

PENDING KLAIM RUMAH SAKIT PADA BPJS KESEHATAN Studi Normatif Berbasis Penelitian Kepustakaan

Reza Khumaini¹

¹Universitas Terbuka

rezakhumaini@mail.ugm.ac.id

ABSTRACT; *Providing healthcare requires significant resources. In a situation of limited resources, efforts must focus on efficiency and equity, although this is difficult due to the trade-offs between the two. The Indonesian government launched the National Health Insurance (JKN) program in 2014. JKN only provides specialist services in hospitals. Submitting BPJS claims requires complete documentation, and claims can be classified as eligible, ineligible, or disputed. Four reasons for pending claims are incomplete documentation, inaccurate coding, lack of supporting examinations, and lack of therapeutic evidence. Implementation of laws and regulations related to the INA-CBGs tariff reference, which uses ICD-10 or ICD-9-CM diagnoses and procedures in the claims process, is often found to be inconsistent with Indonesian conditions.*

Keywords: *BPJS Kesehatan, Pending Claims, Hospitals, INA-CBGs, ICD-10, ICD-9.*

ABSTRAK; Penyediaan pelayanan kesehatan memerlukan banyak sumber daya, dalam keadaan sumber daya yang terbatas, upaya harus fokus pada efisiensi dan pemerataan, meskipun sulit karena terdapat trade-off antara keduanya. Pemerintah Indonesia mulai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada 2014. JKN hanya memberikan pelayanan spesialistik di rumah sakit. Pengajuan klaim BPJS memerlukan dokumen lengkap, dan klaim dapat berstatus layak, tidak layak, atau *dispute*. Empat penyebab pending adalah berkas tidak lengkap, *coding* kurang tepat, kurangnya pemeriksaan penunjang, dan kurangnya *eviden* terapi. Permasalahan implementasi peraturan perundang undangan terkait dengan acuan Tarif INA-CBGs dengan menggunakan diagnosis dan prosedur ICD-10 atau ICD-9-CM dalam proses klaim, sering kali ditemukan tidak sesuai penerapannya dengan kondisi di Indonesia.

Kata Kunci: BPJS Kesehatan, Pending Klaim, Rumah sakit, INA-CBGs, ICD 10, ICD 9.

PENDAHULUAN

Salah satu hal yang sangat penting dalam pertumbuhan sebuah negara adalah memiliki index kesehatan yang baik bagi warga negaranya. Oleh karena itu, setiap negara harus memiliki sistem pengelolaan dalam bidang kesehatan agar tujuan menjaga kesehatan masyarakat bisa tercapai. Sistem tersebut diatur dalam bentuk peraturan perundang-undangan yang nantinya bisa menjadi acuan hukum dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada warga negara (Takdir., 2018:1). Penyediaan pelayanan kesehatan memerlukan banyak sumber daya. Dalam keadaan sumber daya yang terbatas, upaya harus fokus pada efisiensi dan pemerataan, meskipun sulit karena terdapat trade-off antara keduanya. Keputusan investasi terkadang terlalu ekonomis tapi mengabaikan aspek sosial, atau sebaliknya, berfokus pada kesejahteraan tanpa prinsip efisiensi. (Razak A., Situmorang H. C., 2019). Perkembangan dunia kesehatan sangat cepat, mencakup penyakit, teknologi, dan fasilitas. Namun, regulasi mengenai pelayanan kesehatan belum sejalan, yang dapat menyebabkan masalah hukum terkait pasien, tenaga medis, paramedis, dan rumah sakit (Santoso A. P. A., 2022:1).

