukkan adanya tantangan dalam pemenuhan kelengkapan dokumen pendukung, khususnya pada aspek kesesuaian laporan kronologis yang menjadi bagian penting dalam proses verifikasi. Ketidakelegkapan tersebut menyebabkan berkas klaim tidak memenuhi standar administrasi yang ditetapkan.

Berdasarkan hasil analisis terhadap data yang disajikan dalam bentuk tabel, ditemukan sejumlah berkas klaim yang dikategorikan sebagai tidak layak untuk diproses lebih lanjut. Kategori ketidaklayakan ini mengacu pada kriteria yang tercantum dalam sistem *E-Kaim INA-CBG* serta ketentuan tarif yang berlaku dalam *INA-CBG (Indonesian Case Base Groups)*. Dalam sistem ini, setiap klaim yang diajukan diverifikasi secara digital, dan apabila terdapat ketidaksesuaian antara dokumen pendukung dengan kriteria klaim yang ditetapkan, maka klaim tersebut dinyatakan tidak layak.

Penelitian oleh Handayani et al. (2022) di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta menunjukkan bahwa dari 1.762 berkas klaim yang diajukan, sebanyak 118 berkas

dikembalikan. Penyebab pengembalian tersebut adalah ketidaklengkapan administrasi rawat inap, serta faktor lainnya seperti kesalahan input data dan kurangnya pemahaman petugas terhadap sistem *E-Klaim INA-CBG* (Siti Rahmawati Handayani et al., 2023).

Selanjutnya, penelitian oleh Pitaloka dan Ningsih (2021) di Rumah Sakit Tk 02.07.02 Lahat menemukan bahwa dari 25 berkas klaim yang dikembalikan, salah satu penyebabnya yaitu berkas administrasi yang tidak lengkap dan mempengaruhi dalam verifikasi administrasi (Pitaloka & Ningsih, 2021). Penelitian oleh Novianti dan Wahab (2024) di RSUD Al Ihsan juga menemukan bahwa banyaknya formulir administrasi yang tidak lengkap dapat menghambat proses klaim. (Novianti & Wahab, 2023)

Berdasarkan temuan-temuan tersebut, dapat disimpulkan bahwa ketidaksesuaian antara dokumen pendukung dengan kriteria klaim yang ditetapkan dalam sistem *E-Klaim INA-CBG* menjadi penyebab dinyatakan tidak layak. Oleh karena itu, penting bagi fasilitas kesehatan untuk memastikan kelengkapan dan ketepatan dokumen pendukung klaim, serta meningkatkan pemahaman petugas terhadap sistem *E-Klaim INA-CBG* guna meminimalisir pengembalian klaim dan dapat mempermudah proses klaim.

Adapun data mengenai berkas yang dinyatakan tidak layak pada bulan Januari dapat dilihat pada tabel berikut ini, yang memuat informasi mengenai kategori yang tercatat dalam sistem *E-Klaim* serta rincian tarif *INA-CBG* terkait. Data ini menjadi dasar penting dalam evaluasi administratif dan dapat digunakan sebagai bahan perbaikan prosedur pengajuan klaim di masa mendatang.

Tabel 2. Deskripsi dan Tarif E-Klaim INA-CBG berkas tidak layak pada pasien sebab luar Januari 2025

DESKRIPSI E-KLAIM INA-CBG	TARIF E-KLAIM INA-CBG
Trauma kepala (sedang)	4.994.600
Trauma kepala (ringan)	3.638.900

Prosedur lutut dan tungkai bawah selain kaki (ringan)	15.590.500
Prosedur anggota tubuh atas (ringan)	8.862.600
Kraniotomi (sedang)	26.315.800
Prosedur anggota tubuh atas (ringan)	8.862.600
Kraniotomi (ringan)	18.797.000
Fraktur atau dislokasi selain femur dan pelvis (ringan)	3.349.600
Kecelakaan pada tempat yang tak spesifik atau banyak tempat (sedang)	3.790.400
Prosedur jaringan lunak (ringan)	5.448.800

Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 tahun 2023, regulasi tersebut menetapkan standar tarif pelayanan kesehatan dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (MENKES, 2023). Salah satu aspek penting dalam peraturan ini adalah adanya penyesuaian tarif layanan, yang mencakup tarif kapitasi, tarif *non*-kapitasi, tarif *INA-CBG* dan tarif *non-INA-CBG*. Tarif yang tercantum pada tabel 2 di atas merupakan bagian dari skema tarif *INA-CBG*.

