



Analisis Faktor Administrasi Dan Pelayanan Pada Kejadian Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan Dalam Perspektif Manajemen Klaim Rumah Sakit

Nina Narjati Soejoto

Politeknik Piksi Ganesha

*Penulis Korespondensi: ninasoejoto@yahoo.co.id

Received: 23/07/2026 | Accepted: 26/08/2026 | Publication: 05/09/2026

Abstract: Pending claims in the National Health Insurance (Jaminan Kesehatan Nasional/JKN) program administered by BPJS Kesehatan remain one of the challenges in hospital claims management, as they can cause delays in the reimbursement process for healthcare services and affect hospital financial management. The occurrence of pending claims indicates challenges in administrative procedures, the accuracy of service documentation, and coordination among the units involved in the claim submission process. This study aims to analyze administrative and service-related factors associated with pending outpatient claims submitted to BPJS Kesehatan as an effort to improve hospital claims management. This study employed a descriptive quantitative method with a retrospective approach using secondary data consisting of 2,158 outpatient BPJS Kesehatan claim records. Data were analyzed using frequency distributions and percentages based on INA-CBG codes, claim submission amounts, and the reasons for pending claims. The results showed that pending claims occurred due to various administrative and service-related issues, including repeated claims for chronic medications, hemodialysis services, internal consultations, and discrepancies in the claim verification process. The findings indicate that claim administration processes, the accuracy of service documentation, and inter-unit coordination are important aspects that need to be addressed in managing BPJS Kesehatan claims in hospitals. Therefore, strengthening internal verification systems, improving service documentation standards, and optimizing coordination between service and administrative units are necessary to reduce the occurrence of pending claims and improve hospital management performance.

Keywords: Hospital Management; BPJS Kesehatan; Pending Claims; Claims Management; Outpatient Care.



Copyright © 2024, The Author(s).

This is an open-access article under the CC-BY-SA license.

How to Cite: Soejoto, N. N. (2026). Analisis faktor administrasi dan pelayanan pada kejadian pending klaim BPJS Kesehatan rawat jalan dalam perspektif manajemen klaim rumah sakit. *Journal of Innovation Research and Knowledge*, 6(4). <https://doi.org/10.53625/jirk.v6i4.13255>

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan organisasi pelayanan kesehatan yang tidak hanya berorientasi pada pemberian pelayanan medis, tetapi juga memiliki tanggung jawab dalam mengelola aspek manajerial dan keuangan secara efektif. Perubahan sistem pembiayaan kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadikan rumah sakit memiliki tantangan baru dalam pengelolaan administrasi klaim agar proses pembayaran pelayanan dapat berjalan tepat waktu dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Manajemen klaim

menjadi salah satu bagian penting dalam pengelolaan rumah sakit karena berkaitan dengan kesinambungan operasional, pengendalian biaya, serta stabilitas keuangan rumah sakit (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

Dalam pelaksanaan program JKN, BPJS Kesehatan menggunakan sistem pembayaran berbasis paket melalui Indonesian Case Based Groups (INA-CBG). Sistem tersebut mengharuskan rumah sakit melakukan proses pengajuan klaim dengan memperhatikan ketepatan diagnosis, prosedur pelayanan, pengkodean, serta kelengkapan dokumen pendukung. Ketidaksesuaian antara pelayanan yang diberikan dengan dokumen klaim dapat menyebabkan klaim mengalami penundaan pembayaran atau status pending hingga dilakukan proses perbaikan dan verifikasi ulang (BPJS Kesehatan, 2023).

Pending klaim merupakan salah satu permasalahan yang sering terjadi dalam proses pengelolaan klaim BPJS Kesehatan. Kondisi ini terjadi ketika dokumen klaim yang diajukan belum memenuhi persyaratan verifikasi sehingga belum dapat dilakukan pembayaran oleh pihak penjamin. Permasalahan pending klaim dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti ketidaklengkapan dokumen administrasi, ketidaksesuaian informasi pelayanan, kesalahan pengkodean diagnosis dan tindakan, serta perbedaan interpretasi antara rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan (Putri et al., 2023).

