

ANALISIS PENYEBAB *PENDING* KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT JALAN DI RSUD WELAS ASIH BANDUNG

Ilham Alvin Subastian^{1*}, Sapta Lestariyowidodo², Matocari Soelistijaningroem³

D3 Rekam Medis Informasi Kesehatan, Politeknik TEDC Bandung^{1,2,3}

*Corresponding Author : ilham.alvin715@gmail.com

ABSTRAK

RSUD Welas Asih Bandung merupakan rumah sakit provider Badan Penyelenggara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS), di mana pada implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) masih terdapat masalah-masalah terutama terkait *pending* klaim seperti adanya *miss* komunikasi, kurangnya kerja sama/komitmen (disposisi) petugas dalam menjalankan peraturan sehingga berdampak pada kelancaran klaim/besaran klaim yang dapat merugikan rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk menggali secara mendalam penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan di RSUD Welas Asih Bandung serta upaya yang dilakukan rumah sakit dan BPJS Kesehatan dalam mengatasinya. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi melalui wawancara mendalam kepada informan terkait. Hasil penelitian menunjukkan bahwa prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Welas Asih Bandung telah berjalan sesuai Standar Operasional Prosedur. Namun, masih ditemukan kendala *pending* klaim yang disebabkan oleh tiga aspek utama, yaitu aspek medis (resume medis tidak lengkap, ketidaksesuaian diagnosis dan tindakan, serta kurangnya justifikasi medis), aspek koding (kesalahan kode ICD-10/ICD-9, *overcoding* atau *undercoding*, serta kesalahan grouping INA-CBGs), dan aspek administrasi (kelengkapan berkas tidak terpenuhi, keterlambatan input data, ketidaksesuaian identitas, dan keterlambatan pengajuan klaim). *Pending* klaim berdampak pada *cashflow* rumah sakit, menghambat pembayaran operasional dan gaji pegawai, serta menurunkan kualitas pelayanan kesehatan. Upaya yang dilakukan rumah sakit untuk mengatasi permasalahan ini adalah dengan meningkatkan koordinasi antar bagian, melakukan evaluasi rutin, dan memperkuat manajemen klaim.

Kata kunci : BPJS Kesehatan, *pending* klaim, rawat jalan

ABSTRACT

RSUD Welas Asih Bandung is a BPJS provider hospital, where in the implementation of the JKN policy there are still problems, especially related to pending claims such as miscommunication, lack of cooperation/commitment (disposition) of officers in implementing regulations, which has an impact on the smoothness of claims/the amount of claims that can be detrimental to the hospital. This study aims to explore in depth the causes of pending BPJS Kesehatan claims for outpatient services at Welas Asih Regional Hospital, Bandung, and the efforts made by the hospital and BPJS Kesehatan to address them. The results indicate that the BPJS Kesehatan claim submission procedure at Welas Asih Regional Hospital, Bandung, has been carried out in accordance with Standard Operating Procedures. However, pending claims are still hampered by three main issues: medical (incomplete medical resumes, mismatched diagnoses and procedures, and lack of medical justification), coding (ICD-10/ICD-9 coding errors, *overcoding* or *undercoding*, and INA-CBG grouping errors), and administrative (incomplete files, delayed data entry, identity discrepancies, and delayed claim submissions). Pending claims impact hospital cash flow, hinder operational and employee salary payments, and reduce the quality of healthcare services. Hospitals address these issues by improving coordination between departments, conducting regular evaluations, and strengthening claims management..

Keywords : BPJS Health, outpatient, pending claims

PENDAHULUAN

Undang undang nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan,Pelayanan Kesehatan Adalah sega bentuk kekgiatan dan serangkaian kegiatan pelayanan yang diberika secara langsung

kepada perseorangan atau Masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan Masyarakat dalam bentuk promotive, preventif, kuratif, rehabilitative, dan paliatif. Upaya Kesehatan dalam segala bentuk kegiatan dan serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan Masyarakat dalam bentuk promotive, preventif kuratif, rehabilitatif dan paliatif oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan Masyarakat. Dalam Permenkes No 51 Tahun 2018 tentang Pengenaan Urun Biaya Dan Selisih Biaya Dalam Program Jaminan Kesehatan, untuk meningkatkan kualitas dan kesinambungan program jaminan kesehatan, perlu memberikan acuan dalam pengenaan urun biaya dan selisih biaya sebagai bagian upaya kendali mutu dan kendali biaya serta pencegahan penyalahgunaan pelayanan di fasilitas Kesehatan.