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menetapkan hak perlindungan kesehatan dan tanggung jawab negara untuk menyediakan program Jaminan Layanan Kesehatan yang adil yang di sebut dengan JKN. Pemerintah harus menjamin akses yang merata. Klaim JKN menggunakan sistem INA-CBGs, yang memerlukan dokumen lengkap untuk verifikasi oleh BPJS Kesehatan (Errisya K. M., dkk., 2024). BPJS adalah lembaga pemerintah yang menyediakan Jaminan Kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Rumah sakit mengajukan klaim biaya pelayanan kesehatan setiap bulan, dan klaim harus diajukan sebelum tanggal 10 bulan berikutnya dengan berkas lengkap. Verifikasi berkas mencakup klaim dan administrasi, dan klaim yang ditunda dapat mengganggu dana rumah sakit serta pembayaran gaji karyawan (Kurnia K. E., Mahdalena., 2022). Rumah Sakit menyediakan pelayanan kesehatan lengkap seperti rawat inap, rawat jalan, dan darurat. Pasien dibedakan menjadi pasien umum dan pasien asuransi, seperti BPJS Kesehatan, yang memerlukan klaim untuk pembayaran (Nuraini N., Lestari P. P., 2021).

INA-CBGs merupakan pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur medis untuk penentuan tarif paket pelayanan Kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional di FKTRL, dikembangkan di Malaysia oleh UNU Grouper (Universitas

Kebangsaan Malaysia) berdasarkan kondisi di Malaysia. ICD-9 dan ICD-10 dalam INA-CBGs adalah cara untuk memberi kode pada diagnosis dan prosedur yang digunakan dalam Jaminan Kesehatan Nasional atau JKN. ICD-10 dipakai untuk memberi kode pada diagnosis utama dan sekunder, sedangkan ICD-9-CM digunakan untuk memberi kode pada tindakan dan prosedur medis. Kedua sistem kode ini akan dimasukkan ke dalam sistem INA-CBGs, yaitu cara mengelompokkan pasien ke dalam kelompok yang serupa berdasarkan diagnosis dan tindakan, yang nantinya akan menentukan jumlah uang yang dibayar kepada rumah sakit. Permasalahannya pengelompokan penyakit pada ICD-10 dan ICD-9 yang dibuat oleh WHO ini banyak yang tidak relevan dengan di Indonesia.

Peningkatan kesehatan masyarakat adalah tanggung jawab semua orang dan bisa dicapai lewat layanan kesehatan yang berkualitas. Rumah sakit menawarkan layanan seperti rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat. Sejak Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dimulai pada Januari 2014, klaim biaya pengobatan bagi peserta BPJS Kesehatan harus diajukan tiap bulan secara kolektif oleh rumah sakit. Program JKN bertujuan mempermudah akses layanan kesehatan dan melindungi masyarakat. (Syahputri A. F., dkk., 2024).

Thabrary H., (2025). JKN dari perspektif UUD45 Belum Berkeadilan sosial (ekuitas) optimum, penerapan tiga kelas berpotensi diskriminasi pelayanan berbasis proksi ekonomi. Angka kematian pasien kelas III konsisten lebih tinggi, ini tidak bisa disalakan faskesnya, karna kebijakan pembedaan kelas ini pemerintah sendiri yang mengaturnya. Selain itu Tarif INA-CBGs belum adil antar kelas RS. Menurut ARSSI Tarif INA CBGs terlalu murah, Wuryanto E., Iuran JKN termasuk paling murah di dunia, tetapi ini merupakan hal yang sensitif dibicarakan politisi, karna akan jadi musuh publik (Komisi IX DPR RI., 2025, 11, Maret).

Norma hukum, menurut Hans Kalsen, adalah sistem berjenjang yang membentuk hirarki. Norma yang lebih tinggi menentukan norma yang lebih rendah dalam sistem tersebut. Kemudian muncul masalah ketika peraturan yang lebih rendah bertentangan dengan yang lebih tinggi. Secara teoritis, peraturan yang lebih tinggi seharusnya yang berlaku. Meskipun demikian, dalam hal asas legalitas, peraturan perundang-undangan yang lebih rendah tersebut tetap berlaku, kecuali dinyatakan secara eksplisit berbeda. Namun, tidak jarang sebuah peraturan perundang-undangan yang bertentangan dengan

perundang-undangan yang lebih tinggi telah atau berpotensi merugikan hak asasi warga negara (Indrati F. M., dll., 2022:8.3).

