

Analisis Deskriptif Kelengkapan Dokumen Rawat Inap BPJS Terhadap Pengklaiman Di RSUD Kota Bandung Periode Agustus 2025

Fania Nazla Nur Latifah^{1*}, Sali Setiatin², Elia Anusuci³

^{1,2}Politeknik Piksi Ganesha, Jl. Gatot Subroto No.301, Maleer, Kec. Batununggal, Kota Bandung, Jawa Barat 40274

³RSUD Kota Bandung, Jl. Rumah Sakit No.22, Pakemitan, Kec. Cinambo, Kota Bandung, Jawa Barat 45474
Email: faniaazla@gmail.com^{1*}

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara kelengkapan dokumen klaim rawat inap dengan efektivitas pengklaiman di RSUD Kota Bandung. Metode penelitian ini menggunakan desain kuantitatif deskriptif dengan populasi dan sampel meliputi seluruh dokumen klaim rawat inap pasien BPJS selama bulan Agustus yang berjumlah 856 dokumen, diambil menggunakan teknik total sampling. Data dikumpulkan melalui studi dokumentasi terhadap dokumen rekam medis serta dokumen klaim, kemudian dianalisis secara deskriptif untuk melihat persentase kelengkapan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 856 dokumen yang dianalisis, sebanyak 583 (68,1%) dokumen lengkap dan disetujui seluruhnya, sedangkan 273 (31,9%) dokumen tidak lengkap dan tertunda. Analisis terhadap ketidaklengkapan dokumen menunjukkan komponen yang paling sering bermasalah adalah Laboratorium PK (40,7%), Laboratorium PA (18,0%), dan Radiologi (12,2%). Kesimpulan penelitian ini adalah kelengkapan dokumen rekam medis merupakan faktor utama yang menentukan kelancaran proses klaim BPJS, sehingga diperlukan perbaikan dalam proses verifikasi administrasi, koordinasi antar unit, optimalisasi SIMRS, dan pelatihan staf untuk meminimalkan klaim tertunda serta mempercepat pencairan dana.

Keywords: Kelengkapan dokumen, Pasien BPJS, Pengklaiman, Rawat inap

PENDAHULUAN

Program Layanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan mewajibkan setiap fasilitas pelayanan kesehatan menyiapkan dokumen pelayanan yang lengkap, akurat, dan tepat waktu sebagai prasyarat klaim. Pada layanan rawat inap, kelengkapan dokumen tidak hanya menjadi bukti kepatuhan klinis dan administratif, tetapi juga merupakan faktor penentu efektivitas pengklaiman karena memengaruhi kecepatan verifikasi, rasio klaim terbayar, serta stabilitas arus kas rumah sakit. Ketidaklengkapan atau ketidaksesuaian dokumen meningkatkan risiko *pending*, revisi berulang, bahkan

penolakan klaim yang pada akhirnya berdampak pada mutu layanan, kinerja operasional, dan keberlanjutan finansial (Maharani & Widyaningrum, 2024; Novianti & Wahab, 2023; Salina & Wahab, 2024). Dengan kata lain, kualitas dokumentasi menjadi variabel hulu yang menentukan performa hilir dalam proses pembiayaan rumah sakit.

Secara substansial, kelengkapan dokumen rawat inap meliputi rekam medis inti (identitas, anamnesis, diagnosis, catatan perkembangan/CPPT, persetujuan tindakan, resume medis), bukti layanan penunjang (laboratorium, radiologi, farmasi), dan dokumen administratif-

verifikatif (eligibilitas peserta, lembar kendali, serta dokumen pendukung INA-CBGs). Pemenuhannya menuntut kolaborasi lintas unit dokter, perawat, penunjang medis, rekam medis, dan keuangan dengan dukungan SOP yang jelas serta sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) yang optimal. Namun, hambatan yang sering muncul antara lain beban kerja tinggi, variasi kepatuhan pencatatan, digitalisasi yang belum merata, dan perbedaan interpretasi terhadap standar (Handayani et al., 2024).

Sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), rumah sakit bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam skema pembayaran INA-CBGs (*Indonesian Case-Based Groups*), yaitu sistem pembayaran berdasarkan kelompok diagnosis atau prosedur yang mencakup seluruh sumber daya selama perawatan. Melalui aplikasi INA-CBGs, klaim diajukan secara kolektif setiap bulan dan diverifikasi dari aspek kepesertaan, administrasi pelayanan, serta perhitungan biaya. Dokumen yang tidak lengkap akan dikembalikan (status *pending*) dan menunda pembayaran, bahkan dapat memicu *dispute* (Handayani et al., 2024; Novianti & Wahab, 2023; Salina & Wahab, 2024). Maka dari itu, kelengkapan dokumen rawat inap sangat berpengaruh terhadap proses pengklaiman, yang merupakan bagian penting dalam pengelolaan dokumen klaim pada aplikasi INA-CBGs dan pembayaran pelayanan kesehatan.

Selain itu, rekam medis memiliki peran sentral sebagai bukti kebenaran bahwa pasien memang menerima pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS. Rekam medis menjadi dokumen utama yang mendukung elemen-elemen penentu klaim kesehatan BPJS, sehingga petugas BPJS wajib melakukan *review* terhadap seluruh isi rekam medis untuk memastikan kesesuaian dengan standar pelayanan (Arsy & Gunawan, 2024). Beberapa dokumen penting yang wajib dilampirkan dalam klaim rawat inap antara lain Ringkasan Pulang (Resume Medis), Surat Eligibilitas Pasien (SEP), Surat Pengantar Rawat Inap, Lembar Induk Pasien (LIP), dan Tagihan Rumah Sakit. Oleh karena itu, pengarsipan rekam medis harus dilakukan dengan teliti dan akurat, dengan koordinasi yang baik antar unit rumah sakit. Pemdokumenan yang tidak lengkap atau tidak sinkron antarbagian dapat mempersulit proses verifikasi dan memperlambat pengajuan klaim (Arsy & Gunawan, 2024)

Penelitian ini menunjukkan bahwa fenomena ketidaklengkapan dokumen klaim rawat inap secara nyata terjadi di rumah sakit di Indonesia — hal yang juga tercatat di rumah sakit rujukan utama dengan volume pasien JKN besar seperti di RSUD Kota Bandung. Sebagai ilustrasi, dalam periode tertentu ditemukan bahwa persentase berkas klaim yang tertunda (“*pending claim*”) cukup signifikan. Studi di sejumlah rumah sakit menunjukkan bahwa ketidaklengkapan rekam medis dan

dokumen pendukung menjadi penyebab utama tertundanya klaim (Khotimah & Masturoh, 2020).

Salah satu penelitian di rumah sakit di Kabupaten Malang menemukan bahwa ketidaklengkapan berkas rekam medis, baik dari aspek medis maupun pendukung pemeriksaan penunjang menjadi penyebab utama “pending *claim*” bagi layanan rawat inap (Anwar et al., 2025).

Hasil ini sejalan dengan temuan penelitian lain yang menunjukkan adanya hubungan antara kelengkapan dokumen rekam medis dengan persetujuan klaim BPJS rawat inap (Rahmatiqah et al., 2020).

Dengan demikian, asumsi bahwa ketidaklengkapan dokumen dapat menghambat efektivitas klaim dan berpotensi mengganggu arus pendapatan rumah sakit mendapat penguatan dari literatur empiris di Indonesia. Oleh karena itu, di RSUD Kota Bandung ditemukan bahwa dari 856 dokumen klaim rawat inap, sebanyak 273 dokumen (31,9 %) berstatus pending akibat ketidaklengkapan hal ini mengindikasikan gap nyata antara standar administrasi klaim dengan pelaksanaan di lapangan, terutama pada aspek pendokumentasian medis dan pendukung klaim.

