



EVALUASI SISTEM CASEMIX DALAM PROSES KLAIM BPJS: STUDI KUALITATIF DI RS PARU ARIOWIRAWAN SALATIGA

Nenny Oktarina¹✉, Sinta Novratilova²

^{1,2}Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan, Politeknik Indonusa Surakarta
24.nenny.oktarina@poltekindonusa.ac.id

Abstrak

Pengelolaan klaim BPJS rawat inap menjadi tantangan utama dalam penerapan sistem pembiayaan berbasis Casemix (INA-CBG's) di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi proses klaim BPJS di RS Paru Ario Wirawan Salatiga, dengan fokus pada kendala teknis, integrasi sistem informasi, kelengkapan dokumen pendukung, serta peran case manager. Penelitian menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif melalui wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumentasi terhadap lima informan kunci yang dipilih secara purposive dari unit Casemix, SIMRS, dan manajemen pelayanan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa koneksi internet yang tidak stabil, belum optimalnya integrasi SIMRS dengan aplikasi e-Klaim, serta proses pemindaian manual merupakan hambatan utama dalam pengajuan klaim. Selain itu, ditemukan ketidak lengkapannya dokumen pendukung seperti form diagnosis, hasil penunjang dari luar, dan resume medis, yang berdampak pada klaim pending. Peran case manager dalam monitoring biaya belum berjalan maksimal karena keterlibatan yang terbatas sejak awal pelayanan. Penelitian ini merekomendasikan penguatan infrastruktur digital, optimalisasi bridging SIMRS, pelatihan SDM, dan penyusunan SOP dokumen pendukung sebagai strategi untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi proses klaim BPJS di rumah sakit vertikal.

Kata Kunci: *klaim BPJS; Casemix; SIMRS; case manager; dokumen pendukung.*

Abstract

Inpatient BPJS (National Health Insurance) claim management remains a major challenge in implementing the Casemix-based payment system (INA-CBG's) in hospitals. This study aims to evaluate the BPJS claim process at Paru Ario Wirawan Hospital in Salatiga, focusing on technical constraints, health information system integration, supporting document completeness, and the role of case managers. A descriptive qualitative method was employed using in-depth interviews, observations, and document reviews with five purposively selected key informants from the Casemix, SIMRS, and service management units. The findings reveal that unstable internet connection, suboptimal SIMRS–e-Claim integration, and manual document scanning are the main obstacles to claim submission. In addition, incomplete supporting documents—such as diagnosis forms, external test results, and medical summaries—contribute to pending claims. The case manager's role in cost monitoring remains suboptimal due to limited early involvement in care planning. This study recommends strengthening digital infrastructure, optimizing SIMRS bridging, enhancing staff capacity, and developing SOPs for supporting documents to improve the effectiveness and efficiency of BPJS claim processing in vertical referral hospitals.

Keywords: *BPJS claim; Casemix; SIMRS; case manager; supporting documents.*

@Jurnal Ners Prodi Sarjana Keperawatan & Profesi Ners FIK UP 2025

* Corresponding author :

Address : Politeknik Indonusa Surakarta
Email : 24.nenny.oktarina@poltekindonusa.ac.id
Phone : +62 813-2940-6320

PENDAHULUAN

Sistem pembiayaan berbasis Casemix (INA-CBG's) telah menjadi fondasi utama dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia. Sebagai sistem yang mengedepankan efisiensi, transparansi, dan kontrol biaya pelayanan kesehatan, Casemix menuntut rumah sakit untuk tidak hanya memberikan pelayanan medis yang sesuai standar, tetapi juga mampu mengelola data secara tepat, cepat, dan terdokumentasi secara sistematis (Kemenkes RI, 2020). Namun demikian, implementasi sistem ini tidak selalu berjalan mulus. Banyak rumah sakit masih menghadapi kendala serius dalam proses pengajuan klaim BPJS, khususnya pada layanan rawat inap, yang dapat berdampak langsung pada keberlangsungan finansial institusi pelayanan kesehatan.