Berdasarkan temuan penelitian terkait hambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap dengan kategori sebab luar pada bulan Januari 2025, diketahui bahwa terdapat beberapa faktor yang berkontribusi terhadap status klaim yang tertunda atau tidak layak. Seperti ketidaksesuaian dalam pemenuhan dokumen administrasi menyebabkan klaim tidak dapat diproses optimal.

Adapun tiga penyebab yang teridentifikasi dalam kasus ini adalah sebagai berikut:

1. Pasien tidak mengisi maupun menyerahkan lembar kronologis kejadian yang telah disediakan oleh bagian pendaftaran atau oleh bagian SIPP BPJS Kesehatan, sebagai syarat kelengkapan dokumen klaim.

2. Pasien yang mengalami kecelakaan lalu lintas tidak melampirkan Surat Penolakan Jasa Raharja, yang merupakan dokumen wajib ketika tidak ada penjamin dari pihak asuransi kecelakaan.
3. Pasien hanya menyertakan Surat Keterangan Polisi dari POLSEK, bukan Laporan Polisi resmi dari POLRES sebagaimana yang disyaratkan oleh pihak BPJS Kesehatan.

Adapun Laporan kronologis kejadian berupa lembar pernyataan yang perlu menyertakan nama dan keluarga pasien, No BPJS, waktu kejadian, tempat kejadian, runtutan kejadian, tanda tangan petugas, serta dilengkapi tanda tangan pasien maupun keluarga, disertai pembubuhan materai sebagai syarat keabsahan dokumen. Lembar kronologis tersebut berperan sebagai bagian dari mekanisme integratif antara sistem manajemen rumah sakit dan BPJS Kesehatan yang digunakan untuk menilai keabsahan dan ketepatan penjaminan pembiayaan pelayanan kesehatan. Dokumen ini menjadi dasar dalam menentukan apakah biaya perawatan pasien dapat ditanggung oleh BPJS Kesehatan atau oleh pihak penjamin lain, seperti BPJS Ketenagakerjaan atau Jasa Raharja.

Berikut kutipan hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan petugas Klaim BPJS Kesehatan dan sekaligus Kepala Unit Klaim.

“Untuk pasien dengan kategori sebab luar tantangannya tentu dari pemenuhan persyaratan yang cukup kompleks, selain itu petugas di lapangan juga harus sigap, diusahakan sebelum pasien ke ruangan rawat, persyaratan sudah harus dipenuhi.”

“Kendala yang dihadapi dalam pengelolaan berkas klaim pasien sebab luar adalah pemenuhan persyaratan dokumen, seperti pasien cedera tidak menyertakan kronologis, lalu pasien kecelakaan tidak melampirkan penolakan Jasa Raharja dan Laporan Polisi yang dikeluarkan oleh pihak Polres, karena

pasien sering kali hanya menyerahkan Surat Keterangan Polisi dari Polsek di wilayah sekitar tempat kejadian. Hal ini menyebabkan persyaratan dokumen yang diajukan tidak dapat memenuhi standar administratif, sehingga berkas dinyatakan tidak lengkap dan tidak dapat diproses untuk klaim”.