Kasus keterlambatan pembayaran klaim BPJS ke beberapa rumah sakit swasta di Jawa Tengah dan Kalimantan Timur pada tahun 2023. Beberapa rumah sakit menyatakan keberatan karena klaim yang diajukan sesuai INA-CBGs tidak mencerminkan kebutuhan medis riil, bahkan menimbulkan defisit dalam pembiayaan operasional. Situasi ini mendorong terjadinya mogok pelayanan JKN di beberapa rumah sakit swasta (Ariyanti T. A., Aisyah S., 2025).

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini menggunakan metode penelitian doctrinal (normatif) berbasis studi kepustakaan atau literature. Menurut Hartiwingsih dkk. (2022:9.26), untuk memecahkan isu hukum dan sekaligus memberikan preskripsi mengenai apa yang seyogyanya, diperlukan sumber-sumber penelitian berupa bahan-bahan hukum primer dan bahan-bahan hukum sekunder.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pemerintah Indonesia memulai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal 2014, mengikuti Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014. Di rumah sakit, JKN hanya menyediakan pelayanan kesehatan spesialistik dan subspesialistik. Oleh karena itu, pengelolaan khusus diperlukan untuk program ini. Klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan, dilakukan secara bulanan. Rumah sakit harus menyerahkan dokumen bukti untuk klaim ini. Pengajuan klaim bisa dalam bentuk hardcopy atau softcopy, dan kelengkapan dokumen sangat penting untuk pembayaran biaya layanan.

Dalam Peraturan menteri kesehatan No. 69 tahun 2013 Tentang tarif pelayanan Kesehatan program JKN tarif Indonesian case based grups yang selanjutnya disebutkan tarif INA CBG's adalah pembayaran menggunakan INA CBG's baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis dan tindakan pasien dari kode INA CBG's.

Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosis yang sesuai dengan ICD-10 atau ICD-9-CM. Proses ini menggunakan INA-

CBGs, yang mengelompokkan biaya klaim berdasarkan penyakit yang diderita. Pengodean diperlukan untuk menentukan biaya yang akan dibayar ke rumah sakit, sesuai dengan Permenkes Nomor 27 Tahun 2014. Setelah pengkodean, proses klaim dilakukan untuk memastikan biaya Jaminan Kesehatan dimanfaatkan dengan baik, yang memerlukan verifikasi klaim. Menurut Permenkes Nomor 28 Tahun 2014, verifikasi ini bertujuan untuk menguji kebenaran administrasi pelayanan yang diberikan dan memastikan biaya digunakan dengan tepat. Verifikator BPJS Kesehatan akan memeriksa dokumen klaim dan menentukan jumlah yang diajukan sebelum laporan penagihan dikirim (Maulida S. E., Djunawan A., 2022).

Setelah rumah sakit mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan, maka status klaim tersebut akan masuk kedalam salah satu kriteria berikut dibawah ini:

- 1 Status Klaim Layak; Status Klaim Layak artinya klaim telah diterima oleh sistem klaim, yang berarti klaim sudah diproses dan sesuai dengan ketentuan.
- 2 Status Klaim Tidak Layak atau Pending; Status Klaim Tidak Layak atau Pending berarti klaim belum selesai diproses karena berkas yang diajukan oleh Rumah Sakit belum lengkap.
- 3 Status Klaim Dispute; Status Klaim Dispute terjadi jika terdapat ketidaksesuaian atau ketidaksepakatan dalam hasil verifikasi klaim yang diajukan Rumah Sakit, yang berkaitan dengan pelayanan atau tindakan klinis.

