



Analisis Strategi Manajemen Klaim dalam Menekan Risiko Fraud Asuransi Kesehatan: Analisis *Systematic Literature Review*

Safirina Aulia Rahmi¹, Wahno¹, Tiara Asyfia Sidik²

¹ Prodi Administrasi Kesehatan Universitas Islam Mulia Yogyakarta

² RS Bhayangkara Tk.1 R.Said Sukanto

Keywords:

Strategic Management, National Health Insurance (JKN), BPJS, Risk Management, Health Insurance Fraud

ABSTRACT

The National Health Insurance (JKN) program in Indonesia is designed to ensure equitable access to healthcare services for all citizens. However, fraud within the health insurance claim process remains a critical challenge, posing financial risks to the state and undermining public trust in the system. This study aims to analyze claim management strategies for mitigating fraud risk using a systematic literature review (SLR) approach. Literature was sourced from Google Scholar and Semantic Scholar, selected through the PRISMA method, and evaluated using a standardized quality assessment framework. The analysis reveals that key challenges include weak administrative verification, inaccurate coding, and a lack of system integration between hospitals and BPJS. Preventive strategies such as strengthening internal governance, digitizing medical records, enhancing staff competence, and implementing risk governance principles have proven effective in building a more accountable and resilient claim management system.

Kata Kunci

Manajemen Strategi, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS, Manajemen Risiko, Fraud Asuransi Kesehatan

ABSTRAK

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia merupakan salah satu program yang bertujuan untuk menjamin akses layanan kesehatan yang merata bagi seluruh lapisan masyarakat tanpa terkecuali. Namun, kejadian *fraud* dalam proses klaim asuransi kesehatan menjadi tantangan serius yang berpotensi merugikan keuangan negara dan menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap program yang sedang dijalankan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis strategi manajemen klaim dalam menekan risiko *fraud* dengan pendekatan *systematic literature review* (SLR). Proses pengumpulan literatur menggunakan sumber database *Google Scholar* dan *Semantic Scholar*, dengan metode seleksi berbasis PRISMA dan penilaian kualitas artikel melalui tahapan yang terstandarisasi. Hasil analisis literatur yang telah memenuhi kriteria menunjukkan bahwa tantangan utama terletak pada kelemahan verifikasi administratif, ketidaksesuaian pengkodean, serta ketidakterpaduan sistem antara rumah sakit dan BPJS. Strategi preventif yang melibatkan penguatan tata kelola internal, pelatihan SDM, digitalisasi rekam medis, dan penerapan prinsip *risk governance* terbukti efektif dalam membangun sistem yang akuntabel dan berdaya tahan terhadap potensi *fraud*.

Korespondensi Penulis:

Safirina Aulia Rahmi,
Program Studi Administrasi Kesehatan Universitas
Islam Mulia Yogyakarta,
Jl. Wates No.Km 9, RW.5, Plawonan, Argomulyo, Kec.
Sedayu, Kabupaten Bantul, DIY 55752
Telepon : +6281327621145
Email: safirina.rahmi@uim-yogya.ac.id

Submitted : 14-Nov-2025; Accepted : 23-Oct-2025;

Published : 15-Nov-2025



Copyright (c) 2024 The Author (s)

This article is distributed under a Creative Commons
Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC
BY-SA 4.0)



1. PENDAHULUAN

Asuransi kesehatan merupakan salah satu mekanisme pembiayaan yang disediakan pemerintah guna memastikan seluruh lapisan masyarakat dapat mengakses layanan kesehatan. Setiap negara memiliki kebijakan tersendiri dalam hal pembiayaan kesehatan, menyesuaikan dengan kondisi sosial, ekonomi, dan politik masing-masing. Misalnya, di Amerika Serikat, sistem pembiayaan kesehatan pada tahun 2012 menunjukkan bahwa sekitar 40% berasal dari program *Medicare* dan 32% dari *Medicaid*. [1] Sementara itu, di Indonesia, pemerintah mulai menerapkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tanggal 1 Januari 2014. Program ini dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan tujuan utama menjamin bahwa seluruh warga negara, tanpa terkecuali, dapat memperoleh layanan kesehatan yang layak dan terjangkau. Dengan adanya program ini, diharapkan kebutuhan dasar masyarakat dalam bidang kesehatan dapat terpenuhi secara merata. [2]

Implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tentunya menghadapi berbagai tantangan, salah satunya adalah terjadinya kecurangan (*fraud*). kecurangan ini merupakan tindakan yang dilakukan secara sadar oleh oknum petugas BPJS, peserta, maupun penyedia layanan kesehatan, dengan tujuan memperoleh keuntungan finansial dari pelaksanaan program tersebut. Praktik seperti ini berpotensi menimbulkan kerugian besar dan menimbulkan ketidakpuasan terhadap layanan BPJS. [3] Secara yuridis, tindakan tersebut telah memiliki dasar pengaturan hukum, antara lain dalam Pasal 381 KUHP yang mengatur tentang perbuatan curang, serta Pasal 263 ayat (1) KUHP yang mengatur mengenai tindakan pemalsuan. Selain itu, prinsip kejujuran merupakan asas fundamental dalam setiap bentuk perjanjian. Apabila asas tersebut dilanggar, maka dapat menimbulkan kondisi yang dikenal sebagai "cacat kehendak", sebagaimana dijelaskan dalam ketentuan Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdata). Dalam konteks hukum kontrak, setiap pihak memiliki kewajiban untuk memberikan informasi secara lengkap, jelas, dan benar—yang dikenal dengan ketentuan kewajiban itikad baik pra Kontrak. [4]

Praktik *fraud* masih menjadi tantangan serius dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia. Penelitian oleh Sugiarti et al. (2021) mengungkapkan bahwa dari 87 dokumen rekam medis yang dianalisis, ditemukan 31,03% kode diagnosis tidak tepat, dan 26,44% klaim tarif BPJS tidak sesuai, dengan 91,30% di antaranya menunjukkan adanya peningkatan tarif yang mengindikasikan praktik *upcoding*. R Temuan ini mengarah pada potensi *fraud* yang berisiko merugikan keuangan negara, khususnya dalam sektor kesehatan [5]. Selain itu, laporan dari *Indonesia Corruption Watch (ICW)* mencatat bahwa nilai kerugian negara akibat tindak korupsi di sektor kesehatan mencapai Rp59,3 miliar pada tahun 2021. Sementara itu, Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) juga mengidentifikasi sebanyak 175.774 potensi *fraud* pada klaim rumah sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), dengan estimasi nilai kerugian negara mencapai Rp. 440 miliar sejak diberlakukannya JKN. Fakta-fakta tersebut menunjukkan perlunya perhatian serius dari pemangku kebijakan untuk melakukan evaluasi menyeluruh terhadap sistem JKN, guna mencegah kebocoran anggaran dan menjaga integritas layanan kesehatan di Indonesia [6].

Melihat data yang telah dipaparkan sebelumnya, penerapan manajemen risiko terhadap potensi *fraud* menjadi suatu keharusan yang tidak dapat diabaikan, baik di tingkat rumah sakit maupun di lingkungan BPJS Kesehatan. Seluruh pihak yang terlibat dalam pengelolaan klaim wajib melaksanakan manajemen risiko secara sistematis, terstruktur, dan terintegrasi, sehingga dapat menekan angka kejadian *fraud* secara signifikan implementasi manajemen resiko juga menjadi salah satu elemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menjadi salah satu indikator penting dalam proses akreditasi rumah sakit [7]. Berdasarkan uraian tersebut, penulis terdorong untuk mengkaji lebih dalam mengenai urgensi penerapan manajemen risiko dalam upaya pencegahan *fraud* pada sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dengan mempertimbangkan urgensi pengelolaan klaim yang efektif dalam sistem asuransi kesehatan, penelitian ini difokuskan pada analisis strategi manajemen klaim sebagai instrumen untuk menekan risiko terjadinya *fraud*. Hasil kajian diharapkan dapat memberikan kontribusi empiris dan teoretis terhadap peningkatan efektivitas pengelolaan klaim

pada BPJS Kesehatan serta memperkuat upaya pencegahan kerugian akibat praktik fraud dalam sistem asuransi kesehatan nasional.

2. METODE PENELITIAN

Strategi Pencarian Data (*Search Strategy*)

Penelitian ini menggunakan metode *systematic literature review* (SLR), yaitu suatu strategi untuk mengumpulkan, mengevaluasi, mengintegrasikan, dan menyajikan data dari berbagai penelitian tentang “Analisis Strategi Manajemen Klaim dalam Menekan Risiko *Fraud* Asuransi Kesehatan”.