Pada pelaksanaan klaim JKN proses administrasi *klaim* dilakukan dengan menggunakan system (*Indonesian-Case Based Groups*) INA-CBGs. Dimana dilakukan pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita. Pola pembayaran dengan INA-CBGs yang diselenggarakan BPJS Kesehatan harus melalui tahap verifikasi berkas. Klaim yang diajukan oleh fasilitas Kesehatan lebih dahulu diajukan oleh fasilitas Kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS yang bertujuan menguji kebenaran administrasi untuk dipertanggungjawabkan untuk menjaga mutu pelayanan dan efisien biaya pelayanan Kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Klaim BPJS merupakan pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Untuk mendapatkan biaya ini, pihak rumah sakit wajib menyerahkan dokumen bukti sebagai syarat pengajuan klaim. Kelengkapan dokumen pengajuan klaim JKN merupakan hal yang sangat penting untuk kelancaran proses penggantian biaya pelayanan. Kelengkapan dokumen klaim JKN dapat dipengaruhi oleh kelengkapan persyaratan yang berasal dari peserta (seperti fotocopy KTP, fotocopy kartu BPJS) atau dari asuhan medis (seperti resume pasien, laporan penunjang, laporan individu pasien).

Menurut Permenkes Nomor 28 tahun 2014, kelengkapan berkas pada pasien rawat inap meliputi kelengkapan informasi rekam medis yang harus dilengkapi serta ditanda tangani oleh dokter penanggung jawab. Pelayanan kesehatan yang tidak sesuai seringkali disebabkan karena ketidaksesuaian antar lembar klaim dan resume medis seperti kode diagnosis dan Tindakan tidak sesuai dengan ICD-10 dan ICD 9 CM. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Welas Asih Bandung pada bulan Juli 2025 dan dilakukan peninjauan Kembali pada Agustus 2025, peneliti menemukan masalah di bagian administrasi BPJS terkait pengajuan berkas klaim asuransi BPJS Kesehatan yang dikembalikan untuk direvisi selama periode bulan Oktober 2024 jumlah klaim yang diajukan pada rawat jalan dan berkas yang direvisi oleh RSUD Welas Asih Bandung ditemukan ada 3.318 jumlah klaim yang diajukan pada rawat jalan dan berkas yang telah direvisi oleh RSUD Welas Asih Bandung yang terdiri dari 2.753. Hal ini karena adanya persyaratan yang belum lengkap atau terdapat resume medis yang belum lengkap, kesalahan pengkodean atau koding yang tidak sesuai dengan resume medis, sehingga pihak verifikator BPJS harus terlebih dahulu mengembalikan berkas persyaratan klaim kepada petugas verifikator yang berada di rumah sakit atau dokter yang merawat pasien untuk memintakan kelengkapan pengisian dokumen persyaratan tersebut.

Kelengkapan pengisian berkas yang menyebabkan *pending* klaim BPJS Kesehatan menjadi masalah di RSUD Welas Asih Bandung menyebabkan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan ke Rumah Sakit terlambat dan merugikan keuangan Rumah Sakit serta mengakibatkan keterlambatan pembayaran jasa medis dokter serta jasa pelayanan tenaga Kesehatan lainnya yang dikhawatirkan akan mempengaruhi kegiatan pelayanan dan pembiayaan di RSUD Welas Asih Bandung oleh karena itu penyebab klaim tidak dapat diproses perlu dianalisis, diidentifikasi, dan diperbaiki sehingga peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian mengenai Analisis Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Pasien

Rawat jalan di RSUD Welas Asih Bandung. Tujuan penelitian untuk mengetahui mengapa berkas persyaratan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan di RSUD Welas Asih Bandung terjadi *pending*.

METODE

Penelitian ini dilakukan dengan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang bertujuan agar dapat menggambarkan makna pengalaman subjek pada fenomena yang diteliti, supaya dapat menggali lebih dalam mengenai penyebab pengembalian berkas klaim BPJS rawat jalan sehingga dapat menurunkan Tingkat *unclaimed* berkas BPJS rawat jalan di RSUD Welas Asih Bandung.