M. Yahya Zaini Y. M., (2025). Terjadi pending klaim dan data yang berbeda, menurut BPJS Kesehatan pending klaim 5%, menurut ARSSI dari 241 Rumah Sakit swasta pada Oktober-Desember klaim pending lebih dari 20% (Komisi IX DPR RI., 2025, 11, Maret). Hasil temuan Maulida S. E., Djunawan A., (2022) di Surabaya, bahwa terdapat dua status klaim. Status klaim pertama mencakup 88% berkas yang layak, sedangkan status klaim kedua mencakup 12% berkas yang pending. Dari hasil perhitungan, ditemukan beberapa penyebab utama mengapa klaim BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap mengalami pending:

Terdapat empat penyebab klaim pending pelayanan rawat inap, pertama, berkas tidak lengkap menjadi prioritas utama dengan 30 berkas pending, mencapai 34%. Penyebabnya termasuk identitas pasien yang tidak lengkap, tidak adanya billing yang sesuai, dan kurangnya laporan tindakan medis. Kedua, kurang tepatnya coding menjadi

penyebab kedua dengan 29 berkas pending, 33%. Ini disebabkan oleh kurangnya Acc Recording pada ICD-9-CM atau ICD-10-CM. Ketiga, kurangnya pemeriksaan penunjang sebagai penyebab ketiga dengan 20 berkas pending, 23%. Hal ini termasuk pending pelayanan penunjang dan laporan laboratorium yang tidak sesuai. Keempat, kurangnya *eviden* terapi menjadi penyebab keempat dengan 9 berkas pending, 10%. Faktor ini mencakup pending terapi CVA dan terapi Ca.

Berkas tidak lengkap

Pertama; Diperoleh temuan bahwa ketidaklengkapan berkas klaim BPJS akan menyebabkan terjadinya pending klaim, pending klaim berdampak terhadap pelayanan rumah sakit kepada pasien, khususnya terkait masalah penyediaan kembali stok obat-obatan.

Syahputri A. F., dkk., (2024)., Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada para informan, didapatkan upaya yang dilakukan Rumah Sakit terkait masalah pengembalian berkas klaim rawat inap BPJS Kesehatan, Rumah Sakit senantiasa melakukan evaluasi untuk mengurangi kejadian ketidaklengkapan berkas klaim, dimulai dari selalu mengkomunikasikan segala masalah yang ada serta berkoordinasi dari setiap bagian yang berhubungan serta meningkatkan kinerja masing-masing bagian, mengikuti regulasi dengan baik dan juga saling mengingatkan.

Kegiatan perencanaan meliputi membuat SOP khusus dalam pengisian berkas persyaratan klaim BPJS dan peraturan seperti job description yang lebih jelas dan dibuat lebih terstruktur, selanjutnya mensosialisasikan SOP atau peraturan lainnya tersebut kesemua petugas yang menangani berkas persyaratan klaim BPJS (verifikator BPJS rumah sakit, tim dokter, tim perawat dan tim koder BPJS/rekam medis). Pada penelitian Alfiansyah (2019), menyebutkan kegiatan di dalam Rumah Sakit memerlukan manajemen yang baik untuk mengendalikan semua sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit (Errisyah K. M., dkk., 2024). Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada para informan, didapatkan hasil bahwa, dampak dari ketidaklengkapan berkas klaim BPJS adalah terjadinya pending klaim, pending klaim sendiri berdampak pada keterlambatan pembayaran jasa medik yang berdampak pada kinerja pegawai RS sehingga mempengaruhi pada kualitas pelayanan rumah sakit.

Kurang Tepatnya Coding

Kedua, kurang tepatnya coding menyebabkan ketidaksesuaian antara coding INA-CBGs dan diagnosis, sehingga klaim harus menunggu perbaikan. Proses input manual juga memperburuk masalah ini. Pada penelitian Muroli (2019) menyebutkan Masalah yang dihadapi para petugas terutama koder dan verifikator, adalah pengisian resume medis yang belum diisi lengkap oleh dokter penanggung jawab pasien atau DPJP, istilah baru yang belum familiar dan memerlukan konfirmasi DPJP untuk persamaan persepsi. Penerapan INA CBGs yang dibuat dimalaysia dan ahli-ahli disana disesuikan dengan kondisi di Malaysia, sedangkan pelasanaan teknis yang mengacu kepada ICD 10 dan ICD 9 yang di buat oleh WHO mengacu secara global dan tidak spesifik dengan kondisi di Indonesia. Tarif INA CBGs dan International Classification Diseases atau Klasifikasi Statistik Internasional Tentang Penyakit ini kemudian digunakan melalui regulasi di Indonesia tanpa mempertimbangkan penyesuaian atau revisi dengan kondisi, tingkat Kesehatan masyarakat dan penyakit yang ada di Indonesia.