Rumah Sakit Paru Ario Wirawan Salatiga, sebagai rumah sakit rujukan vertikal di bidang pernapasan, merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang menghadapi kompleksitas dalam pengelolaan klaim BPJS. Permasalahan yang kerap muncul antara lain adalah ketidakstabilan koneksi internet yang mempengaruhi akses ke aplikasi e-Klaim, keterbatasan integrasi antara Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan sistem e-Klaim BPJS, serta beban kerja tambahan akibat proses pemindaiannya berkas klaim yang masih bersifat manual. Lebih lanjut, ketidaklengkapan dokumen pendukung seperti form penegakan diagnosis dan hasil penunjang medis turut menjadi penyebab klaim pending yang tinggi. Permasalahan ini diperburuk oleh belum optimalnya peran case manager dalam memantau pelayanan dan efisiensi biaya pasien BPJS sejak awal perawatan.

Berbagai penelitian mendukung pentingnya kesiapan infrastruktur dan sistem informasi dalam memperlancar proses klaim. Studi oleh Sahir & Wijayanti, (2022) menunjukkan bahwa integrasi SIMRS dengan e-Klaim mampu menurunkan klaim pending hingga 28%. Sementara itu, penelitian oleh Sitorus et al., (2023) menggarisbawahi pentingnya akurasi dokumentasi rekam medis dan kompetensi koder dalam meningkatkan validitas grouping INA-CBG's. Penelitian oleh Ha et al., (2021) di Vietnam menegaskan bahwa rumah sakit dengan sistem DRG (Casemix sejenis) yang baik dan ketersediaan case manager aktif mengalami penurunan biaya klaim tidak valid secara signifikan. Selain itu, Shahnaaz et al., (2024) menekankan bahwa proses klaim yang efisien sangat ditentukan oleh kelengkapan dokumen klinis dan kesiapan SOP lintas unit.

Dengan mempertimbangkan permasalahan yang telah diidentifikasi dan temuan dari berbagai studi terdahulu, penelitian ini berupaya untuk melakukan evaluasi menyeluruh terhadap proses pengelolaan klaim

BPJS berbasis sistem Casemix di RS Paru Ario Wirawan Salatiga. Fokus utama terletak pada aspek teknis, dokumentasi, dan sistem informasi yang mendukung proses pengajuan klaim. Penelitian ini juga mengkaji secara khusus peran strategis case manager dalam mengawal efisiensi biaya dan kesesuaian layanan terhadap kelompok INA-CBG's.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hambatan yang terjadi dalam proses klaim BPJS di rumah sakit, mengevaluasi efektivitas integrasi sistem Casemix dan SIMRS, serta memberikan rekomendasi perbaikan yang aplikatif berdasarkan temuan lapangan. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar perumusan kebijakan internal rumah sakit maupun kontribusi ilmiah terhadap penguatan sistem pembiayaan kesehatan nasional.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif untuk mengevaluasi secara mendalam proses pengelolaan klaim BPJS berbasis sistem Casemix di Rumah Sakit Paru Ario Wirawan Salatiga. Pendekatan ini dipilih karena mampu menggali informasi kontekstual dari pengalaman langsung para informan serta mengeksplorasi faktor teknis, administratif, dan sistemik yang memengaruhi efektivitas klaim kesehatan di fasilitas pelayanan tingkat lanjutan.

Penelitian dilaksanakan selama bulan Desember 2024 hingga Maret 2025. Peneliti hadir secara langsung di lapangan dengan peran sebagai pengamat partisipatif non-intervensif, mengingat peneliti juga bekerja di unit Casemix dan memahami konteks kerja yang sedang dievaluasi. Kehadiran ini memudahkan proses penggalian data melalui interaksi alami dan pemahaman budaya kerja unit terkait.