Proses yang dilakukan peneliti dalam metode ini dimulai dengan mencari berbagai sumber refrensi, seleksi artikel sesuai kriteria yang telah ditetapkan, dan integrasi data yang telah didapatkan. Fokus penelitian ini adalah strategi dalam menekan terjadinya *fraud* dalam asuransi kesehatan.

Kata kunci yang digunakan dalam pencarian literatur yaitu “Manajemen Strategi, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS, Manajemen Risiko, serta, *Fraud* Asuransi Kesehatan.”

Sumber Informasi (*Information Sources*)

Proses pencarian *literature* dari penelitian ini menggunakan dua sumber database yaitu *Google Scholar* dan *Semantic Scholar*. Kedua sumber ini dipilih karena mudah diakses, dan artikel yang disediakan luas dan relevan untuk berbagai bidang.

Kriteria Eligibilitas (*Eligibility Criteria*)

Penelitian ini menerapkan beberapa kriteria inklusi dan eksklusi sehingga artikel yang akan dianalisis memiliki mutu atau relevansi yang tinggi. Kriteria inklusi yang ditetapkan pada penelitian ini antara lain: (1) literatur berasal dari jurnal ilmiah; (2) jurnal diakses dari *Google Scholar* dan *Semantic Scholar*; (3) artikel dapat diakses secara terbuka (*open access*); (4) menggunakan bahasa Indonesia atau bahasa Inggris; (5) artikel terbitan dari tahun 2021 hingga 2025; serta (6) memuat pembahasan mengenai strategi manajemen risiko dan jenis-jenis *fraud* yang terjadi dalam proses klaim BPJS Kesehatan. Sedangkan yang termasuk dalam kriteria eksklusi adalah seluruh sumber atau literatur yang tidak memenuhi poin-poin yang telah disebutkan dalam kriteria inklusi.

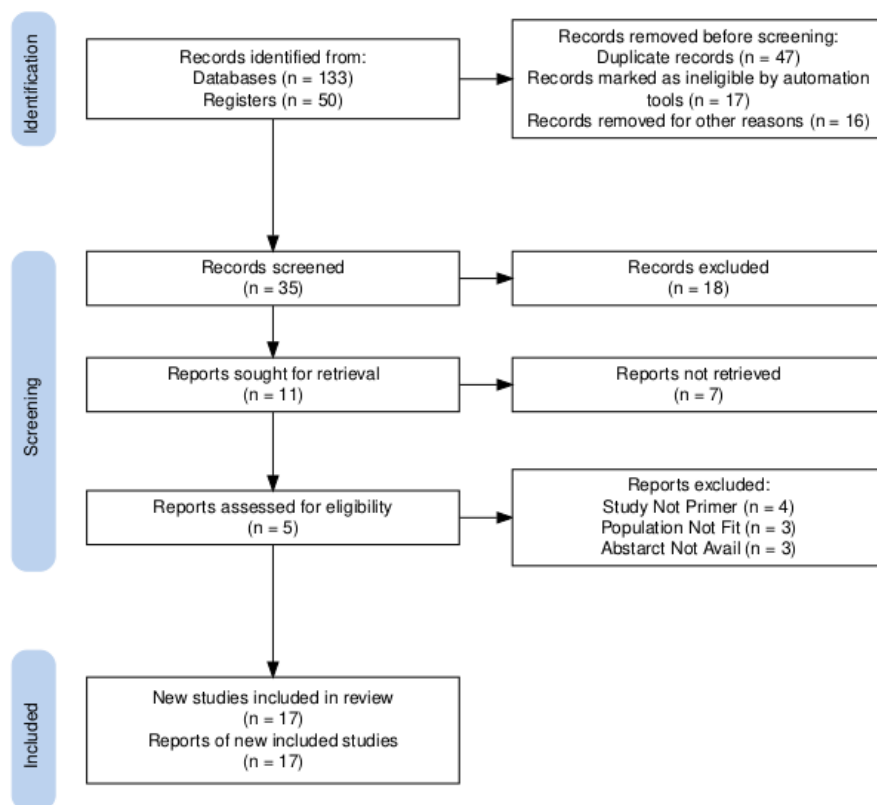
Dalam rangka membatasi ruang lingkup penelitian, peneliti mempergunakan metode PICO (Population/Problem, Intervention, Comparison, Outcomes), seperti yang tersaji pada tabel 1.

