

## PENGARUH PENGELOLAAN PENGEMBALIAN KLAIM BPJS PASIEN RAWAT INAP TERHADAP KINERJA PENDAPATAN RUMAH SAKIT

Luthfia Nisa Ramadhani<sup>1</sup>, Yoki Muchsam<sup>2</sup>, Galih Raspati<sup>3</sup>, Afrizal Maulana<sup>4</sup>, Mulfi Sandi Yuda<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universitas Bandung, Bandung  
<sup>2,3,4,5</sup>Universitas Sains Indonesia, Bekasi

Email : [luthfianisa0112@gmail.com](mailto:luthfianisa0112@gmail.com)

### Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh pengelolaan pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap terhadap kinerja pendapatan rumah sakit dari perspektif manajemen strategis. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain studi kasus pada RSUD Kota Subang. Data penelitian diperoleh dari dokumen klaim BPJS pasien rawat inap periode Januari-Maret 2024, observasi proses klaim, serta kuesioner kepada petugas terkait. Sampel penelitian terdiri dari 192 berkas klaim yang dipilih menggunakan teknik systematic random sampling. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat dengan uji chi-square untuk mengetahui hubungan antara pengelolaan klaim dan kinerja pendapatan rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketidaklengkapan dokumen administrasi dan ketidaktepatan kodifikasi diagnosis berpengaruh signifikan terhadap tingginya tingkat pengembalian klaim BPJS. Pengembalian klaim tersebut berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim dan penurunan realisasi pendapatan rumah sakit. Temuan ini mengindikasikan bahwa pengelolaan klaim BPJS merupakan faktor strategis yang memengaruhi kinerja keuangan rumah sakit. Penelitian ini menyimpulkan bahwa penguatan manajemen internal melalui peningkatan kompetensi sumber daya manusia, standardisasi proses klaim, serta integrasi sistem informasi diperlukan untuk meminimalkan pengembalian klaim dan meningkatkan kinerja pendapatan rumah sakit.

**Kata Kunci:** Manajemen Strategis; Klaim BPJS; Pendapatan Rumah Sakit; Kinerja Keuangan; Rumah Sakit Daerah.

### Abstract

*This study aims to analyze the effect of managing returned BPJS inpatient claims on hospital revenue performance from a strategic management perspective. A quantitative approach with a case study design was employed at RSUD Kota Subang. The research data were obtained from inpatient BPJS claim documents for the period January–March 2024, supported by observations and questionnaires. A total of 192 returned claim files were selected using systematic random sampling. Data were analyzed using univariate and bivariate analysis with chi-square tests to examine the relationship between claim management and hospital revenue performance. The results indicate that incomplete administrative documents and inaccurate diagnostic coding significantly contribute to the high rate of returned BPJS claims. These returned claims lead to delays in claim payments and negatively affect hospital revenue realization. The findings highlight that BPJS claim management is a strategic factor influencing hospital financial performance. This study concludes that strengthening internal management through human resource capacity building, claim process standardization, and*

*integrated information systems is essential to reduce returned claims and improve hospital revenue performance*

**Keywords:** *Strategic Management; BPJS Claims; Hospital Revenue; Financial Performance; Public Hospital.*

## 1. PENDAHULUAN

Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia terus berkembang sebagai bagian dari upaya negara untuk menjamin hak atas kesehatan warga negaranya. Landasan hukum penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)(Permenkes, 2004), yang menyatakan bahwa setiap penduduk berhak memperoleh perlindungan sosial termasuk jaminan kesehatan secara adil, merata, dan berkualitas. UU ini menjadi dasar bagi penyelenggaraan program jaminan sosial, khususnya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilaksanakan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. UU tersebut juga menegaskan kewajiban negara dalam mewujudkan akses pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat Indonesia serta pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan dan inklusif (Yuditia et al., 2021).