Kurang Pemeriksaan Penunjang

Ketiga, Hasil penelitian Sophia (2017), keterlambatan pengajuan klaim karena belum ada kesepakatan atau persamaan persepsi antara BPJS Center Rumah Sakit, sehingga masih diperlukan dukungan surat berupa surat edaran dari BPJS Center terhadap kasus-kasus baru. Hal ini di dukung oleh temuan dari sumber di lapangan terkait kasus pending klaim yang bersumber dari perbedaan proses tata laksana medis. Sebagai contoh menurut keilmuan, epilepsy itu memiliki kriteria diagnosis kejang berulang, tetapi tanpa pencetus dan pemeriksaan EEG (elektroensefalografi) tidak diperlukan untuk sampai pada kesimpulan Epilepsi. Namun, terkait hal ini, BPJS Kesehatan akan menolak klaim pelayanan perawatan pasien epilepsy, apabila pemeriksaan EEG tidak dilakukan. Pada kasus pending klaim lainnya, untuk pasien yang mendapatkan perawatan kurang dari 3 hari, menurut BPJS Kesehatan ini akan masuk kriteria rawat jalan, walaupun Rumah Sakit telah melayani pasien secara rawat inap, dan Rumah Sakit hanya akan dibayarkan tarif klaim senilai tarif rawat jalan sesuai standar tarif INA CBGs oleh BPJS Kesehatan.

Evidence Theraphy

Keempat, kurangnya *eviden* terapi, yaitu bukti perawatan tidak dilampirkan, berpotensi mengganggu kualitas perawatan. Cahyono H dan ARSSI, untuk

kemotherapy, prosedur standar dalam keilmuan harus dilaksanakan kemo sebanyak 6 (enam) kali, tapi yang bisa diklaim ke BPJS Kesehatan hanya 4 kali. Selanjutnya ARSSI mengemukakan terkait Regulasi yang cepat berubah, sebagai contoh, BPJS mensyaratkan dari klaim Rumah Sakit, setidaknya 10% harus bersumber dari klaim ICU (*Intensif Care Unit*), selain itu pada Rumah Sakit juga di syaratkan harus memiliki 7 ventilator, kadang di Rumah Sakit daerah hanya punya 2-3 ventilator, dan bagi rumah sakit tertentu menambah ventilator akan menjadi tambahan pembiayaan yang cukup besar.

Keempat penyebab ini mempengaruhi proses klaim BPJS dan membutuhkan perhatian lebih dari petugas rumah sakit. Prasetyani N., (2025). Sering tidak dilibatkannya pemberi layanan dalam Menyusun aturan, tumpeng tindih regulasi dengan regulasi lainnya menyebabkan permasalahan dikemudian hari pada tahap pelaksanaan suatu perundang-undangan (Komisi IX DPR RI., 2025, 11, Maret).

KESIMPULAN

Pemerintah Indonesia meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal 2014 yang diatur oleh Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014. Program ini hanya mencakup pelayanan kesehatan spesialis dan memerlukan pengelolaan yang khusus di Rumah Sakit. Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No. 69 tahun 2013, pembayaran menggunakan tarif INA CBG's tidak merinci tagihan, melainkan berdasar diagnosis dan tindakan pasien. Pengajuan klaim harus disertai resume medis sesuai dengan ICD-10 atau ICD-9-CM dan memerlukan pengodean untuk menentukan biaya yang akan dibayarkan. Proses klaim juga harus melalui verifikasi untuk menguji kebenaran administrasi pelayanan. Tarif INA-CBGs dengan menggunakan diagnosis dan prosedur ICD-10 atau ICD-9-CM dalam proses klaim yang sering kali ditemukan tidak sesuai penerapannya dengan kondisi di Indonesia.