Tabel 1. Ringkasan PICO

Unsur	Keterangan
<i>Population</i>	Proses Klaim BPJS (Semua aktifitas administratif yang dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan dalam pengajuan klaim BPJS)
<i>Intervention</i>	Strategi manajemen klaim (penerapan sistem verifikasi, proses audit internal, penggunaan teknologi, dan kebijakan anti- <i>fraud</i>)
<i>Comparison</i>	Penelitian tidak membandingkan strategi tertentu (Fokus penelitian ini hanya pada analisis penerapan strategi manajemen klaim BPJS dalam konteks yang ada)
<i>Outcomes</i>	Risiko <i>fraud</i> (peneliti bermaksud mengidentifikasi risiko <i>fraud</i> yang akan terjadi dalam proses klaim BPJS serta strategi yang dapat diterapkan untuk menekan risiko tersebut)

Dalam proses seleksi literatur, peneliti menggunakan metode PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis*), sebagai kerangka kerja untuk melaksanakan tinjauan secara sistematis. Metode ini dirancang guna menjamin bahwa proses pencarian literatur dilakukan secara komprehensif, transparan, dan bebas dari bias. PRISMA memungkinkan identifikasi studi yang paling relevan dan berkualitas tinggi terkait topik penelitian, serta memfasilitasi analisis literatur secara menyeluruh dan terstruktur.

Diagram PRISMA menggambarkan secara rinci tahapan seleksi, mulai dari identifikasi awal sumber literatur, proses penyaringan, penilaian kelayakan, hingga pemilihan akhir artikel yang memenuhi kriteria inklusi. Visualisasi tersebut tidak hanya menegaskan transparansi metodologis, tetapi juga menunjukkan konsistensi dalam pemilihan literatur yang valid sebagai dasar analisis. Pendekatan ini memastikan bahwa hasil tinjauan literatur memiliki nilai ilmiah yang dapat dipertanggungjawabkan.



Gambar 1. Diagram Prisma

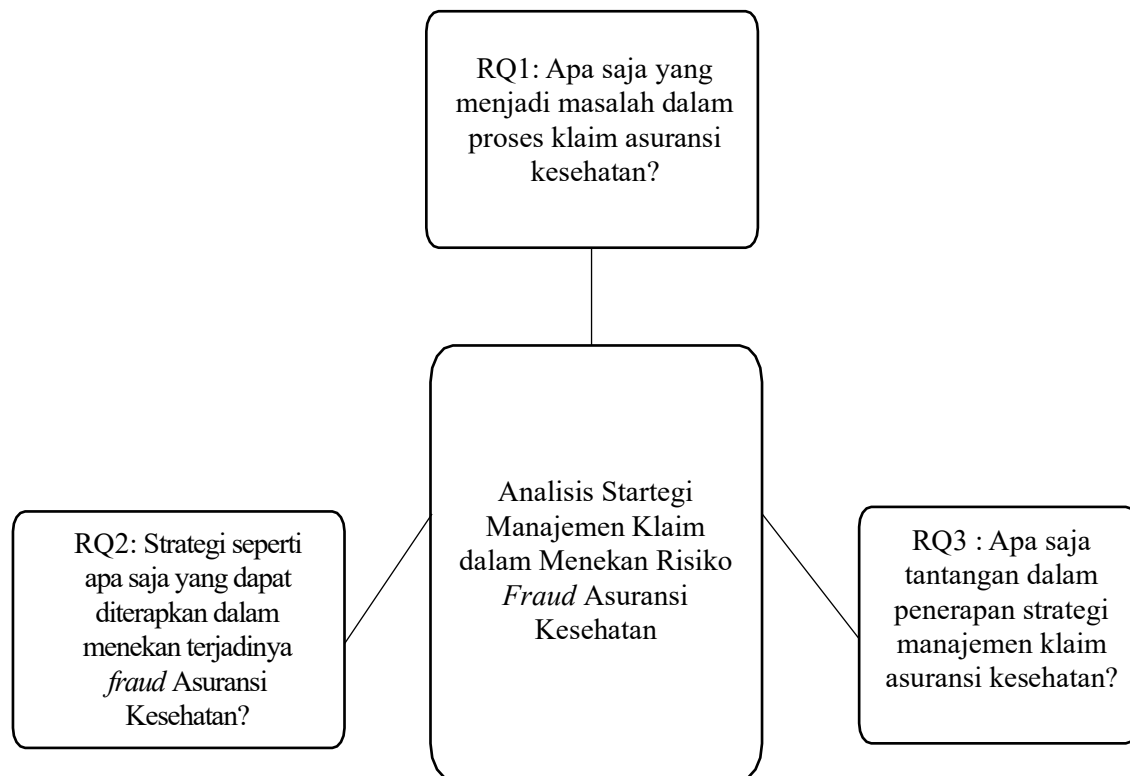
Berdasarkan alur PRISMA yang ditampilkan, proses identifikasi literatur dalam penelitian ini dimulai dari pencarian melalui database dan register yang menghasilkan total 183 dokumen. Setelah dilakukan tahap awal penyaringan, sebanyak 80 dokumen dikeluarkan karena merupakan duplikasi, tidak memenuhi kelayakan otomatis, atau alasan lain yang relevan. Tahap screening menyisakan 35 dokumen untuk ditelaah lebih lanjut, namun sebagian besar tereliminasi akibat tidak dapat diakses, tidak relevan secara populasi, atau tidak memuat abstrak yang dapat dianalisis secara metodologis. Dari proses penilaian kelayakan, tersaring 17 studi primer yang memenuhi kriteria inklusi dan dinyatakan layak untuk dianalisis dalam kajian sistematis ini. Narasi ini menggambarkan proses seleksi literatur yang ketat dan transparan, memastikan bahwa studi-studi yang dianalisis memiliki kualitas dan relevansi yang tinggi terhadap fokus penelitian..