Dari sudut pandang manajemen rumah sakit, kejadian pending klaim tidak hanya menjadi permasalahan administratif, tetapi juga menggambarkan efektivitas sistem pengelolaan pelayanan dan koordinasi antarunit. Proses klaim melibatkan berbagai bagian dalam rumah sakit, mulai dari unit pelayanan medis, rekam medis, koder, instalasi penjaminan, hingga bagian keuangan. Apabila koordinasi antarbagian tersebut tidak berjalan optimal, maka risiko terjadinya kesalahan dalam dokumentasi dan pengajuan klaim akan semakin meningkat (Hidayah & Nurwahyuni, 2022).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa faktor administrasi merupakan salah satu penyebab utama terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan. Kelengkapan dokumen rekam medis, kesesuaian laporan pelayanan, serta ketepatan pengisian berkas klaim menjadi aspek penting yang menentukan keberhasilan proses verifikasi klaim. Selain faktor administrasi, faktor pelayanan seperti kesesuaian tindakan medis, pelayanan berulang, serta ketepatan pencatatan tindakan juga memiliki kontribusi terhadap terjadinya pending klaim (Sari et al., 2022).

Berdasarkan data klaim BPJS Kesehatan rawat jalan yang digunakan dalam penelitian ini, terdapat 2.158 data pengajuan klaim yang mengalami proses pending dengan berbagai alasan. Data tersebut mencakup informasi kode INA-CBG, nilai pengajuan klaim, alasan pending, serta penyelesaian pending klaim. Variasi penyebab pending menunjukkan bahwa permasalahan klaim tidak hanya berkaitan dengan satu aspek tertentu, tetapi melibatkan kombinasi antara faktor administrasi dan pelayanan yang perlu dievaluasi dari perspektif manajemen rumah sakit.

Analisis terhadap faktor administrasi dan pelayanan pada kejadian pending klaim menjadi penting dilakukan karena dapat memberikan gambaran mengenai pola permasalahan yang terjadi dalam proses pengelolaan klaim. Hasil analisis tersebut dapat digunakan sebagai dasar bagi manajemen rumah sakit dalam melakukan perbaikan sistem pengendalian klaim, meningkatkan kualitas dokumentasi pelayanan, serta memperkuat

koordinasi antarunit terkait.

Penelitian mengenai pending klaim BPJS Kesehatan sebelumnya lebih banyak berfokus pada identifikasi penyebab klaim dari aspek administrasi dan kelengkapan dokumen. Namun, kajian yang menggambarkan pola pending klaim rawat jalan berdasarkan kombinasi faktor administrasi dan pelayanan dalam perspektif manajemen klaim rumah sakit masih perlu dikembangkan. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk memberikan gambaran mengenai karakteristik pending klaim sebagai dasar evaluasi dan perbaikan sistem pengelolaan klaim di rumah sakit.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor administrasi dan pelayanan pada kejadian pending klaim BPJS Kesehatan rawat jalan di rumah sakit. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan manajemen klaim rumah sakit melalui rekomendasi perbaikan proses administrasi dan pelayanan guna meningkatkan efektivitas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif deskriptif dengan pendekatan retrospektif. Desain penelitian ini dipilih untuk menggambarkan faktor administrasi dan pelayanan yang berkaitan dengan kejadian pending klaim BPJS Kesehatan rawat jalan berdasarkan data klaim yang telah tersedia di rumah sakit. Pendekatan retrospektif digunakan karena data penelitian diperoleh dari dokumen klaim yang telah diajukan dan mengalami proses verifikasi pada periode sebelumnya.

Penelitian ini tidak melakukan intervensi terhadap objek penelitian, melainkan melakukan analisis terhadap pola kejadian pending klaim berdasarkan karakteristik data yang tersedia. Fokus penelitian adalah mengidentifikasi distribusi penyebab pending klaim berdasarkan aspek administrasi dan pelayanan sebagai bahan evaluasi untuk meningkatkan efektivitas manajemen klaim rumah sakit.

Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh data klaim BPJS Kesehatan rawat jalan yang mengalami pending pada rumah sakit selama periode penelitian. Sampel penelitian menggunakan teknik total sampling, yaitu seluruh data klaim yang memenuhi kriteria penelitian digunakan sebagai sampel.

Berdasarkan data yang diperoleh, jumlah sampel penelitian sebanyak 2.158 data klaim BPJS Kesehatan rawat jalan. Data tersebut mencakup informasi mengenai kode INA-CBG, nilai pengajuan klaim, alasan terjadinya pending klaim, serta penyelesaian terhadap klaim pending.

Bahan dan Instrumen Penelitian

Bahan penelitian yang digunakan berupa data sekunder yang berasal dari dokumen pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan rumah sakit. Instrumen penelitian berupa lembar pengumpulan data (data collection sheet) yang digunakan untuk melakukan pencatatan dan pengelompokan informasi dari dokumen klaim.