Subjek dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan dan staf administratif yang terlibat langsung dalam proses klaim BPJS rawat inap. Populasi penelitian terdiri atas delapan orang yang mewakili berbagai peran dalam proses klaim, seperti petugas Casemix, koder, case manager, admin SIMRS, dan kepala unit pelayanan. Pemilihan informan dilakukan secara purposive dengan mempertimbangkan pengalaman kerja, peran strategis dalam proses klaim, serta kesediaan untuk memberikan informasi secara mendalam. Dari populasi tersebut, lima orang dipilih sebagai informan kunci karena keterlibatannya langsung dan intensitasnya dalam proses pengajuan klaim.

Pengumpulan data dilakukan melalui tiga teknik utama, yaitu: wawancara mendalam, observasi langsung, dan studi dokumentasi. Wawancara dilakukan secara semi-terstruktur dengan pedoman yang telah disusun berdasarkan variabel kualitatif, seperti stabilitas sistem informasi, kelengkapan dokumen, dan peran case

manager. Observasi digunakan untuk mencermati proses kerja harian, termasuk alur bridging SIMRS ke e-Klaim dan mekanisme penyusunan berkas klaim. Sementara itu, dokumentasi digunakan untuk menelaah SOP, form pendukung, resume medis, dan laporan klaim BPJS yang telah diajukan dalam periode satu tahun terakhir.

Untuk menjamin keabsahan data, penelitian ini menerapkan teknik triangulasi sumber, metode, dan waktu. Triangulasi dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara dengan observasi lapangan dan isi dokumen terkait, guna memastikan konsistensi informasi. Validasi dilakukan melalui teknik member check, yaitu dengan mengkonfirmasi hasil temuan kepada informan setelah tahap analisis awal selesai dilakukan. Peneliti juga mencatat refleksi harian selama pengumpulan data sebagai bagian dari audit trail (Arifah Damayanti et al., 2024; Ery Syabilla Putri et al., 2024; Ramdhani & Habibi, 2025).

Data yang diperoleh dianalisis menggunakan model analisis tematik yang terdiri dari tiga tahapan utama: reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Analisis dilakukan secara iteratif dan simultan sejak proses pengumpulan data berlangsung, untuk menangkap tema-tema penting dan pola yang muncul dari hasil wawancara dan observasi.

Penelitian ini tidak menggunakan alat laboratorium atau bahan khusus, karena seluruh proses berfokus pada kegiatan administratif dan sistem informasi. Namun, aplikasi yang dikaji dalam observasi meliputi SIMRS internal rumah sakit dan aplikasi e-Klaim BPJS versi terbaru, yang digunakan sebagai sistem operasional klaim dalam konteks Casemix.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menghasilkan temuan-temuan yang menggambarkan kondisi faktual di lapangan mengenai berbagai kendala dalam proses pengelolaan klaim BPJS berbasis sistem Casemix di Rumah Sakit Paru Ario Wirawan Salatiga. Penyajian hasil dilakukan melalui tema-tema utama berdasarkan fokus penelitian, dengan dukungan dari kutipan informan dan data observasi yang diperoleh selama bulan Mei hingga Juli 2025.

Kendala Teknis dan Infrastruktur Jaringan

Salah satu kendala utama yang dihadapi adalah ketidakstabilan koneksi internet yang berdampak langsung pada proses grouping e-Klaim. Pada jam sibuk, kecepatan jaringan mengalami penurunan signifikan yang menghambat unggahan dokumen ke aplikasi BPJS. Berdasarkan observasi, hal ini menyebabkan keterlambatan pemrosesan hingga lebih dari 40% klaim.

“Kala jam 10 ke atas itu susah upload. Kadang sampai sore baru bisa. Ini ngaruh ke target klaim harian kami, kadang terdapat kendala untuk upload dokumen terutama setelah jam 10 ke atas karena koneksi. Hal ini berpengaruh pada target klaim harian kami” — Informan 1 (Petugas Casemix).

Temuan ini mendukung hasil penelitian Situmorang et al., (2025), yang menyatakan bahwa kualitas infrastruktur digital masih menjadi tantangan utama dalam keberhasilan pengelolaan klaim di rumah sakit daerah.