Penilaian Kualitas dan Ekstraksi Data

Peneliti menggunakan metode penilaian kualitas atau *quality assessment* sebagai upaya penilaian bias dalam rangka mengukur tingkat kepercayaan, nilai, validasi, kredibilitas dan relevansi terhadap topik pada literatur yang digunakan. Langkah ini menjadi salah satu proses untuk

memastikan bahwa artikel yang digunakan telah memenuhi standar ilmiah dan kelayakan akan di analisis lebih lanjut.

Metode ini dibentuk dalam sebuah peta pikiran (*mind map*) untuk menggambarkan struktur pertanyaan penelitian. Penyusunan peta ini dibuat dalam bentuk gambar visual yang disajikan pada Gambar 2.



Gambar 2. Mind map

Data Sintesis

Proses data sintesis peneliti membandingkan literatur yang telah lolos seleksi atau telah memenuhi kriteria inklusi, eksklusi, dan penilaian kualitasnya. Jurnal-jurnal yang belum memenuhi kriteria tidak akan digunakan sebagai sumber literatur. Data sintesis mengacu pada tujuan penelitian yakni mendeskripsikan strategi manajemen dalam menekan *fraud* asuransi kesehatan, jenis jenis *fraud* yang sering terjadi, dan apa yang menjadi tantangan dalam implementasi strategi tersebut.

3. HASIL DAN ANALISIS

Hasil Data Penelitian

Hasil dari proses *Screening* 17 artikel yang telah memenuhi kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya, yaitu tentang strategi manajemen risiko terjadinya *fraud* dalam asuransi kesehatan .. literatur tersebut berasal dari beberapa daerah, seperti Sragen, Muntilan, dan beberapa daerah lainnya. Artikel-artikel tersebut mencakup berbagai desain penelitian, seperti kualitatif, kuantitatif, dan studi kepustakaan mendalam. Dengan beragamnya metode ini dapat memberikan nilai atau wawasan tambahan dalam metodologis penelitian. Proses yang dilakukan setelah selesai proses seleksi adalah mengevaluasi dan penilaian terhadap literatur yang telah terpilih. Hal ini bertujuan untuk memastikan dan validasi bahwa informasi yang disampaikan dalam artikel ini memiliki kualitas yang dapat memberikan kontribusi terhadap bidang ilmu yang bersangkutan.

Dengan mempertimbangkan dari beberapa aspek, hasil penelitian kualitas ini dapat meamstikan bahwa litertaur yang telah dipilih melalui proses *screening* mampu mendukung tujuan penelitian sehingga dapat menjadi landasan untuk merumuskan kesimpulan dan rekomendasi sebuah kebijakan maupun program berbasis bukti ilmiah. Dengan mempertimbangkan tiga indikator yang telah ditetapkan dengan pertanyaan penelitian (*Research Question*) penilaian ini dijalankan. Kemudian hasil penilaian tersebut disajikan dalam tabel 2