Pelaksanaan JKN merupakan mandat pelaksanaan dari UU SJSN, sebagai upaya untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC cakupan kesehatan semesta) dengan memberikan akses pembiayaan layanan kesehatan kepada seluruh penduduk Indonesia melalui sistem pre-financing dan risk pooling(Alkayyis, 2024). Penelitian terkini menunjukkan bahwa cakupan kepesertaan JKN telah mencapai lebih dari 265 juta jiwa ( $\approx 92\%$  penduduk Indonesia), meskipun masih terdapat sebagian masyarakat yang belum memanfaatkan layanan kesehatan JKN secara

optimal (Intan Novita Kowaas, Andi Alim, Zamli, 2024).

Dalam konteks penyelenggaraan program JKN, rumah sakit berperan sebagai fasilitas kesehatan yang penting karena menyediakan layanan medis rawat jalan, rawat inap, dan pelayanan kesehatan lainnya. Rumah sakit sebagai organisasi layanan kesehatan tidak hanya harus memenuhi kewajiban pelayanan medis, tetapi juga harus dapat mengelola aspek administratif dan keuangan secara efektif, terutama dalam pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Pengajuan klaim menjadi mekanisme utama bagi rumah sakit untuk mendapatkan penggantian biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien peserta JKN. Namun, berbagai penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan BPJS Kesehatan sebagai realisasi UU SJSN masih menghadapi tantangan operasional dan manajerial, termasuk keterlambatan pembayaran klaim dan rendahnya efektivitas sistem pengelolaan klaim (Padra Jaya et al., 2025).

Secara teknis, klaim BPJS merupakan permohonan pembayaran atas biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta JKN. Proses ini mensyaratkan kelengkapan dokumen seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP)(Khoirunnisa et al., 2023), rekam medis, hasil pemeriksaan laboratorium, bukti tindakan medis, serta kodifikasi diagnosis dan tindakan medis berbasis standar internasional (misalnya ICD-10/9)(Draugelis et al., 2025). Peran koder dan verifikator internal rumah sakit menjadi penting dalam memastikan bahwa berkas klaim yang diajukan memenuhi syarat administratif dan substansial sebelum diajukan kepada BPJS.

Kelengkapan dan ketepatan dokumen serta kodifikasi merupakan faktor utama yang memengaruhi proses klaim dan kinerja pendapatan rumah sakit (Muchsam et al., 2025). Ketidaktepatan dalam pengelolaan klaim, seperti dokumen yang tidak lengkap atau kesalahan kodifikasi diagnosis, sering kali menyebabkan pengembalian klaim (pending klaim) oleh BPJS Kesehatan. Pengembalian klaim tersebut pada gilirannya berpengaruh pada arus kas dan realisasi pendapatan rumah sakit. Secara manajerial, hal ini merupakan isu strategis karena berkaitan langsung dengan kinerja keuangan dan kelangsungan operasional fasilitas kesehatan. Beberapa penelitian juga menekankan bahwa kendala manajerial dalam implementasi JKN berdampak pada kualitas layanan, serta ketimpangan akses pelayanan kesehatan antara daerah (Ulfany & Simarmata, 2025).

Rekam medis merupakan dokumen penting yang tidak hanya menjadi dasar pelayanan klinis tetapi juga berdampak pada akurasi klaim BPJS. Studi terdahulu menjelaskan bahwa rekam medis yang tidak optimal berpotensi menimbulkan masalah administratif, termasuk pengembalian klaim oleh BPJS, karena data yang tidak lengkap dan tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan. Hal ini menunjukkan keterkaitan erat antara kualitas manajemen rekam medis dengan efektivitas pengajuan klaim dan kinerja pendapatan rumah sakit (Winarsih et al., 2024).

RSUD Kota Subang sebagai rumah sakit umum daerah yang memberikan pelayanan kesehatan paripurna kepada masyarakat juga menghadapi tantangan dalam pengelolaan klaim BPJS, khususnya pada layanan rawat inap. Berdasarkan data internal bagian klaim RSUD Kota Subang untuk periode Januari–Maret 2024, dari total 6.363 Surat Eligibilitas Peserta (SEP) rawat inap, sebanyak 5.922 klaim

diajukan, namun 370 berkas dikembalikan pada tahap verifikasi awal karena persyaratan administrasi yang belum lengkap dan ketidaktepatan kodifikasi diagnosis atau tindakan medis. (Sander et al., 2022)