Bridging Sistem Informasi (SIMRS-eKlaim)

Sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) belum terintegrasi secara menyeluruhan dengan aplikasi e-Klaim. Hanya data dasar seperti identitas pasien dan nomor SEP yang terhubung otomatis, sedangkan resume medis dan ringkasan tindakan masih diinput manual.

“Hanya SEP yang otomatis. Untuk resume medis dan tindakan masih copy-paste, belum otomatis dari SIMRS ke e-Klaim.” — Informan 2 (Admin IT)

Studi oleh Salim et al., (2023) menegaskan bahwa bridging dua arah sangat dibutuhkan untuk efisiensi, konsistensi data, dan pengurangan risiko kesalahan input.

Kelengkapan Dokumen Pendukung

Dokumen klinis pendukung seperti form skor pneumonia, hasil spirometri, dan hasil PA (patologi anatomi) sering kali tidak lengkap atau tidak dilampirkan dalam berkas klaim. Telaah dokumentasi menunjukkan bahwa 7 dari 20 klaim (35%) mengalami pending karena dokumen tidak sesuai atau tidak tersedia.

“Kadang form-nya tidak disertakan, meski diagnosis sudah ditulis. Padahal itu bisa membuat klaim ditolak atau direvisi, salah satu kendala yang menyebabkan terjadinya revisi atau pending klaim adalah form penunjang diagnosa kadang belum disertakan” — Informan 3 (Koder)

Temuan ini sejalan dengan studi Ivana et al., (2025), yang menekankan bahwa kelengkapan dokumen adalah indikator utama dalam validitas klaim berbasis Casemix.

Peran Case Manager dalam Monitoring Biaya

Peran case manager belum optimal karena keterlibatannya baru pada tahap akhir (verifikasi resume), bukan sejak awal pelayanan pasien. Padahal, keterlibatan sejak awal sangat penting untuk mengontrol durasi perawatan dan rasionalisasi biaya sesuai kelompok INA-CBG's.

“Kami baru terlibat saat rekap akhir. Padahal lebih efektif kalau ikut sejak pasien masuk.” — Informan 4 (Case Manager)

Penelitian oleh Ayu Putri et al., (2019) membuktikan bahwa keterlibatan case manager

sejak awal dapat menurunkan risiko selisih tarif dan meningkatkan efisiensi biaya pelayanan.

Ringkasan Temuan Lapangan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, observasi langsung, dan telaah dokumentasi selama penelitian berlangsung, ditemukan bahwa proses pengelolaan klaim BPJS di RS Paru Ario Wirawan Salatiga masih menghadapi sejumlah tantangan signifikan. Kelima fokus evaluasi utama yang ditelusuri menunjukkan pola permasalahan yang saling berkaitan antara aspek teknis, sistem informasi, kelengkapan administrasi, dan keterlibatan sumber daya manusia.

Kendala pertama terletak pada stabilitas jaringan internet, di mana pada jam operasional sibuk seperti pukul 10.00–13.00, koneksi mengalami penurunan kecepatan hingga menghambat proses pengunggahan dokumen ke sistem e-Klaim. Hal ini mengakibatkan antrean pengajuan klaim dan keterlambatan proses grouping, yang secara langsung berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim.

Masalah kedua berhubungan dengan bridging sistem informasi antara SIMRS dan e-Klaim BPJS. Saat ini, integrasi hanya terjadi pada data dasar seperti biodata pasien dan nomor SEP, sementara data klinis, ringkasan medis, dan tindakan medis masih harus dimasukkan secara manual. Proses ini membuka ruang kesalahan input dan duplikasi data, yang menambah beban kerja staf.

Ketiga, dari sisi kelengkapan dokumen pendukung klaim, masih ditemukan berkas yang tidak lengkap, seperti form scoring pneumonia, hasil pemeriksaan spirometri untuk PPOK, serta hasil penunjang luar (radiologi atau PA). Telaah terhadap 20 berkas klaim menunjukkan bahwa 35% di antaranya mengalami pending akibat kekurangan dokumen wajib.