Tabel 2. Hasil Penilaian Kualitas Artikel Jurnal

No	Penulis	Tahun	Quality Assesment			H
			QA 1	QA 2	QA 3	
1	Ade Heryana	2021	Ya	Ya	Ya	Diterima
2	Julis Sam Tito.	2024	Ya	Ya	Ya	Diterima
3	Ahmad Jaeni	2024	Ya	Ya	Ya	Diterima
4	Solehhudin	2023	Ya	Ya	Ya	Diterima
5	Zulfadli Yusuf	2022	Ya	Ya	Ya	Diterima
6	Ida Sugiarti	2022	Ya	Ya	Ya	Diterima
7	Agustin Pujilestari	2023	Ya	Ya	Ya	Diterima
8	Selvi Harvia Santri	2022	Ya	Ya	Ya	Diterima
9	Irmawati Mathar	2025	Ya	Ya	Ya	Diterima
10	Jin Su Park	2021	Ya	Ya	Ya	Diterima
11	Tarukallo dkk	2025	Ya	Ya	Ya	Diterima
12	Nurfathina Syahira	2024	Ya	Ya	Ya	Diterima
13	Yeni Triutami	2024	Ya	Ya	Ya	Diterima
14	Matrochmah	2024	Ya	Ya	Ya	Diterima
15	Wawa Wardila Hasan	2021	Ya	Ya	Ya	Diterima
16	Tiwi Nabella	2024	Ya	Ya	Ya	Diterima
17	Normayanti	2024	Ya	Ya	Ya	Diterima

Hasil Analisis Data

Permasalahan dalam proses klaim asuransi kesehatan, khususnya pada sistem JKN, banyak dipicu oleh masa tunggu polis, ketidaksesuaian dokumen, dan lemahnya verifikasi administratif yang menyebabkan penolakan klaim meski risiko telah terjadi. kurangnya pemahaman konsumen terhadap kebijakan hukum dan ditambah dengan pola kontrak yang bersifat adhesif yang membuat penyedia asuransi lebih mendominasi [8]. Penerapan sistem administrasi manual yang terstandarisasi terbukti menurunkan klaim tertunda secara signifikan melalui peningkatan kelengkapan dokumen dan verifikasi internal yang lebih akurat [9].

Di sisi lain, pemanfaatan database klaim kesehatan memiliki potensi besar dalam peningkatan efisiensi analisis populasi, namun juga menyimpan risiko seperti kesalahan kode diagnosis dan minimnya informasi klinis mendalam. Validasi terhadap basis data ini menjadi krusial dalam menjamin interpretasi diagnosis yang tepat dan evaluasi layanan kesehatan yang efektif. Perbedaan formulasi manfaat serta akses yang terbatas, terutama antara penyedia layanan dan lembaga penjamin seperti NHIS dan HIRA, turut memengaruhi keadilan serta keberhasilan proses klaim secara sistemik [10].

Sebagai bentuk respon dari berbagai permasalahan yang dihadapi dalam asuransi kesehatan, sejumlah strategi sistemik telah dikembangkan guna meningkatkan akurasi administratif dan kepatuhan terhadap regulasi. Di tingkat internal, perbaikan tata kelola dimulai dari digitalisasi data melalui penerapan Rekam Medis Elektronik (RME), penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang terdokumentasi dengan baik, serta pelatihan kompetensi bagi tenaga verifikasi agar setiap dokumen klaim terjamin kelengkapannya [11]. Hal ini menjadi sangat sesuai dengan kebutuhan

pengkodean dan sesuai dengan standar ICD-10, agar klaim yang dihasilkan sesuai untuk meminimalkan risiko fraud.

Selain itu, integrasi sistem informasi antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan menjadi elemen penting dalam mendukung transparansi proses klaim. Implementasi petunjuk teknis BPJS secara tepat dan komunikasi aktif antarunit, terutama antara verifikator rumah sakit dan petugas BPJS, mampu menyelaraskan persepsi atas regulasi yang berlaku dan menghindari duplikasi maupun interpretasi yang menyimpang [12]. Penguatan dari sisi pengawasan internal juga diperlukan, misalnya dengan membentuk tim controlling yang bertugas memastikan kepatuhan prosedural, serta menyampaikan setiap pembaruan regulasi kepada unit terkait secara proaktif agar tidak terjadi kesenjangan informasi [13].