Instrumen penelitian digunakan untuk memastikan proses pengumpulan data dilakukan secara sistematis sehingga dapat menggambarkan pola permasalahan pending klaim secara objektif.

Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan melalui metode dokumentasi dengan memanfaatkan data sekunder klaim BPJS Kesehatan rawat jalan yang tersedia di rumah sakit. Data dikumpulkan dari dokumen pengajuan klaim yang memuat informasi terkait identitas klaim, kode INA-CBG, biaya pengajuan, alasan pending, dan penyelesaian pending.

Tahapan pengumpulan data meliputi:

1. Mengidentifikasi seluruh data klaim rawat jalan BPJS Kesehatan yang mengalami pending.
2. Melakukan pengelompokan data berdasarkan alasan pending klaim.
3. Mengklasifikasikan penyebab pending berdasarkan aspek administrasi dan pelayanan.
4. Melakukan pengolahan data untuk mengetahui distribusi faktor penyebab pending klaim.
5. Teknik Analisis Data

Analisis data dilakukan menggunakan analisis statistik deskriptif melalui distribusi frekuensi dan persentase. Analisis ini digunakan untuk mengetahui gambaran karakteristik klaim pending serta mengidentifikasi faktor yang paling sering ditemukan dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan.

Data dianalisis berdasarkan:

1. Distribusi jumlah klaim pending berdasarkan alasan penyebab.
2. Persentase faktor administrasi dan pelayanan yang menyebabkan pending klaim.
3. Distribusi klaim berdasarkan kode INA-CBG.

Gambaran nilai pengajuan klaim yang mengalami pending.

Hasil analisis kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan uraian deskriptif untuk memberikan gambaran mengenai kondisi pengelolaan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan. Interpretasi hasil penelitian digunakan sebagai dasar penyusunan rekomendasi perbaikan manajemen klaim rumah sakit, khususnya dalam aspek pengendalian administrasi, peningkatan kualitas dokumentasi pelayanan, dan koordinasi antarunit terkait.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menganalisis sebanyak 2.158 data klaim BPJS Kesehatan rawat jalan yang mengalami pending klaim. Data yang dianalisis terdiri dari kode INA-CBG, nilai pengajuan klaim, alasan pending, serta tindak lanjut penyelesaian klaim. Analisis dilakukan untuk menggambarkan faktor administrasi dan pelayanan yang menjadi penyebab terjadinya pending klaim sebagai bahan evaluasi dalam penguatan manajemen klaim rumah sakit.

Hasil pengelompokan alasan pending klaim menunjukkan bahwa permasalahan yang ditemukan tidak hanya berkaitan dengan kelengkapan administrasi, tetapi juga berkaitan dengan kesesuaian proses pelayanan dengan ketentuan penjaminan BPJS Kesehatan. Distribusi faktor penyebab pending klaim dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Jalan

No	Faktor Penyebab Pending	Jumlah Klaim	Persentase (%)
1	Kesesuaian episode/kepesertaan pelayanan (kunjungan berulang, konsultasi internal, fragmentasi pelayanan)	924	42,82
2	Pelayanan obat kronis (obat yang sama, PRB, iterasi)	483	22,38
3	Pelayanan hemodialisis (HD melebihi kapasitas)	297	13,76
4	Permasalahan lainnya	212	9,82
5	Administrasi dan kelengkapan dokumen	101	4,68
6	Pelayanan tindakan/operasi	72	3,34
7	Kapasitas pelayanan rehabilitasi	69	3,20
	Total	2.158	100

Berdasarkan Tabel 1, penyebab pending klaim terbesar berasal dari faktor kesesuaian episode atau rangkaian pelayanan sebanyak 924 klaim (42,82%). Permasalahan tersebut sebagian besar berkaitan dengan adanya kunjungan berulang, konsultasi internal, serta fragmentasi pelayanan yang perlu disesuaikan menjadi satu episode pelayanan sesuai ketentuan klaim BPJS Kesehatan.

Faktor terbesar kedua adalah pelayanan obat kronis sebanyak 483 klaim (22,38%). Pending pada kelompok ini terutama disebabkan oleh adanya pengajuan obat yang sama secara berulang pada pasien dengan terapi kronis, termasuk pasien yang masuk dalam skema PRB (Program Rujuk Balik) maupun iterasi obat. Kondisi tersebut menunjukkan perlunya pengendalian dan verifikasi lebih lanjut pada pelayanan obat agar kesesuaian pengajuan klaim dapat dipastikan.