HASIL

Pelaksanaan Prosedur Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Jalan RSUD Welas Asih Bandung

Berdasarkan hasil penelitian dengan menggunakan wawancara mendalam kepada informan didapatkan bahwa para informan mengerti proses pelaksanaan prosedur administrasi klaim BPJS pelayanan rawat Jalan, dan juga didapati bahwa prosedur administrasi klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat Jalan di RSUD Welas Asih Bandung berjalan sesuai Standar Operasional Prosedur yang ada. Seluruh informan mengetahui prosedur proses administrasi klaim BPJS, yakni dimulai dari tempat pendaftaran, lanjut ke dokter penanggung jawab pasien rekapitulasi rekam medik dilanjutkan proses billing, selanjutnya diperiksa oleh verifikator, lalu instalasi JKN menerima berkas klaim Rawat Jalan melalui App KUAB Taktis, verifikasi kelengkapan administrasi klaim/entry dan koding di INA-CBGs, selanjutnya download data berkas lalu menggabungkan LIP(Laporan Induk Pasien) yang didownload dari e-klaim / INA-CBGs sebagai data pengajuan klaim.

Penyebab *Pending* Klaim BPJS di RSUD Welas Asih Bandung

Penyebab *pending* klaim di RSUD Welas Asih Bandung dapat dikategorikan ke dalam tiga aspek utama, yaitu aspek medis, aspek koding, dan aspek administrasi. Dari **aspek medis**, *pending* sering kali terjadi karena resume medis tidak lengkap, misalnya tidak dicantumkan diagnosis utama maupun diagnosis sekunder, tindakan yang telah dilakukan, serta hasil pemeriksaan penunjang. Selain itu, adanya ketidaksesuaian antara diagnosis dengan tindakan medis juga dapat menimbulkan *pending*, misalnya ketika tindakan yang dilakukan cukup kompleks tetapi diagnosis yang tercatat tidak mendukung. Dokumentasi klinis yang tidak konsisten, baik antara catatan rekam medis, resume medis, maupun laporan operasi, turut menjadi faktor penyebab. Hal lain yang sering ditemukan adalah kurangnya justifikasi medis dari diagnosis yang dipilih, misalnya diagnosis pneumonia yang tidak dilengkapi hasil pemeriksaan penunjang seperti foto toraks atau laboratorium.

Selanjutnya, dari aspek koding, *pending* dapat disebabkan oleh kesalahan dalam pemberian kode diagnosis maupun tindakan. Hal ini bisa berupa pemilihan kode ICD-10 atau ICD-9-CM yang tidak tepat, penggunaan kode yang tidak sesuai dengan resume medis, serta terjadinya overcoding (pemberian kode berlebihan) atau undercoding (kode yang seharusnya ada tetapi tidak dicantumkan). Kesalahan koding tersebut sering kali berimplikasi pada proses grouping dalam sistem INA-CBGs, sehingga kelompok tarif yang dihasilkan tidak sesuai dengan kasus sebenarnya dan klaim pun ditolak atau tertunda. Sementara itu, dari **aspek administrasi**, *pending* klaim banyak disebabkan oleh kelengkapan berkas yang tidak terpenuhi, seperti absennya dokumen pendukung klaim yang diwajibkan BPJS. Selain itu, keterlambatan dalam input data ke dalam aplikasi INA-CBGs, ketidaksesuaian identitas pasien

antara KTP, kartu BPJS, dan data pada sistem rumah sakit, serta tidak dilampirkannya dokumen wajib seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), surat kontrol, atau dokumen rujukan menjadi kendala administratif yang sering muncul. Tidak jarang pula keterlambatan pengajuan klaim ke BPJS melewati batas waktu yang telah ditentukan, sehingga klaim menjadi pending.

Dampak Dari *Pending* Klaim BPJS di RSUD Welas Asih Bandung

Dari hasil penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam kepada para informan, didapatkan hasil bahwa, pembayaran yang ditunda yang harusnya dibayarnya di tahap pertama uang diterima ditahap pertama ,dikarenakan ada pending sehingga pembayaran dibayar nanti di bulan bulan berikutnya, dampaknya berepengaruh terhadap cashflow rumah sakit pendapatan rumah sakit jadi terhambat yang seharusnya terbayarkan di tahap pertama tetapi dikarenakan *dipending* dahulu pertama butuh effort Kembali dua kali pengerjaan dikarenakan adanya revisi klaim , kedua uang yang diterima rumah sakit jadi terhambat seperti obat harus dibayar,gaji pegawai harus dibayar.