Strategi tambahan yang turut memperkuat sistem adalah penyelenggaraan rapat koordinasi dan forum diskusi antar kader, yang membuka ruang evaluasi bersama terhadap kasus-kasus klinis kompleks, sekaligus memperkaya pemahaman teknis. Pelatihan, baik internal maupun eksternal, yang diikuti oleh petugas unit casemix, menjadi sumber daya pembelajaran yang efektif. Tantangan yang krusial dalam proses verifikasi ini dikarenakan beban kerja yang tinggi dan tekanan waktu menyebabkan terjadinya kesalahan dalam pengkodean [14]. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan sistemik yang didukung oleh penguatan kapasitas sumber daya manusia secara berkelanjutan guna memastikan akurasi dan konsistensi pengkodean

Tantangan utama dalam manajemen risiko fraud asuransi kesehatan terletak pada kualitas SDM analis klaim dan rendahnya pemahaman peserta terhadap isi polis, yang dapat memicu ketidaksesuaian keputusan klaim dan sengketa administratif [15]. Strategi penguatan perlu mencakup pelatihan, edukasi publik, dan transparansi informasi guna membangun kepercayaan serta mencegah fraud secara sistemik.

Di sisi lain, pendekatan berbasis risk governance seperti ISO 31000 dan COSO menjadi landasan penting dalam penerapan sistem anti-fraud yang adaptif [16]. Namun, kelemahan koordinasi antar unit, kompleksitas organisasi, serta belum optimalnya pemanfaatan model internal menjadi penghambat implementasi strategi [17]. Karena itu, integrasi sistem informasi risiko dan dukungan SDM yang kompeten sangat diperlukan agar strategi dapat berjalan efektif dan berkelanjutan

4. KESIMPULAN

Fraud dalam sistem klaim asuransi kesehatan, khususnya pada program JKN, merupakan persoalan multidimensional yang tidak hanya berakar pada ketidaktepatan teknis verifikasi, tetapi juga menyangkut tata kelola kelembagaan, integritas data, dan kapasitas sumber daya manusia. Kajian ini menegaskan pentingnya penerapan manajemen risiko yang terintegrasi, meliputi peningkatan kompetensi petugas verifikasi, standarisasi prosedur pengkodean, serta pemanfaatan sistem informasi yang mampu mendeteksi anomali secara dini melalui pendekatan *risk-based governance*. Strategi ini perlu didukung oleh pembentukan unit pengendalian internal yang responsif dan memiliki mekanisme evaluasi berkala terhadap proses klaim, sehingga potensi fraud dapat diminimalkan secara sistemik dan berkelanjutan.

Namun, efektivitas strategi ini masih menghadapi tantangan struktural, seperti ketidakterpaduan antarunit kerja, tekanan operasional di fasilitas kesehatan, serta belum optimalnya harmonisasi kebijakan antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan penguatan sinergi lintas lembaga serta pemanfaatan data klaim secara longitudinal sebagai basis analisis prediktif terhadap risiko fraud. Sebagai tindak lanjut, penelitian mendatang disarankan untuk mengeksplorasi model deteksi berbasis machine learning yang diintegrasikan ke dalam platform verifikasi BPJS, serta mengkaji efektivitas sistem audit berbasis digital dalam memperkuat akuntabilitas proses klaim. Pendekatan ini diharapkan dapat memperluas cakupan studi dan mendukung pembangunan ekosistem asuransi kesehatan yang lebih adaptif dan transparan secara nasional