Dampak praktis dari pengembalian klaim ini terlihat dari perbedaan antara nilai klaim yang diajukan dan pembayaran yang diterima dari BPJS Kesehatan. Misalnya, pada Januari 2024, dari total pengajuan klaim senilai lebih dari Rp10 miliar, rumah sakit hanya menerima pembayaran sekitar Rp8,8 miliar, yang mencerminkan selisih yang tidak kecil akibat pengembalian klaim. Kondisi serupa tercatat pada bulan berikutnya, menunjukkan bahwa pengembalian klaim berimplikasi pada kinerja pendapatan rumah sakit secara nyata (Paramarta et al., 2025).

Berbagai upaya telah dilakukan oleh manajemen RSUD Kota Subang untuk menekan tingkat pengembalian klaim, antara lain melalui pelatihan coding, koordinasi lebih intensif antara koder dan dokter penanggung jawab pasien, serta sosialisasi internal terkait kelengkapan dokumen rekam medis (Rieka Mulya Pratiwi et al., 2024). Meskipun demikian, realitas di lapangan menunjukkan bahwa tantangan manajerial dalam pengelolaan klaim BPJS masih perlu dikaji lebih mendalam dari perspektif strategi organisasi. Hal ini menjadi alasan pentingnya penelitian ini dalam mengkaji pengaruh pengelolaan pengembalian klaim BPJS terhadap kinerja pendapatan rumah sakit dari sudut pandang manajemen strategis, terutama di lingkungan RSUD Kota Subang.

## Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain studi kasus deskriptif yang dilaksanakan di RSUD Kota Subang. Penelitian bertujuan untuk menganalisis pengaruh pengelolaan pengembalian klaim

BPJS pasien rawat inap terhadap kinerja pendapatan rumah sakit dari perspektif manajemen strategis (Bühn et al., 2021;Fulla et al., 2025). Penelitian dilakukan pada periode Januari sampai Maret 2024.

Populasi penelitian adalah seluruh berkas klaim BPJS pasien rawat inap yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan pada periode tersebut, dengan jumlah 370 berkas klaim. Penentuan ukuran sampel dilakukan menggunakan rumus Slovin dengan tingkat kesalahan 5%, sehingga diperoleh 192 berkas klaim sebagai sampel penelitian (BPJS Kesehatan, 2024). Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah systematic random sampling, dengan interval pengambilan sampel sebesar dua, sehingga setiap dua berkas dipilih satu berkas sebagai sampel.

Data penelitian merupakan data sekunder berupa dokumen pengembalian klaim BPJS rawat inap yang didukung oleh observasi terstruktur terhadap proses pengelolaan klaim serta kuesioner kepada petugas terkait. Variabel penelitian meliputi kelengkapan dokumen administrasi, ketepatan kodifikasi diagnosis dan tindakan medis, kecukupan pemeriksaan penunjang, serta status klaim BPJS (Burks et al., 2022; Fulla et al., 2025).. Instrumen penelitian disusun berdasarkan konsep dan teori yang relevan serta diuji melalui validitas konstruk untuk memastikan kesesuaian indikator dengan variabel penelitian (Hawkins et al., 2020). Reliabilitas instrumen diuji untuk menjamin konsistensi hasil pengukuran (Burks et al., 2022). Pengolahan data dilakukan melalui tahapan editing, koding, scoring, serta entri dan pembersihan data sebelum dianalisis. Analisis data dilakukan menggunakan bantuan komputer melalui analisis univariat untuk menggambarkan distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel, serta analisis bivariat menggunakan uji chi-square untuk mengetahui

hubungan antara pengelolaan pengembalian klaim BPJS dengan kinerja pendapatan rumah sakit, dengan tingkat signifikansi 5% (Rahman et al., 2025).

## Hasil dan Pembahasan

### 4. Hasil dan Pembahasan

#### 4.1.Hasil Penelitian

Penelitian ini menganalisis pengaruh pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap terhadap pendapatan rumah sakit di RSUD Kota Subang pada periode Januari Maret 2024. Sampel penelitian berjumlah 192 berkas klaim yang dianalisis menggunakan pendekatan kuantitatif dengan uji chi-square.