Penundaan pembayaran klaim memberatkan pihak RS yang membutuhkan dana untuk operasional dan kompensasi pegawai setiap bulan. Keterlambatan pembayaran oleh BPJS minima 2 bulan setelah pengajuan klaim oleh pihak RS sangat mengganggu cash flow yang berdampak pada kualitas pelayanan. Keterlambatan bayar hingga berbulan-bulan mengakibatkan ruang fisikal untuk kegiatan operasional mnejadi terbatas. Rumah sakit harus mengurus sendiri skema pembiayaan melalui pihak ketiga, yakni perbankan dan sangat membebani RS.

Upaya Dari Rumah Sakit Terkait Masalah *Pending* Klaim BPJS Kesehatan

Dari hasil penelitian yang dilakuka dengan cara wawancara mendalam kepada para informan , didapatkan uoaya yang dilakukan Rumah Sakit terkait masalah pengembalian berkas revisi klaim rawat jalan BPJS Kesehatan, Rumah Sakit senenatiasa melakukan evaluasi untuk mengurangi kejadian ketidak lengkapan berkas klaim maupun kesalah koding, dimulai dari selalu mengkomunikasikan segala masalah yang ada serta berkoodinasi dari setiap bagian yang berhubungan serta saling mengingatkan. Pelaksanaan klaim yang tepat terhadap keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah sakit di era JKN sangatlah penting. Sangat diperlukan sebuah pengelolaan yang baik dari setiap penyelenggara pelayanan tersebut. Pengelolaan yang baik selalu dilakukan dengan sebuah perencanaan yang baik setiap penyelenggara pelayanan tersebut. Pengelolaan yang baik selalu dilakukan dengan sebuah perencanaan yang baik. Dalam mencapai sebuah sasaran (proses klaim yang baik) dapat menggunakan planning (Perencanaan), organization (Organisasi), actuating (Pelaksanaan), dan controling (Pengawasan) melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Berdasarkan pendapat tersebut sebetulnya 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. Salah satunya manajemen dibutuhkan dalam mengatur semua kegiatan untuk proses era BPJS Kesehatan.

Upaya Dari BPJS Kesehatan Terkait Masalah *Pending* Klaim BPJS Kesehatan

Hasil wawancara mendalam dengan para informan menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan telah menerapkan berbagai strategi sistematis dalam menangani permasalahan klaim yang masuk status pending. Langkah pertama yang dilakukan adalah penyelenggaraan sosialisasi berkelanjutan mengenai regulasi BPJS Kesehatan, mencakup aturan lama maupun yang terbaru. Selanjutnya, BPJS Kesehatan aktif melakukan konfirmasi dan koordinasi intensif dengan pihak rumah sakit apabila muncul perbedaan persepsi dalam penanganan klaim. Selain itu, terdapat mekanisme evaluasi berkala terhadap pelaksanaan program klaim di fasilitas kesehatan, guna memastikan keselarasan dengan ketentuan resmi. Semua upaya tersebut

dilaksanakan berlandaskan pedoman ketat, termasuk Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan dalam Program JKN serta panduan INA-CBGs yang merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 dan perbaikan berkelanjutan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016, yang menjadi acuan dalam pelaksanaan klaim sesuai kaidah ICD-10 dan ICD-9. Dengan demikian, pendekatan BPJS Kesehatan menyatukan sosialisasi, kolaborasi, dan evaluasi.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pending klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat jalan di RSUD Welas Asih Bandung terutama disebabkan oleh tiga faktor utama, yakni aspek medis, aspek koding, dan aspek administrasi. Pada aspek medis, hambatan terjadi akibat ketidaklengkapan resume medis, ketidaksesuaian diagnosis dengan tindakan, serta lemahnya justifikasi medis. Dari sisi koding, ditemukan kesalahan dalam pemilihan kode ICD-10/ICD-9, overcoding maupun undercoding, serta kesalahan grouping INA-CBGs. Sementara itu, aspek administrasi meliputi ketidaklengkapan berkas, keterlambatan input data ke sistem, ketidaksesuaian identitas pasien, dan keterlambatan pengajuan klaim ke BPJS. Dampak dari pending klaim ini signifikan terhadap arus kas rumah sakit, karena menghambat pembayaran operasional dan gaji pegawai, bahkan berpotensi menurunkan mutu pelayanan kesehatan.