5. REFERENSI

- [1] A. Heryana, "Asuransi Kesehatan & Managed Care".
- [2] J. S. Tito, J. S. Tito, dan K. N. Siregar, "Faktor Pemicu dan Penghambat Fraud dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Strategi Pencegahannya: Sebuah Scoping Review," *J. Ekon. Kesehat. Indones.*, vol. 9, no. 2, 2024, doi: 10.7454/eki.v9i2.1124.
- [3] S. Solehuddin, "Urgensi Kriminalisasi Perbuatan Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan di Indonesia," *Interdiscip. J. Law, Soc. Sci. Humanit.*, vol. 4, no. 1, hal. 55, 2023, doi: 10.19184/idx.v4i1.39490.
- [4] A. Jaeni dan T. M. K. Astuti, "Analisa Yuridis Fraud Sebagai Kejahatan dalam Asuransi Kesehatan Komersial Menurut Perspektif Perlindungan Para Pihak," *JSIM J. Ilmu Sos. dan Pendidik.*, vol. 5, no. 5, 2024.
- [5] I. Sugianti, I. Masturoh, dan F. Fadly, "Menelusuri Potensi Fraud dalam Jaminan Kesehatan Nasional melalui Rekam Medis di Rumah Sakit Tracing Potential Fraud in National Health Insurance Through Medical Records in Hospitals," *J. Kesehat. Vokasional*, vol. 7, no. 1, hal. 43–44, 2021.
- [6] Z. Yusuf, A. Nurwanah, dan R. Sari, "Fraud pada Program Jaminan Kesehatan Nasional Perpekstif: Kompetensi Auditor Internal dengan Pendekatan Fenomenologi," *Owner*, vol. 6, no. 4, hal. 3653–3669, 2022, doi: 10.33395/owner.v6i4.1115.
- [7] A. Pujilestari, Joko Kismanto, Nella Tri Surya, Intan Nurcahyaningasih, dan Afrilia Kusumaning Tyas, "Identifikasi Risiko Manajemen di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soeratto Gemolong Sragen," *J. Heal. Educ. Lit.*, vol. 6, no. 1, hal. 58–64, 2023, doi: 10.31605/j-healt.v6i1.2891.
- [8] S. H. Santri, M. Sinambela, H. Susanti, dan I. Riau, "Refusal of Health Insurance Claim That Experienced the Policy Waiting Period," *Icmi*, vol. 3, hal. 228–238, 2022.
- [9] Irmawati Mathar dan Mertisa Dwi Klevina, "Reducing Pending Claims In Indonesia's National Health Insurance System: Evidence From A Standardized Manual Administration Intervention," *J. Ris. Rumpun Ilmu Kesehat.*, vol. 4, no. 1, hal. 473–484, 2025, doi: 10.55606/jurrikes.v4i1.4825.
- [10] J. S. Park dan C. H. Lee, "Clinical Study Using Healthcare Claims Database," *J. Rheum. Dis.*, vol. 28, no. 3, hal. 119–125, 2021, doi: 10.4078/jrd.2021.28.3.119.
- [11] N. M. S. Tarukallo, "Strategi Manajemen Penanganan Klaim Pending Bpjs Studi Kualitatif Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Di Rsud Pongtiku Toraja Utara," *Syntax Lit. ; J. Ilm. Indones.*, vol. 10, no. 5, hal. 5378–5396, 2025, doi: 10.36418/syntax-literat.v10i5.59091.
- [12] N. Syahira, D. I. Unit, C. Rumah, dan S. X. Blitar, "Strategi Optimalisasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Di Unit Casemix Rumah Sakit 'X' Blitar," *J. ARSI Adm. Rumah Sakit Indones.*, vol. 10, no. 2, 2024, doi: 10.7454/arsi.v10i2.1182.
- [13] N. M. Hastuti and R. Indriyani, "Analisis Angka Kejadian Pending Klaim JKN Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. Soeratto Gemolong," *Jurnal Manajemen Informasi dan Administrasi Kesehatan*, vol. 7, no. 2, pp. 214–221, Nov. 2024.
- [14] Y. T. Utami, W. Maryati, dan H. Ahmad, "Angka Pending Klaim Pasien Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit," *J. Ilm. Rekam Medis dan Inform. Kesehat.*, vol. 15, no. 1, hal. 30–41, 2025.
- [15] R. Ni'Matuttochmah, A. J. Rusdi, dan C. V. Alvionita, "Analisis SWOT Keakuratan Kode Diagnosis Pada Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang," *Politek. Kesehat. Kemenkes Malang*, vol. 1, no. 1, hal. 4–15, 2024.
- [16] W. W. Hasan, "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keputusan Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan PT. SGMW Motor Indonesia pada Pialang Asuransi PT. Cipta Integra Duta," *Indones. Sch. J. Med. Heal. Sci.*, vol. 1, no. 01, hal. 11–20, 2021, doi: 10.54402/isjmhs.v1i01.33.
- [17] T. Nabella, "Manajemen Risiko: Deteksi Kecurangan Melalui Strategi Anti Fraud," *Syntax Idea*, vol. 6, no. 4, hal. 1852–1862, 2024, doi: 10.46799/syntax-idea.v6i4.3194.
- [18] I. Normayanti dan Ery Agus Priyono, "Identifikasi dan Penerapan Manajemen Resiko pada Perusahaan Asuransi Umum," *Sang Pencerah J. Ilm. Univ. Muhammadiyah But.*, vol. 10, no. 2, hal. 556–564, 2024, doi: 10.35326/pencerah.v10i2.5315.