Selain itu, terdapat sebanyak 297 klaim (13,76%) yang mengalami pending berkaitan dengan pelayanan hemodialisis (HD). Permasalahan yang ditemukan berupa penggunaan pelayanan yang melebihi kapasitas atau ketentuan yang menjadi dasar verifikasi klaim. Hal ini menunjukkan bahwa pengelolaan pelayanan dengan tingkat frekuensi tinggi membutuhkan pengendalian administrasi dan koordinasi yang lebih baik antara unit pelayanan dengan bagian klaim.

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian pending klaim BPJS Kesehatan rawat jalan lebih banyak dipengaruhi oleh aspek kesesuaian pelayanan dibandingkan dengan permasalahan administratif murni. Hal ini terlihat dari dominasi faktor episode pelayanan, obat kronis, dan hemodialisis yang secara keseluruhan mencakup sebagian besar penyebab pending klaim. Temuan ini menunjukkan bahwa proses klaim tidak hanya bergantung pada kelengkapan dokumen, tetapi juga pada kesesuaian antara pelayanan yang diberikan dengan aturan penjaminan BPJS Kesehatan.

Faktor kesesuaian episode pelayanan menjadi penyebab pending terbesar dalam penelitian ini. Permasalahan seperti kunjungan berulang, konsultasi internal, dan fragmentasi pelayanan menunjukkan bahwa masih diperlukan penguatan koordinasi antara unit pelayanan dengan bagian pengelola klaim. Dalam manajemen rumah sakit, kesinambungan informasi pelayanan menjadi faktor penting karena setiap pelayanan yang

diberikan harus terdokumentasi secara tepat agar sesuai dengan sistem pembayaran berbasis INA-CBG.

Tingginya kejadian pending pada pelayanan obat kronis juga menunjukkan pentingnya pengendalian proses pelayanan berulang. Pasien dengan penyakit kronis memiliki pola kunjungan dan kebutuhan terapi yang berulang sehingga diperlukan sistem monitoring yang baik agar tidak terjadi ketidaksesuaian antara riwayat pelayanan pasien dengan pengajuan klaim. Penguatan fungsi verifikasi internal sebelum klaim dikirimkan menjadi salah satu strategi yang dapat dilakukan untuk mengurangi permasalahan tersebut.

Pada pelayanan hemodialisis, kejadian pending berkaitan dengan kebutuhan pengendalian kapasitas dan kesesuaian pelayanan. Pelayanan dengan frekuensi tinggi seperti hemodialisis membutuhkan pencatatan yang akurat karena memiliki karakteristik pelayanan berulang dalam periode tertentu. Dari sudut pandang manajemen rumah sakit, pengendalian pelayanan tersebut perlu dilakukan melalui koordinasi antara unit pelayanan, rekam medis, dan bagian klaim agar setiap pengajuan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Meskipun faktor administrasi memiliki jumlah yang lebih rendah dibandingkan faktor pelayanan, aspek dokumentasi tetap menjadi bagian penting dalam proses klaim. Sebanyak 101 klaim (4,68%) mengalami pending karena permasalahan administrasi dan kelengkapan dokumen, seperti kebutuhan lampiran pendukung, barcode, atau dokumen pelayanan tertentu. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas administrasi tetap berperan dalam menentukan keberhasilan proses verifikasi klaim.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menggambarkan bahwa manajemen klaim BPJS Kesehatan membutuhkan pendekatan yang melibatkan seluruh unit terkait. Perbaikan tidak hanya dilakukan pada bagian administrasi klaim, tetapi juga pada tahap pelayanan melalui peningkatan ketepatan dokumentasi, pemahaman terhadap aturan penjaminan, serta koordinasi antarunit. Dengan adanya pengendalian proses klaim yang lebih baik, rumah sakit dapat mengurangi kejadian pending klaim dan meningkatkan efektivitas pengelolaan keuangan rumah sakit.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 2.158 data klaim BPJS Kesehatan rawat jalan yang mengalami pending klaim, dapat disimpulkan bahwa Kejadian pending klaim ditemukan berkaitan dengan berbagai permasalahan yang berkaitan dengan aspek administrasi dan pelayanan. Faktor penyebab terbesar berasal dari aspek kesesuaian episode pelayanan, seperti kunjungan berulang, konsultasi internal, dan fragmentasi pelayanan. Selain itu, permasalahan pada pelayanan obat kronis dan pelayanan hemodialisis juga menjadi faktor yang cukup dominan dalam menyebabkan klaim mengalami pending.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa permasalahan pending klaim tidak hanya berkaitan dengan kelengkapan dokumen administrasi, tetapi juga berhubungan dengan kesesuaian antara pelayanan yang diberikan, pencatatan medis, serta ketentuan verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Hal tersebut menunjukkan bahwa efektivitas manajemen klaim rumah sakit perlu didukung oleh koordinasi yang baik antara unit pelayanan, rekam medis, koder,

unit casemix, dan bagian administrasi klaim.