Temuan ini didukung oleh hasil wawancara dengan informan yang menyatakan bahwa meskipun prosedur klaim telah dijalankan sesuai SOP, hambatan teknis dan administratif masih sering terjadi di lapangan. Kondisi ini konsisten dengan penelitian sebelumnya oleh Ayu Putri dkk. (2019) serta Noviatry (2016) yang menemukan bahwa keterlambatan atau penolakan klaim BPJS banyak dipengaruhi oleh kelengkapan berkas medis dan administrasi. Selain itu, Aditama dkk. (2019) juga menegaskan bahwa kesalahan koding merupakan salah satu penyebab dominan pending klaim di berbagai fasilitas kesehatan. Kesamaan hasil ini menunjukkan bahwa permasalahan pending klaim bersifat umum di berbagai rumah sakit di Indonesia, bukan hanya di RSUD Welas Asih Bandung. Penelitian ini memberikan kontribusi penting bagi pengembangan manajemen klaim BPJS di rumah sakit dengan menyoroti kebutuhan pelatihan berkelanjutan bagi petugas koding, perbaikan sistem monitoring administrasi klaim, serta peningkatan disiplin dalam pendokumentasian medis.

Dengan demikian, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan dalam perumusan strategi perbaikan manajemen klaim, tidak hanya di RSUD Welas Asih Bandung, tetapi juga di fasilitas kesehatan lainnya, guna menjaga keberlanjutan pembiayaan dan mutu pelayanan di era JKN (Ayu Putri et al., 2019; Noviatry, 2016; Aditama et al., 2019).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa prosedur pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat jalan di RSUD Welas Asih Bandung telah dilaksanakan sesuai dengan SOP yang berlaku. Namun demikian, permasalahan pending klaim masih terjadi dengan penyebab utama berasal dari aspek medis, aspek koding, dan aspek administrasi. Aspek medis mencakup ketidaklengkapan resume medis, ketidaksesuaian diagnosis dan tindakan, serta lemahnya justifikasi medis. Aspek koding meliputi kesalahan dalam pemilihan kode ICD-10/ICD-9, overcoding, undercoding, dan kesalahan grouping. Sementara itu, aspek administrasi terkait dengan berkas klaim yang tidak lengkap, keterlambatan input data, ketidaksesuaian identitas, serta keterlambatan pengajuan klaim. Dampak dari pending klaim sangat signifikan terhadap cashflow rumah sakit, karena menunda penerimaan pembayaran klaim yang berimbas pada operasional rumah sakit, pembayaran obat, hingga gaji pegawai.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, RSUD Welas Asih Bandung melakukan berbagai upaya, antara lain evaluasi berkala, peningkatan koordinasi antar unit, serta perbaikan dalam manajemen klaim. Sementara itu, BPJS Kesehatan mendukung melalui sosialisasi regulasi, koordinasi dengan pihak rumah sakit, serta evaluasi rutin berlandaskan pedoman resmi dari Kementerian Kesehatan. Dengan adanya sinergi antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan, diharapkan angka pending klaim dapat diminimalkan sehingga kualitas pelayanan kesehatan di era JKN tetap terjaga.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terimakasih kepada dosen pembimbing dan seluruh staf RSUD Welas Asih Bandung yang telah mendukung proses penelitian ini. Juga kepada Politeknik Tecd Bandung atas dukungan administratif dan akademik