**Tabel 1. Kelengkapan Berkas Klaim BPJS Rawat Inap**

Kelengkapan Berkas	Jumlah (n)	Persentase (%)
Lengkap	132	68,8
Tidak lengkap	60	31,2
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>100</b>

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa masih terdapat 31,2% berkas klaim yang tidak lengkap, yang berpotensi besar mengalami pengembalian oleh BPJS Kesehatan.

**Tabel 2. Ketepatan Kodifikasi Diagnosis dan Tindakan**

Ketepatan Kodifikasi	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tepat	60	31,2
Tidak tepat	132	68,8
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>100</b>

Sebagian besar klaim (68,8%) mengalami ketidaktepatan kodifikasi diagnosis dan tindakan medis, menunjukkan masih lemahnya sinkronisasi antara dokumentasi klinis dan pengkodean medis.

**Tabel 3. Hubungan Kelengkapan Berkas Klaim dengan Pendapatan Rumah Sakit**

Kelengkapan Berkas	Pendapatan Tidak Sesuai	Pendapatan Sesuai	Total
Tidak lengkap	8	52	60
Lengkap	122	10	132
Total	130	62	192

Uji chi-square menunjukkan nilai  $\chi^2 = 118,017$  dengan  $p < 0,001$ , yang berarti terdapat hubungan signifikan antara kelengkapan berkas klaim dan pendapatan rumah sakit.

**Tabel 4. Hubungan Ketepatan Kodifikasi dengan Pendapatan Rumah Sakit**

Ketepatan Kodifikasi	Pendapatan Tidak Sesuai	Pendapatan Sesuai	Total
Tidak tepat	121	10	132
Tepat	9	52	61
Total	130	62	192

Hasil uji chi-square menunjukkan nilai  $\chi^2 = 114,664$  dengan  $p < 0,001$ , yang mengindikasikan adanya hubungan signifikan antara ketepatan kodifikasi dan pendapatan rumah sakit.

## 4.2. Pembahasan

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa ketidaklengkapan berkas klaim BPJS berpengaruh signifikan terhadap pendapatan rumah sakit. Temuan ini menjawab rumusan masalah pertama, bahwa kelengkapan dokumen administratif dan klinis merupakan faktor krusial dalam keberhasilan klaim BPJS. Ketika berkas klaim tidak lengkap, proses verifikasi oleh BPJS Kesehatan menjadi tertunda atau klaim dikembalikan, sehingga pembayaran klaim tidak dapat direalisasikan tepat waktu dan berdampak langsung pada arus kas serta kinerja pendapatan rumah sakit.

Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian Megawati dan Pratiwi (2016) serta Maulida dan Djunawan (2022) yang menunjukkan bahwa ketidaklengkapan dokumen rekam medis dan administrasi pasien merupakan penyebab utama terjadinya pending dan pengembalian klaim BPJS di rumah sakit. Meskipun penelitian tersebut dilakukan pada konteks dan periode yang berbeda, hasil penelitian ini menguatkan bahwa permasalahan kelengkapan berkas klaim masih menjadi isu berulang dalam pengelolaan klaim JKN. Bukti empiris mutakhir dari studi internasional juga menunjukkan bahwa ketidaklengkapan dokumentasi klinis dan administratif merupakan determinan utama klaim tertunda, ditolak, atau mengalami koreksi pembayaran dalam sistem asuransi kesehatan nasional, yang secara langsung memengaruhi kinerja pendapatan fasilitas kesehatan (Burks et al., 2022); Fulla et al., 2025).