Berdasarkan urgensi tersebut, permasalahan penelitian dalam studi ini adalah tingginya persentase klaim tertunda di RSUD Kota Bandung yang disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen rekam medis, yang berpotensi mengganggu stabilitas keuangan rumah sakit jika tidak

segera dianalisis akar penyebabnya. Oleh karena itu, penelitian berjudul “Analisis Deskriptif Kelengkapan Dokumen Rawat Inap BPJS Terhadap Pengklaiman Di RSUD Kota Bandung Periode Agustus 2025” ini bertujuan untuk mengukur tingkat kelengkapan dokumen klaim rawat inap secara spesifik dan mengidentifikasi komponen dokumen yang paling dominan menyebabkan klaim tertunda. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi dasar perbaikan SOP, peningkatan kepatuhan pencatatan, optimalisasi SIMRS, serta percepatan arus kas melalui minimalisasi angka klaim pending.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain deskriptif dan pendekatan retrospektif. Desain deskriptif dipilih agar penelitian mampu menggambarkan secara sistematis, faktual, dan akurat kondisi kelengkapan dokumen klaim rawat inap. Pendekatan retrospektif digunakan karena analisis dilakukan terhadap dokumen klaim historis yang telah melewati proses verifikasi, sehingga memungkinkan identifikasi pola kelengkapan berkas klaim rawat inap. Demikian pula, Analisis Kelengkapan Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Sanjiwani Gianyar menggunakan pendekatan retrospektif terhadap dokumen rekam medis lama dan berhasil menggambarkan tingkat kelengkapan secara sistematis (Purwanti et al., 2020).

Populasi penelitian meliputi seluruh dokumen klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan di RSUD Kota Bandung selama Agustus 2025 (N = 856 dokumen). Teknik total sampling (sampel jenuh) diterapkan agar seluruh populasi menjadi sampel, sehingga hasil penelitian mencerminkan kondisi aktual di lapangan dari populasi tersebut diperoleh 583 dokumen berstatus lengkap dan disetujui dan 273 dokumen berstatus tidak lengkap dan pending.

Variabel bebas penelitian adalah kelengkapan dokumen rekam medis meliputi aspek administratif, medis, dan penunjang dengan penekanan pada ketepatan pengisian resume medis sebagai prasyarat klaim. Variabel terikat adalah efektivitas klaim, diukur berdasarkan persentase klaim yang lolos verifikasi tanpa revisi dibandingkan klaim yang tertunda.

Sumber data berupa data sekunder melalui studi dokumentasi di Unit Casemix RSUD Kota Bandung. Pemanfaatan data sekunder ini memungkinkan penelitian dilakukan tanpa mengganggu pelayanan kesehatan yang berjalan, sesuai praktik dalam penelitian rekam medis. Selanjutnya, data dianalisis secara deskriptif kuantitatif menggunakan Microsoft Excel, dengan menghitung distribusi frekuensi dan persentase untuk mendeskripsikan proporsi kelengkapan berkas terhadap total klaim.

Studi-studi terdahulu di Indonesia mendukung metode dan kerangka analisis ini. Misalnya, Gumilar et al (2021) meneliti kelengkapan rekam medis rawat inap di RS Umum Bina Sehat Bandung.

Selain itu, Rahmatika (2020) membuktikan bahwa hanya 66,4% berkas rekam medis lengkap dan 60,8% klaim BPJS disetujui. Penelitian terkini oleh Anugrah & Umar (2023) di RSUD I.A. Moeis Samarinda juga menunjukkan bahwa ketidaklengkapan dokumen rekam medis masih menjadi masalah nyata. Sedangkan Sakinah & Yunengsih (2021) dalam studi kuantitatif mereka menunjukkan bahwa kelengkapan dokumen rawat inap di RS di Indonesia perlu terus dipantau dan dievaluasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di RSUD Kota Bandung dengan menganalisis data sekunder berupa berkas klaim rawat inap pasien BPJS Kesehatan periode bulan Agustus 2025. Analisis dilakukan terhadap total populasi sebanyak 856 berkas untuk mengetahui gambaran kelengkapan dokumen sebagai prasyarat pengklaiman.