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama . H., dkk (2019). Ketidak Lengkapan Berkas Klaim Bpjs Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijaumedan 2018 (Studi kasus pada Petugas Klaim BPJS). *Faculty of Public Health*.
- Ayu Putri NK, K. K. (2019). Analisis Faktor-Faktor penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di RSUD Dr.R Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. *J Manaj Kesehatan*.
- B., A. A. (2018). Analisis Faktor yang Berpengaruh Terhadap Ketidaktepatan Waktu Pengembalian Berkas Rekam Medis Rawat Inap di RS X Bogor. *J Vokasi Indonesia*.
- Chairunnisa, E., Kusumastuti, A.C., & Panunggal, B. (2018). *Asupan Vitamin D, Kalsium dan Fosfor pada Anak Stunting dan Tidak Stunting Usia 12-24 Bulan di Kota Semarang*. Universitas Diponegoro, Semarang.
- Dewi, Devillya Puspita. (2018). Substitusi Tepung Daun Kelor (*Moringa Oleifera* L.) pada Cookies Terhadap Sifat Fisik, Sifat Organoleptik, Kadar Proksimat, dan Kadar Fe. *Jurnal Ilmu Gizi Indonesia*, 1(2): 104-112
- Dianti, R., Simanjuntak, B.Y., W, T.W. (2023). Formulasi Nugget Ikan Gaguk (*Arius Thalassinus*) dengan Penambahan Tepung Daun Kelor (*Moringa Oleifera*). *Jurnal Media Gizi Indonesia*, 18(2): 157-163. <https://doi.org/10.20473/mgi.v18i2.157-163>
- Fahliani, N., & Septiani. (2020). Pengaruh Substitusi Tepung Daun Kelor (*Moringa oleifera* Lam.) Terhadap Sifat Organoleptik dan Kadar Kalsium *Snack Bar*. *Jurnal Gizi dan Pangan Soedirman*, 4(2): 216-228. <https://jos.unsoed.ac.id/index.php/jgpps>
- Firdanti E., et al. (2021). Permasalahan Stunting pada Anak di Kabupaten yang Ada di Jawa Barat. *Jurnal Kesehatan Indra Husada*, hlm, 126-133. <https://ojs.stikesindramayu.ac.id/index.php/JKIH/article/view/333>
- Hardiansyah, M., & Supriasa, I.D.N. (2016). *Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Heluq, D.Z., & Mundiastuti, L. (2018). Daya Terima dan Zat Gizi *Pancake* Substitusi Kacang Merah (*Phaseolus Vulgaris* L) dan Daun Kelor (*Moringa Oleifera*) sebagai Alternatif Jajanan Anak Sekolah. *Jurnal Media Gizi Indonesia*, 13(2): 133-140. <https://doi.org/10.20473/mg.v13i2.133-140>
- Istiqomah, Finda. (2020). *Pengaruh Substitusi Wijen Giling (Sesamum Indicum), Putih Telur dan Susu Skim Terhadap Mutu Organoleptik, Daya Terima, Kandungan Gizi dan Nilai Ekonomi Gizi pada Es Krim*. Universitas Airlangga, Surabaya.
- Krisnadi, A.D. (2015). *Kelor Super Nutrisi*. Blora: Morindo Moringa Indonesia.

- Letlora, J.A.S., Sineke, J., & Purba, R.B. (2020). Bubuk Daun Kelor sebagai Formula Makanan Balita Stunting. *Jurnal GIZIDO*, 12(2): 105-112. <https://ejurnal.poltekkkes-manado.ac.id/index.php/gizi/article/download/1256/877>
- Margawati, A., & Astuti, A.M. (2018). Pengetahuan Ibu, Pola Makan dan Status Gizi pada Anak Stunting Usia 1-5 Tahun di Kelurahan Bangetayu, Kecamatan Genuk, Semarang. *Jurnal Gizi Indonesia*, 6(2): 82-89. <https://doi.org/10.14710/jgl.6.2.82-89>
- Muliawati, D., Sulistyawati, N., & Utami, F.S. (2019). Manfaat Ekstrak *Moringa Oleifera* Terhadap Peningkatan Tinggi Badan Balita. *Prosiding Seminar Nasional: Pertemuan Ilmiah Tahunan Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta*, 1(1): 46-55. <http://jurnal.poltekkkesjogja.ac.id/index.php/PSN/article/view/371>
- Mulyasari, I., & Setiana, D.A. (2016). Faktor Risiko Stunting pada Balita. *Jurnal Gizi dan Kesehatan*, 8(20): 160-167
- Noviatri LW, S. (2016). Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho. *J Kesehatan Voaksional*.
- RI, P. (2018). Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2018 Tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Dalam Program Jaminan Kesehatan Director. PERMENKES RI.
- RI, P. (2020). Perpres Nomor 64 Tahun 2020 tentang Jaminan Kesehatan . Perpres RI.