Selain itu, penelitian ini juga membuktikan bahwa ketidaktepatan kodifikasi diagnosis dan tindakan medis berhubungan signifikan dengan pendapatan rumah sakit, sehingga menjawab rumusan masalah kedua. Ketidakesesuaian kode ICD-10 dan ICD-9-CM dengan diagnosis klinis menimbulkan perbedaan interpretasi antara rumah sakit dan verifikator BPJS, yang berujung pada pengembalian klaim atau penurunan nilai pembayaran klaim. Temuan ini konsisten dengan penelitian Pramono et al. (2021) dan Listiyawati (2022) yang menegaskan bahwa akurasi kodifikasi diagnosis dan tindakan medis merupakan determinan utama keberhasilan klaim INA-CBGs. Temuan tersebut diperkuat oleh bukti empiris terkini yang menunjukkan bahwa kesalahan atau ketidaktepatan kodifikasi berdampak signifikan terhadap outcome finansial rumah sakit karena sistem pembayaran berbasis klaim sangat bergantung pada akurasi



kode diagnosis dan prosedur (Albagmi et al., 2024; Fulla et al., 2025).

Hasil penelitian ini sekaligus membuktikan hipotesis penelitian (H1 diterima), yaitu terdapat hubungan signifikan antara pengembalian klaim BPJS yang disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas dan ketidaktepatan kodifikasi dengan pendapatan rumah sakit di RSUD Kota Subang. Dengan demikian, pengelolaan klaim BPJS tidak dapat dipandang semata sebagai aktivitas administratif, melainkan merupakan bagian dari strategi manajemen keuangan rumah sakit yang berpengaruh terhadap keberlanjutan operasional rumah sakit (Akweongo et al., 2021; Burks et al., 2022).

Dari perspektif manajemen strategis, pengembalian klaim BPJS tidak hanya berdampak pada keterlambatan penerimaan pendapatan, tetapi juga memengaruhi akurasi perencanaan anggaran rumah sakit. Ketidakpastian waktu dan besaran pembayaran klaim menyebabkan rumah sakit menghadapi kesulitan dalam menyusun cash flow projection, pengalokasian belanja operasional, serta perencanaan investasi layanan kesehatan.

Dalam jangka panjang, tingginya tingkat pengembalian klaim berpotensi menimbulkan risiko keberlanjutan keuangan, khususnya bagi rumah sakit daerah yang sebagian besar pendapatannya bergantung pada skema JKN. Kondisi ini dapat membatasi kemampuan rumah sakit dalam meningkatkan kualitas layanan, pengadaan sarana prasarana, serta pengembangan sumber daya manusia. Oleh karena itu, pengelolaan klaim BPJS perlu diposisikan sebagai bagian integral dari strategi keuangan rumah sakit, bukan sekadar fungsi administratif. (Akweongo et al., 2021; Fulla et al., 2025) (Rahmiati & Muchsam, 2024).

## Simpulan

Penelitian ini menyimpulkan bahwa pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di RSUD Kota Subang dipengaruhi secara signifikan oleh ketidaklengkapan berkas klaim dan ketidaktepatan kodifikasi diagnosis dan tindakan medis. Kedua faktor tersebut terbukti memiliki hubungan yang bermakna dengan pendapatan rumah sakit, sebagaimana ditunjukkan oleh hasil uji chi-square dengan tingkat signifikansi kurang dari 5%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar berkas klaim dinyatakan lengkap, proporsi klaim yang tidak lengkap dan tidak tepat kodifikasinya masih cukup tinggi sehingga berpotensi menimbulkan pengembalian klaim atau penurunan nilai pembayaran klaim. Kondisi ini berdampak langsung pada keterlambatan realisasi pendapatan rumah sakit dan berimplikasi pada kinerja keuangan secara keseluruhan.

Dengan demikian, hipotesis penelitian (H1) diterima, yang menyatakan bahwa terdapat hubungan signifikan antara pengembalian klaim BPJS yang disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas dan ketidaktepatan kodifikasi dengan pendapatan rumah sakit di RSUD Kota Subang. Temuan ini menegaskan bahwa pengelolaan klaim BPJS merupakan faktor strategis dalam manajemen pendapatan rumah sakit, khususnya pada fasilitas kesehatan yang sebagian besar pembiayaannya bergantung pada program Jaminan Kesehatan Nasional.

Berdasarkan hasil penelitian dan simpulan yang diperoleh, beberapa saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi Manajemen Rumah Sakit RSUD Kota Subang disarankan untuk memperkuat pengelolaan klaim BPJS melalui standarisasi dan penerapan Standar Prosedur Operasional (SPO) klaim yang jelas dan konsisten, khususnya terkait kelengkapan berkas dan proses verifikasi

internal sebelum klaim diajukan ke BPJS Kesehatan.