Distribusi kelengkapan dokumen klaim berdasarkan hasil verifikasi administrasi dan medis, distribusi kelengkapan berkas klaim rawat inap disajikan dalam Tabel 1 berikut:

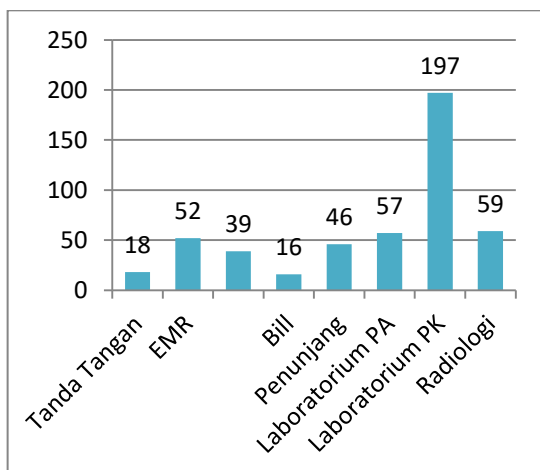
Tabel 1. Distribusi Frekuensi kelengkapan dokumen klaim BPJS rawat inap

Kategori Kelengkapan	Status Klaim	Jumlah (n)	Persentase (%)
Lengkap	Disetujui	583	68,1%
Tidak Lengkap	Tertunda	273	31,9%
Total		856	100%

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari total 856 berkas yang diajukan, mayoritas berkas dinyatakan lengkap dan layak bayar,

yaitu sebanyak 583 berkas (68,1%). Namun, terdapat proporsi yang cukup signifikan sebesar 31,9% (273 berkas) yang dinyatakan tidak lengkap. Ketidaklengkapan ini menyebabkan status klaim menjadi tertunda (*pending*), yang mengharuskan pihak rumah sakit melakukan revisi atau melengkapi dokumen sebelum dapat diajukan kembali.

Identifikasi dan peringkat jenis ketidaklengkapan analisis lebih mendalam dilakukan terhadap 273 berkas yang berstatus *pending*. Ditemukan bahwa dalam satu berkas seringkali terdapat lebih dari satu jenis ketidaklengkapan, sehingga total item ketidaklengkapan yang teridentifikasi berjumlah 484 item. Rincian proporsi dan peringkat jenis ketidaklengkapan disajikan dalam Tabel 2.



Gambar 1. Distribusi dan peringkat jenis ketidaklengkapan dokumen

Berdasarkan Tabel 2, jenis ketidaklengkapan yang paling mendominasi adalah tidak melampirkan atau ketidaksesuaian hasil Laboratorium Patologi Klinik (PK), dengan frekuensi sebanyak 197 item (40,7%). Hal ini

menunjukkan bahwa aspek penunjang medis merupakan titik kritis utama penyebab klaim tertunda.

Peringkat kedua dan ketiga ditempati oleh dokumen Radiologi (12,2%) dan Laboratorium Patologi Anatomi (PA) (11,8%). Jika dikalkulasikan, ketiga komponen penunjang medis utama ini (Lab PK, PA, dan Radiologi) menyumbang 64,7% dari total masalah ketidaklengkapan. Sementara itu, aspek administratif murni seperti kelengkapan tanda tangan dan rincian biaya (*billing*) memiliki persentase yang relatif kecil, masing-masing hanya 3,7% dan 3,3%, yang mengindikasikan bahwa kepatuhan pada aspek administrasi dasar sudah relatif baik dibandingkan aspek kelengkapan bukti klinis.

Pelayanan rekam medis memegang peranan vital dalam mendukung keberlangsungan operasional rumah sakit, tidak hanya sebagai instrumen dokumentasi klinis dan administratif, melainkan juga sebagai pilar strategis yang menopang stabilitas keuangan institusi. Sebagaimana dikemukakan oleh Aulia et al. (2023) rekam medis merupakan komponen fundamental dalam tata kelola fasilitas kesehatan karena memuat informasi yang menjadi basis verifikasi administrasi serta evaluasi mutu pelayanan. Urgensi ini diperkuat oleh perspektif (Ulum, 2024) melalui konsep “ALFRED”, yang menegaskan bahwa dari dimensi *Financial* (Keuangan), dokumen rekam medis memiliki nilai ekonomi yang signifikan karena isinya menjadi dasar penetapan kode diagnosis dan besaran tarif

INA-CBG's. Oleh karena itu, akurasi dan kelengkapan isi rekam medis menjadi variabel determinan dalam keberhasilan pengajuan klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) agar dapat terbayarkan tepat waktu.