Problematika perundang-undangan yang disusun di Indonesia, sering kali dalam pelaksanaannya menyebabkan lebih banyak waktu yang dibutuhkan untuk mengurus administrasi dibandingkan ke bidang teknis yang menjadi keahlian dan fokus utama mereka, dalam hal ini para medis dan tenaga medis pada Rumah Sakit, dimana tugas utama mereka seharusnya lebih fokus untuk melayani pasien. Kasus seperti ini juga sudah terjadi pada UU No.14/2005 Tentang Guru dan Dosen dimana banyak tugas administrasi yang harus diselesaikan selain fungsi utama mereka.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariyanti T. A., Aisyah S., (2025). Konflik Norma UU BPJS 2011 Dengan UU SJSN 2004 Dalam Sistem Jaminan Sosial. *Jurnal Hukum dan Etika Kesehatan*, 5(1). 88-102. E-ISSN : 2798-043X. DOI : 1030649/jhek.v5i1.254.
- Errisya K. M., Purba R. M., Khofipah S., Gurning P. F., (2024). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia*, 9(1). 321-327.
- Hartiwingsih, Karjoko L., Soehartono, (2022). *Metode Penelitian Hukum*. Edisi Kedua ; Cetakan keenam. Universitas Terbuka, Tangerang Selatan.
- Indrati F. M., dll., (2022). *Teori Perundang-Undangan*. Edisi kedua ; Cetakan Kesembilan. Universitas Terbuka. Tangerang Selatan.
- Komisi IX DPR RI., (2025, 11, Maret). *RDPU Dengan Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI), Permasalah Mengenai Pelayanan JKN di Fasilitas Kesehatan*.
- <https://www.youtube.com/live/HwbCHqkZUuI?si=uL5JybabAMmvoKd>.
- Kurnia K. E., Mahdalena., (2022). Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X Periode Triwulan I Tahun 2022. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKesNas)*. 173-177.
- Maulida S. E., Djunawan A., (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia* 21(6). 375-379. DOI : 10.14710/mkmi.21.6.374-379
- Muroli, C.J., Rahardjo, T.B. W., & Kodyat,A.G. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap Oleh BPJS Di RS AB Harapan Kita Jakarta Barat Tahun 2019. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MRSI)*, 4(2),191–197.
- Nuraini N., Lestari P. P., (2021). Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim Rawat Inap ke Verifikator BPJS Kesehatan di RSUD Genteng Banyuwangi. *Jurnal Kesehatan*, 9(3). 140-149. P-ISSN : 2354-5852 | E-ISSN 2579-5783.
<https://doi.org/10.25047/j-kes. v9i3>.
- Razak A., Situmorang H. C., (2019). *Sketsa Politik Jaminan Kesehatan Nasional*. Cetakan Pertama. Deepublish. Sleman.

- Santoso A. P. A., (2022). *Hukum Kesehatan (Pengantar Program Studi Sarjana Hukum)*. Pustaka Baru Press. Bantul. ISBN : 978-602-376-677-2.
- Sophia dan E.S. Darmawan., (2017). Analisis Keterlambatan Pengajuan Klaim Kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Pada Rumkital Dr. Mintohardjo, DKI Jakarta. *Jurnal Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20(3):83–8.
- Syahputri A. F., Khairani K., Gurning P. F., (2024). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit X di Kota Medan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(3). 339-355. P-ISSN 2338-6347 E-ISSN 2580-992X.
- Takdir., (2018). *Pengantar Hukum Kesehatan*. Cetakan I, Lembaga Penerbit Kampus IAIN Palopo. Palopo.
- Thabrany H., (2025). *Trisula JKN: Mengapa dan Tantangan Bagi RS Swasta*. Webinar PERSANA. https://youtu.be/W69L5WDmX0E?si=_xDYAAogkSOumojM.