2. Bagi Tenaga Medis dan Koder Diperlukan peningkatan koordinasi antara dokter penanggung jawab pasien dan tenaga koder, serta peningkatan kompetensi melalui pelatihan berkelanjutan mengenai penulisan diagnosis yang lengkap, jelas, dan konsisten serta penerapan kodifikasi sesuai kaidah ICD-10 dan ICD-9-CM.

### 3. Bagi Pengelola Rekam Medis

Unit rekam medis perlu melakukan pengawasan dan evaluasi rutin terhadap kualitas dokumentasi rekam medis, termasuk kelengkapan hasil pemeriksaan penunjang, guna meminimalkan risiko pengembalian klaim akibat ketidaksesuaian dokumen.

### 4. Bagi Penelitian Selanjutnya

Dari perspektif manajemen strategis, pengembalian klaim BPJS tidak hanya berdampak pada keterlambatan penerimaan pendapatan, tetapi juga memengaruhi akurasi perencanaan anggaran rumah sakit. Ketidakpastian waktu dan besaran pembayaran klaim menyebabkan rumah sakit menghadapi kesulitan dalam menyusun cash flow projection, pengalokasian belanja operasional, serta perencanaan investasi layanan kesehatan.

Dalam jangka panjang, tingginya tingkat pengembalian klaim berpotensi menimbulkan risiko keberlanjutan keuangan, khususnya bagi rumah sakit daerah yang sebagian besar pendapatannya bergantung pada skema JKN. Kondisi ini dapat membatasi kemampuan rumah sakit dalam meningkatkan kualitas layanan, pengadaan sarana prasarana, serta pengembangan sumber daya manusia. Oleh karena itu, pengelolaan klaim BPJS perlu diposisikan sebagai bagian integral dari strategi keuangan rumah sakit, bukan sekadar fungsi administratif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Akweongo, P., Tamti, S., Id, C., Owusu, R., Id, P. S., Id, F. T., & Aikins, M. (2021). *How does it affect service delivery under the National Health Insurance Scheme in Ghana? Health providers and insurance managers perspective on submission and reimbursement of claims.* 1–15.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247397>
- Albagmi, S., Shawaheen, M., Asiri, E. M., & Alqadeer, T. A. (2024). Assessment of clinical miscoding errors and potential financial their implications on healthcare management – A case of local hospital in Najran, Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 32(1), 101894.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsps.2023.101894>
- Alkayyis, M. Y. (2024). Implementation of the National Health Insurance Programme in Achieving Universal Health Coverage in Indonesia. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*.  
<https://doi.org/10.53756/jjkn.v4i2.197>
- BPJS Kesehatan. (2024). Peraturan BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2024. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 2016, 1–2.
- Bühn, S., Wegewitz, U., & Pieper, D. (2021). Measuring test-retest reliability (TRR) of AMSTAR provides moderate to perfect agreement – A contribution to the discussion of the importance of TRR in relation to the psychometric properties of assessment tools. *BMC Medical Research Methodology*, 21, 51.  
<https://doi.org/10.1186/s12874-021-01231-y>
- Burks, K., Shields, J., Evans, J., Plumley, J., Gerlach, J., & Flesher, S. (2022). A systematic review of outpatient billing practices. *SAGE Open Medicine*, 10, 20503121221099020.  
<https://doi.org/10.1177/20503121221099021>
- Draugelis, S., Hunnewell, J., Bishop, S., Goswami, R., Smith, S., Sutherland, P., Hickman, J., Donahue, D., Yendewa, G., & Mohareb, A. (2025). Leveraging Electronic Health Records in International Humanitarian Clinics for Population Health Research: Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 11. <https://doi.org/10.2196/66223>
- Fulla, R., Basinda, N., Tupa, T., Chilipweli, P., Kapesa, A., Konje, E. T., Morona, D., & Mshana, S. E. (2025). Patterns and mitigation