Realitas empiris di RSUD Kota Bandung menunjukkan adanya korelasi linear yang kuat antara kelengkapan dokumen dengan kelancaran proses klaim. Berdasarkan data yang dianalisis dari 856 berkas, tercatat 68,1% dokumen yang lengkap dapat langsung disetujui, sedangkan 31,9% dokumen yang tidak lengkap seluruhnya mengalami penundaan status (*pending*). Temuan ini mengonfirmasi bahwa ketidaklengkapan dokumen merupakan hambatan utama dalam proses verifikasi yang berdampak langsung pada efektivitas klaim. Fenomena ini sejalan dengan hasil studi terdahulu oleh Handayani et al (2024) dan Maharani & Widyaningrum (2024) pada rumah sakit rujukan lainnya, yang mengidentifikasi bahwa defisiensi administratif dan ketidaklengkapan bukti pendukung medis merupakan penyebab tertinggi pengembalian berkas oleh verifikator BPJS. Hal ini mengindikasikan bahwa tantangan kepatuhan administratif klaim merupakan isu sistemik yang dihadapi secara luas oleh fasilitas kesehatan dalam ekosistem JKN.

Analisis mendalam terhadap akar masalah ketidaklengkapan menyingkap bahwa dominasi hambatan terletak pada aspek penunjang medis, dengan prevalensi tertinggi pada Laboratorium Patologi Klinik

(40,7%), diikuti Laboratorium Patologi Anatomi (18,0%), dan Radiologi (12,2%).

Ditinjau melalui pendekatan Fishbone Analysis, permasalahan ketidaklengkapan dokumen pada unit penunjang merupakan hasil akumulasi faktor metode, manusia, dan mesin. Dari sisi metode, kendala terutama muncul akibat ketidaksesuaian antara turnaround time hasil pemeriksaan dengan rata-rata lama rawat pasien. Pada unit Patologi Anatomi, proses pemeriksaan dapat mencapai 7×24 jam sehingga hasil sering kali belum terbit pada saat pasien dipulangkan. Kondisi ini turut dijumpai pada pemeriksaan kultur di laboratorium Patologi Klinik serta tindakan radiodiagnostik lanjutan seperti CT-Scan dan MRI. Kesenjangan waktu ini berdampak pada ketidaksiapan dokumen pendukung saat proses assembling klaim dilakukan, selaras dengan temuan penelitian yang menunjukkan bahwa hambatan prosedur dan pelaksanaan SOP berkontribusi besar terhadap ketidaklengkapan dokumentasi rekam medis (Ahadi et al., 2024).

Ditinjau dari faktor metode (method), ketidaklengkapan dokumen klaim pada unit penunjang dipengaruhi oleh ketidaksinkronan waktu penyelesaian hasil penunjang dengan kondisi klinis pasien. Pada unit Patologi Anatomi, proses pemeriksaan jaringan membutuhkan waktu hingga beberapa hari kerja, sementara pasien pasca-operasi umumnya telah diperbolehkan pulang dalam 1–2 hari. Ketidaksesuaian tersebut menyebabkan

hasil pemeriksaan belum tersedia saat proses administratif pemulangan dilakukan sehingga klaim tidak dapat diajukan secara lengkap. Fenomena serupa juga terjadi pada unit Patologi Klinik dan Radiologi, terutama pada pemeriksaan kompleks seperti CT Scan dan MRI yang memiliki waktu ekspertise lebih lama dibandingkan pemeriksaan rutin. Studi kasus di rumah sakit di Bandung menunjukkan bahwa sekitar 11% berkas klaim tertunda akibat ketidaklengkapan rekam medis, termasuk hasil pemeriksaan penunjang yang belum terlampir pada saat pengajuan klaim (Herman et al., 2020).