Keempat, peran case manager dalam proses pemantauan biaya pasien BPJS belum berjalan optimal. Case manager umumnya hanya terlibat pada tahapan verifikasi akhir berkas, bukan sejak awal proses perawatan. Hal ini mengurangi efektivitas dalam mengendalikan penggunaan sumber daya, serta meningkatkan risiko ketidaksesuaian tarif INA-CBG's dengan realisasi biaya.

Terakhir, hasil observasi juga menunjukkan bahwa proses pemindaian berkas klaim masih dilakukan secara manual. Satu petugas hanya mampu menyelesaikan 25–30 berkas per hari, dengan estimasi waktu 8–12 menit per berkas. Keterbatasan ini memperlambat proses input dan menyebabkan akumulasi kerja di akhir bulan.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini dapat dilihat pada tabel 1 berikut:

Tabel 1. Rangkuman Hasil

| Fokus Evaluasi | Temuan Utama |
|-----------------------------------|---|
| Koneksi Internet | Tidak stabil, terutama jam sibuk; memperlambat proses klaim |
| Bridging SIMRS–eKlaim | Hanya sebagian data terhubung otomatis |
| Pemindaian dan Pengarsipan Berkas | Masih manual, memerlukan waktu ±10 menit/berkas |
| Kelengkapan Dokumen | 35% klaim pending akibat form diagnosis dan hasil penunjang tidak lengkap |
| Peran Case Manager | Belum dilibatkan sejak awal, hanya pada verifikasi akhir |

Strategi Perbaikan dan Implikasi

Dari hasil penelitian ini, beberapa strategi direkomendasikan untuk meningkatkan efisiensi klaim BPJS, antara lain:

- Peningkatan kapasitas jaringan dan bandwidth internet
- Pengembangan bridging dua arah antara SIMRS dan e-Klaim
- SOP penyusunan dokumen klaim yang lebih ketat
- Pelatihan koder dan case manager untuk penguatan peran strategis
- Keterlibatan Manajemen Rumah Sakit mulai dari Direksi hingga Kepala Satuan terkecil dalam mendukung pengajuan Klaim (Monitoring dan Evaluasi).

Strategi ini sesuai dengan rekomendasi Ramdhani dan Habibi (2025), yang menekankan bahwa integrasi sistem dan peningkatan kompetensi SDM merupakan dua elemen krusial dalam reformasi pengelolaan klaim di era JKN.

SIMPULAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi proses pengelolaan klaim BPJS berdasarkan sistem Casemix di Rumah Sakit Paru Ario Wirawan Salatiga, dengan menelusuri aspek teknis, administratif, sistem informasi, serta peran manajerial dalam proses klaim. Berdasarkan hasil temuan dan pembahasan, diperoleh beberapa simpulan utama sebagai berikut:

Koneksi internet yang tidak stabil menjadi hambatan signifikan dalam proses pengajuan klaim. Ketidakstabilan jaringan pada jam sibuk berdampak langsung terhadap keterlambatan proses unggah dokumen dan grouping e-Klaim, sehingga mengurangi efisiensi layanan.

- Bridging antara SIMRS dan e-Klaim belum terimplementasi secara menyeluruh. Saat ini, proses integrasi hanya mencakup data identitas dasar, sedangkan data klinis dan ringkasan medis masih memerlukan input manual, yang meningkatkan risiko kesalahan dan memperpanjang waktu proses klaim.

- Kelengkapan dokumen pendukung klaim, seperti form diagnosis dan hasil pemeriksaan penunjang, belum sepenuhnya dipenuhi sesuai standar. Ketidaksesuaian ini menyebabkan sejumlah klaim dinyatakan pending oleh pihak BPJS Kesehatan.
- Peran case manager dalam pengawasan biaya dan monitoring perawatan belum berjalan optimal. Keterlibatan yang terbatas pada tahap akhir membuat fungsi pengendalian biaya dan efisiensi layanan tidak maksimal.
- Proses pemindaian dan pengumpulan berkas masih bersifat manual dan membutuhkan waktu yang cukup lama. Hal ini memperlambat keseluruhan alur kerja klaim dan memerlukan alokasi SDM tambahan.