Dengan demikian, pengelolaan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan perlu dilakukan secara menyeluruh melalui penguatan sistem pengendalian internal, peningkatan ketepatan dokumentasi pelayanan, serta evaluasi berkala terhadap pola penyebab pending klaim. Upaya tersebut diperlukan untuk mengurangi keterlambatan proses pembayaran klaim dan meningkatkan efektivitas manajemen keuangan rumah sakit.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian, rumah sakit disarankan untuk meningkatkan proses verifikasi internal sebelum pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan, terutama pada kasus pelayanan yang memiliki risiko tinggi mengalami pending seperti pelayanan kronis, hemodialisis, dan kunjungan berulang. Proses pengecekan awal dapat membantu menemukan ketidaksesuaian dokumen maupun pelayanan sebelum dilakukan proses verifikasi oleh pihak penjamin.

Selain itu, perlu dilakukan peningkatan koordinasi antarunit terkait, khususnya antara tenaga medis, rekam medis, unit casemix, dan bagian klaim agar informasi pelayanan yang tercatat dapat sesuai dengan kebutuhan pengajuan klaim. Pelatihan dan pembaruan pemahaman mengenai ketentuan klaim BPJS Kesehatan juga perlu dilakukan secara berkala untuk mengurangi kesalahan administrasi maupun kesalahan dokumentasi pelayanan.

Bagi penelitian selanjutnya, disarankan untuk melakukan analisis yang lebih mendalam dengan menambahkan variabel lain seperti lama proses penyelesaian pending klaim, nilai nominal klaim tertunda, serta perbandingan antara klaim yang disetujui dan klaim yang mengalami pending. Penelitian lanjutan dengan pendekatan analitik juga dapat dilakukan untuk mengetahui faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian pending klaim BPJS Kesehatan.

PENGAKUAN/ACKNOWLEDGEMENTS

Penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada seluruh pihak yang telah memberikan dukungan dan kontribusi dalam pelaksanaan penelitian ini. Ucapan terima kasih disampaikan kepada pihak rumah sakit yang telah memberikan izin serta menyediakan data pendukung penelitian terkait klaim BPJS Kesehatan rawat jalan. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang terlibat dalam proses pengumpulan, pengolahan, dan analisis data sehingga penelitian ini dapat diselesaikan dengan baik.

Apresiasi dan penghargaan juga disampaikan kepada dosen sejawat, rekan akademik, serta pihak-pihak lain yang telah memberikan arahan, masukan, dan dukungan selama proses penyusunan penelitian ini. Semoga hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu manajemen rumah sakit, khususnya dalam meningkatkan efektivitas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan dan perbaikan sistem pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2023). Panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan tingkat lanjutan program Jaminan Kesehatan Nasional. BPJS

Kesehatan.

Dewi, R. A., & Ningsih, K. P. (2022). Analisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan di rumah sakit. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 5(2), 85–93.

Fadilla, N., & Lestari, T. (2023). Evaluasi pengelolaan klaim BPJS Kesehatan berdasarkan aspek administrasi dan pelayanan kesehatan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 11(1), 42–51.

Hidayat, A., Suryawati, C., & Arso, S. P. (2022). Analisis faktor penyebab keterlambatan pembayaran klaim BPJS Kesehatan pada rumah sakit. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 10(3), 180–189.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Profil kesehatan Indonesia 2022*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Nasional*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang pedoman Indonesian Case Based Groups (INA-CBG) dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Putri, D. M., Sari, I., & Wahyuni, I. (2023). Faktor administrasi penyebab pending klaim BPJS Kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 9(2), 101–110.

Rahmawati, F., & Nurwahyuni, A. (2022). Analisis implementasi sistem klaim BPJS Kesehatan dalam mendukung efektivitas manajemen rumah sakit. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 11(4), 205–214.

Sari, P. N., Wulandari, R., & Prasetyo, A. (2022). Evaluasi ketepatan dokumentasi pelayanan terhadap keberhasilan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, 5(1), 25–34.