Selain faktor metode, kendala teknis yang termasuk dalam faktor mesin (machine) turut memperburuk kondisi tersebut. Instabilitas jaringan internet, gangguan sistem informasi, serta keterbatasan interoperabilitas antara unit penunjang dan SIMRS menyebabkan hasil pemeriksaan tidak dapat diakses secara real-time atau bahkan hilang dalam proses transfer data. Keterbatasan tersebut berdampak pada tidak tersedianya dokumen pendukung klaim dalam format digital, sehingga berkas dianggap tidak lengkap oleh verifikator. Tinjauan mengenai implementasi sistem rekam medis elektronik di fasilitas kesehatan di Indonesia juga menyebutkan bahwa meskipun digitalisasi berpotensi meningkatkan kecepatan verifikasi, permasalahan integrasi dan infrastruktur masih menjadi hambatan signifikan dalam pemenuhan dokumen klaim.

Faktor manusia (man) turut berkontribusi terhadap peningkatan jumlah pending klaim. Beban kerja petugas yang tinggi dan antrean validasi dokter yang panjang dapat memicu kelalaian dalam pemantauan status finalisasi hasil penunjang dan lampiran dokumen susulan sebelum berkas dikirim ke unit klaim.

Akumulasi permasalahan pada ketiga faktor tersebut berimplikasi langsung terhadap penundaan proses verifikasi, keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan, dan ketidakstabilan arus kas rumah sakit. Selain itu, siklus revisi berulang yang harus dilakukan petugas meningkatkan beban administratif dan memperbesar risiko terjadinya kesalahan. Oleh karena itu, diperlukan intervensi manajerial yang komprehensif melalui harmonisasi standar waktu proses klaim dengan pola pelayanan medis, penyediaan alur khusus untuk pelampiran hasil penunjang susulan tanpa menunda pengajuan awal klaim, serta optimalisasi infrastruktur jaringan dan sistem bridging untuk memastikan seluruh dokumen digital tersedia secara otomatis setelah divalidasi. Dengan pembenahan tata kelola data rekam medis yang terintegrasi, kelengkapan dokumen klaim dapat ditingkatkan secara sistematis sehingga efisiensi verifikasi meningkat dan keberlanjutan finansial rumah sakit tetap terjaga.

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan dokumen rekam medis

menjadi faktor utama yang menentukan kelancaran proses klaim BPJS di RSUD Kota Bandung. Dari 856 berkas klaim yang dianalisis, 68,1% (583 berkas) dinyatakan lengkap dan disetujui, sedangkan 31,9% (273 berkas) tertunda akibat ketidaklengkapan dokumen. Proporsi pending yang mencapai hampir sepertiga berkas menegaskan bahwa kepatuhan dokumentasi masih menjadi masalah utama dalam proses validasi klaim.

Ketidaklengkapan terutama disebabkan oleh tidak tercantumnya hasil pemeriksaan penunjang, dengan kontribusi terbesar dari Laboratorium Patologi Klinik (40,7%), diikuti Patologi Anatomi (18,0%), dan Radiologi (12,2%). Temuan ini menunjukkan bahwa kendala utama bukan pada administrasi kepesertaan, melainkan pada kurangnya integrasi data antara unit penunjang medis dan unit Casemix.

Dampak dari tingginya angka ketidaklengkapan tidak hanya memperberat beban kerja melalui revisi berulang, tetapi juga mengganggu arus kas rumah sakit serta meningkatkan risiko temuan audit pasca-bayar yang dapat berujung pada kewajiban refund atau dugaan fraud.

Berdasarkan temuan tersebut, penelitian merekomendasikan beberapa langkah strategis. Pertama, memperkuat verifikasi berjenjang untuk memastikan dokumen lengkap sebelum masuk ke unit Casemix atau BPJS. Kedua, meningkatkan koordinasi antardepartemen, khususnya antara ruang perawatan, unit penunjang, dan administrasi, agar alur dokumen lebih

tertata. Ketiga, mengoptimalkan pemanfaatan SIMRS, termasuk penggunaan fitur deteksi otomatis untuk mengidentifikasi kekurangan dokumen secara real-time. Terakhir, rumah sakit perlu melakukan evaluasi rutin bulanan untuk memantau tren ketidaklengkapan dan memastikan perbaikan berjalan konsiste