- strategies for rejected claims among health facilities providing services for the National Health Insurance Fund in Mwanza, Tanzania. *Healthcare*, 13(3), 320. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030320>
- Hawkins, M., Cheng, C., Elsworth, G. R., & Osborne, R. H. (2020). Translation method is validity evidence for construct equivalence: Analysis of secondary data routinely collected during translations of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Medical Research Methodology*, 20, 130. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-00962-8>
- Intan Novita Kowaas, Andi Alim, Zamli, E. Y. (2024). Analisis Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) (Studi Analitik Pada Masyarakat Wilayah Kerja Puskesmas Lansot Kota Tomohon Tahun 2024). *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(3), 6126–6145. <https://doi.org/https://doi.org/10.31004/jkt.v5i3.16660>
- Khoirunnisa, D., Rahayu, F., Syahidin, Y., Sari, I., & Yuniarty, N. (2023). Design of JKN Claim Information System for Outpatient BPJS Patients with SDLC Method. *Nuansa Akademik: Jurnal Pembangunan Masyarakat*. <https://doi.org/10.47200/jnajpm.v8i2.1699>
- Muchsam, Y., Yuda, M. S., Maulana, M. A., Wiyata, M. T., Gunawan, C., & Febrianti, I. R. (2025). Program konsultasi sistem administrasi dan pelayanan donor darah sebagai bentuk kepedulian sosial. *ABDIRA*, 5, 533–540.
- Padra Jaya, P., Suharyanto, D., & Ismail. (2025). Implementasi Dan Mekanisme Kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Terhadap Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan. *Jurnal Inovasi Global*, 3(1), 207–216. <https://doi.org/https://doi.org/10.58344/jig.v3i1.259>
- Paramarta, V., Teguh, D., & Guterres, A. D. (2025). Optimizing Bpjs Claims Management: An Analysis Of Submission Accuracy, Administrative Process Efficiency And Its Impact On Hospital Financial Sustainability. *MORFAI JOURNAL*. <https://doi.org/10.54443/morfai.v5i1.2513>
- Permenkes. (2004). Undang-Undang RI no.40 tahun 2004. *Sistem Jaminan Sosial Nasional*.
- Rahman, H. A., Noraidi, A. A., Khalid, A. N. H., Mohamad-Adam, A. Z., Zahari, N. H., & Tumung, N. E. E. (2025). Practical guide to calculate sample size for chi-square test in biomedical research. *BMC Medical Research Methodology*. <https://doi.org/10.1186/s12874-025-02584-4>
- Rahmiati, M., & Muchsam, Y. (2024). *Online Di Bagian Pelayanan Pasien Pada Masa Pandemi Analysis and Design of Online Registration Information Systems in the Patient Service Section During the Covid*. 4420–4428.
- Rieka Mulya Pratiwi, Yoki Muchsam, & R. Bagus Wahyudiono. (2024). Analisis Electronic Medical Record ( EMR ) Terhadap Sistem Informasi Kesehatan Di Bagian Pelayanan Rawat Jalan Di Rumah Sakit Rsud K.R.M.T Wongsonegoro. *JICN: Jurnal Intelek Dan Cendekiawan Nusantara*, 1(3), 4405–4412.
- Sander, A., Indawati, L., Widjaja, L., & Rumana, N. (2022). Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v1i4.1180>
- Ulfany, R., & Simarmata, M. (2025). Tinjauan Yuridis Terhadap Sistem Pembiayaan Kesehatan Nasional Dalam Perspektif Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Jurnal Hukum Ekualitas*, 1(2), 118–126. <https://doi.org/10.56607/v9nw0b58>
- Winarsih, S. A., Widjanarko, B., & Agushybana, F. (2024). The Impact of Electronic Medical Records on BPJS Claims and Physician Performance. *Jurnal Indonesia Sosial Teknologi*. <https://doi.org/10.59141/jist.v5i8.1207>
- Yuditia, A., Hidayat, Y., & Achmad, S. (2021). PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL OLEH BPJS BERDASARKAN UNDANG-UNDANG NO.40 TAHUN 2004 TENTANG SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL. *Jurnal Magister Ilmu Hukum*, 6(1), 43. <https://doi.org/10.36722/jmih.v6i1.796>