Ketidaklengkapan berkas klaim pasien dengan kategori sebab luar tidak hanya berdampak pada tertundanya proses klaim, tetapi juga dapat memengaruhi arus kas (cash flow) rumah sakit. Hal ini disebabkan oleh besarnya biaya penanganan medis yang umumnya dibutuhkan pasien dengan kategori ini, cenderung kompleks dan memerlukan tindakan intensif. Selain itu, kondisi tersebut juga menambah beban kerja bagi petugas, baik pada bagian pendaftaran di lapangan, maupun bagian pengelolaan klaim, karena harus melakukan verifikasi dokumen lebih lanjut.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Yeni dkk, (2024) bahwa didapatkan hasil penyebab pending klaim salah satu faktornya adalah ketidaklengkapan berkas akan memberikan dampak pada kas rumah sakit dan bertambahnya beban kerja petugas (Rekam et al., 2024)

SIMPULAN

Berdasarkan hasil observasi, wawancara, dan analisis dokumen berkas klaim pasien rawat inap dengan kategori sebab luar di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat pada bulan Januari 2025, dapat disimpulkan bahwa pengajuan klaim masih menghadapi berbagai kendala administrasi. Dari total 117 berkas klaim yang diajukan, sebanyak 18 berkas diantaranya dinyatakan tidak layak, karena adanya berkas yang tidak lengkap dan tidak memenuhi kriteria administrasi, seperti lampiran kronologis kejadian, penolakan jasa raharja, dan Laporan Polisi.

Ketidaksesuaian dokumen ini tidak hanya menghambat proses klaim, tetapi juga berdampak pada arus kas rumah sakit, mengingat pasien sebab luar umumnya memerlukan penanganan medis dengan biaya tinggi. Selain itu, situasi ini menambah beban kerja petugas yang harus melakukan verifikasi kelengkapan berkas.

DAFTAR PUSTAKA

- BPJS Kesehatan. (2015). Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*, 1–26.
<https://pusataturansi.com/wp-content/uploads/2016/07/14-Panduan-Praktis-Admininstrasi-Klaim-Faskes-BPJS-Kesehatan.pdf>
- Buku ini di tulis oleh Dosen Universitas Medan Area Hak Cipta di Lindungi oleh Undang-Undang Telah di Deposit ke Repository UMA pada tanggal 27 Januari 2022.* (2022).
- Kemendes R.I. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem INA CBGs*.
- Kemendes RI. (2020). *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 3 TAHUN 2020*. 1–80.
<https://peraturan.bpk.go.id/Details/152506/permenkes-no-3-tahun-2020>
- MENKES. (2023). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. *Permenkes No. 3*, 1–721.
- Novianti, E., & Wahab, S. (2023). Analisis Kelengkapan Berkas Klaim BPJS Rawat Jalan Guna Menunjang Kelancaran Pengklaiman Di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat. *JHMSS (Journal of Hospital Management ...*, 85–89.
<https://www.journal.piksi.ac.id/index.php/jhmss/article/view/1200%0Ahttps://www.journal.piksi.ac.id/index.php/jhmss/article/download/1200/722>
- Penyelenggara, B., & Sosial, J. (2018). *Pbjjs-7-2018*.
- Peraturan BPJS No.7, T. 2018. (2018). Peraturan Bpjs Tentang Pengelolaan Klaim. *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggraraan Jaminan Kesehatan*.
- Permenkes No. 24. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022, 151(2)*, 1–19.
- Pitaloka, S., & Ningsih, N. (2021). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap ditinjau dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit Tk 02.07.02 Lahat. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia, 1(12)*, 1733–1741.
<https://doi.org/10.59141/cerdika.v1i12.275>
- Prof. Dr. Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
<https://online.fliphtml5.com/qtbt/pevo>

e/

Rekam, P., Elektronik, M., & Rsud, D. I.
(2024). *FAKTOR PENYEBAB
PENDING KLAIM BPJS RAWAT
INAP DENGAN*. 3, 406–417.

Siti Rahmawati Handayani, Lily Widjaja,
Daniel Happy Putra, & Dina Sonia.

(2023). Tinjauan Penyebab
Pengembalian Berkas Klaim Biaya
Pelayanan Pasien Rawat Inap BPJS
Kesehatan di Rumah Sakit Pelabuhan
Jakarta Tahun 2022. *SEHATMAS:
Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*,
2(4), 1045–1053.
[https://doi.org/10.55123/sehatmas.v2i
4.2617](https://doi.org/10.55123/sehatmas.v2i4.2617)