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada pembimbing akademik atas arahan, bimbingan, dan diskusinya yang mendalam selama penyusunan penelitian ini. Apresiasi yang tulus juga disampaikan kepada jajaran manajemen serta seluruh staf RSUD Kota Bandung yang telah memberikan izin penelitian dan memfasilitasi akses data yang diperlukan. Selain itu, ucapan terima kasih juga ditujukan kepada rekan-rekan dosen dan sejawat atas segala bantuan, masukan konstruktif, serta dukungan moral yang senantiasa menjadi motivasi bagi penulis untuk menyelesaikan naskah publikasi ini dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahadi, G. D., Rahayu, S., Fikrianto, M., & Sutomo, S. Y. (2024). Evaluasi dan Kontrol Kualitas Kelengkapan Berkas Rekam Medis. *EJOIN: Jurnal Pengabdian Masyarakat*.
- Anugrah, A., & Umar, Z. (2023). Analisis Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD I.A Moeis Samarinda. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Nusantara (JPkMN)*, 4(3), 2508–2512.

- <https://doi.org/https://doi.org/10.55338/jpkmn.v4i2.1474>
- Anwar, A. L., Ningrum, H. D., & Purnamasari, A. T. (2025). Analisis Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan pada Layanan Rawat Inap di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang. *IJHIMR: Indonesian Journal of Health Insurance and Medical Records*, 2(1), 145–155. <https://doi.org/10.31290/ijhimr.v2i1.5186>
- Arsy, N. A., & Gunawan, E. (2024). The Impact of BPJS Claiming Requirement's Completeness on Pending Claims. *IJNRD*.
- Aulia, A. R., Sari, I., Studi, P., Medis, R., Informasi, D., Piksi, P., & Bandung, G. (2023). Analisis Rekam Medis Elektronik Dalam Menunjang Efektivitas Kerja Di Unit Rekam Medis Di Rumah Sakit Hermina Pasteur. *Infokes*, 7, 21–31.
- Gumilar, R. A., Herfiyanti, L., Piksi, P., & Bandung, G. (2021). Analisis kelengkapan rekam medis rawat inap di rumah sakit umum bina sehat bandung. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 1(March), 1192–1199.
- Handayani, Wahyudi, B., & Mulyani, K. (2024). Analisis Penyebab Pending Klaim Pasien BPJS Rawat Inap. *Action Research Literate*.
- Herman, L., Farlinda, S., & Abdurachman, A. (2020). Tinjauan Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap di RSUP dr. Hasan Sadikin. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 1, 575–581. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v1i4.2030>
- Khotimah, S., & Masturoh, I. (2020). Analisis Kelengkapan Berkas Rekam Medis Kasus Thypoid. *JMIKI*.
- Maharani, A. P., & Widyaningrum, D. (2024). Pengaruh Pemrosesan Berkas BPJS Pasien Rawat Inap terhadap Efektivitas Pengklaiman. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Novianti, E., & Wahab, S. (2023). Analisis Kelengkapan Berkas Klaim BPJS Rawat Jalan Guna Menunjang Kelancaran Pengklaiman Di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat. *Journal of Hospital Management Services Student (JHMSS)*, 1(1).
- Purwanti, I. S., Prihatiningsih, D., & Devhy, N. L. P. (2020). Studi Deskriptif Kelengkapan Dokumen Rekam Medis. *Jurnal Rekam Medis*.
- Rahmatika, C., Sulrieni, I., & Sary, A. (2020). Kelengkapan Berkas Rekam Medis Dan Klaim Bpjs Di Rsud M.Zein Painan. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, 11, 11. <https://doi.org/10.30633/jkms.v11i1.514>
- Sakinah, A., & Yunengsih, Y. (2021). Analisis Kelengkapan Resume Medis Rawat Inap Bpjs Terhadap Kelancaran Klaim Bpjs Kesehatan Di Rumah Sakit Melania Bogor. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 2, 70–77. <https://doi.org/10.31004/jkt.v2i4.2665>
- Salina, & Wahab, S. (2024). Analisis Data Dan Faktor Penyebab Pending Klaim Bpjs Rawat Inap Guna Menunjang Ke Efektivitasan Pengklaiman Di Rsud Kota Bandung Tahun 2024. *Journal of Medical Record Student (JMeRS)*.
- Ulum, M. (2024). Kelengkapan Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pada Pasien Rawat Inap. *JRMK STIA Malang*.