Secara keseluruhan, penelitian ini menyimpulkan bahwa efektivitas pengelolaan klaim BPJS tidak hanya dipengaruhi oleh keberadaan sistem Casemix itu sendiri, tetapi juga ditentukan oleh kesiapan infrastruktur digital, integrasi sistem informasi, kelengkapan administrasi medis, serta peran aktif sumber daya manusia yang terlibat. Temuan ini menjadi pijakan penting bagi perumusan strategi perbaikan sistem pengelolaan klaim, baik pada tataran kebijakan internal rumah sakit maupun pada upaya integrasi nasional dalam implementasi JKN yang lebih optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifah Damayanti, Widiyanto, W. W. W., & Widiyoko, A. W. (2024). Analisis Kesiapan Penerapan Rme Di Pelayanan Rawat Jalan Rumah Sakit Uns Menggunakan Metode Doctor's Office Quality-Information Technology (DOQ- IT). *Journal Health Information Management Indonesian (JHIMI)*, 3(3), 169–173. <https://doi.org/10.46808/jhimi.v3i3.195>
- Ayu Putri, N. K., Karjono, K., & Uktutias, S. A. (2019). Analisis Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 5(2), 134. <https://doi.org/10.29241/jmk.v5i2.165>
- Ery Syabilla Putri, Sri Suparti, & Aries Widiyoko. (2024). Analisis Strategi Implementasi SIMRS di Instalasi Rawat Jalan RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Kota Surakarta. *Journal Health Information Management Indonesian (JHIMI)*, 3(3), 129–138. <https://doi.org/10.46808/jhimi.v3i3.186>
- Ha, N. T., Anh, N. Q., Van Toan, P., & Huong, N. T. (2021). Health Insurance Reimbursement to Hospitals in Vietnam: Policy Implementation Results and Challenges. *Health Services Insights*, 14. <https://doi.org/10.1177/11786329211010126>
- Ivana, S., Romodon, D., Hakim, A. O., & Al, L. F. (2025). *Analisis Kategori Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Jalan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen*. 10(1), 47–58.
- Kemenkes RI. (2020). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/446/2020 Tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan Corona Virus Disease 2019 (C. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*, 1(1), 4–23. <https://wellness.journalpress.id/wellness/article/view/21026>
- Ramdhani, B., & Habibi, M. (2025). *Optimizing outpatient claim management: The role of sep and document completeness – a qualitative*. 13(1).
- Sahir, L., & Wijayanti, R. A. (2022). Faktor Penyebab Pending Claim Ranap JKN Dengan Fishbone Diagram Di RSUP Dr Kariadi. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 10(2), 190. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v10i2.480>
- Salim, M. F., Syakira, I. N., Putri, E. P., & Janah, F. M. (2023). No Title. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia (JIKI)*, 9(1), 47. <https://doi.org/10.31290/jiki.v9i1.3661>
- Shahnaaz, P. P., Sani, A., Si, M., Good, P. P., Governance, C., Pt, D. I., Jateng, D., Diy, D. A. N., & Yogyakarta, A. (2024). *Implementation of Good Corporate Governance Principles in Pt .* 1138–1153. <https://doi.org/10.23920/jphp.v1i2.292.1>
- Sitorus, M. S., Simanjuntak, E., Erlindai, E., Hutasoit, T., & Lumbantoruan, P. M. A. (2023). HUBUNGAN KETIDAKTEPATAN KODE DIAGNOSA PASIEN RAWAT INAP DENGAN PENDING KLAIM INACBG's DI RSUD SULTAN SULAIMAN SERDANG BEDAGAI. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 4(4), 6038–6050. <https://doi.org/10.31004/jkt.v4i4.21495>
- Situmorang, B. A., Aziz, A., & Hutapea, F. (2025). Analysis of Factors Causing Pending BPJS Health Claims for Inpatients at Kartika Husada Setu Hospital in 2024. *International Journal of Business, Law, and Education*, 6(1), 549–555. <https://doi.org/10.56442/ijble.v6i1.1051>