HJK HOLISTIK JURNAL KESEHATAN
ISSN 1978-3337 (Print)
ISSN 2620-7478 (Online)
DOI: 10.33024

Nomor: 79/E/KPT/2023

INFORMASI ARTIKEL
Received: May, 28, 2026
Revised: July, 04, 2026
Available online: July, 05, 2026
at: https://e-jurnal.iphorr.com/index.php/hjk

Analisis administrasi klaim penyakit gagal ginjal pasien jaminan kesehatan nasional

Maharani Zahra Nasution*, Fitriani Pramita Gurning, Susilawati

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Korespondensi penulis: Maharani Zahra Nasution. *Email: maharani080122301@uinsu.ac.id

Abstract

Background: Managing kidney failure patients requires an accurate national health insurance claims administration process to ensure optimal healthcare delivery. Claim success is influenced by several factors, such as staff competence, completeness of medical documentation, adherence to standard operating procedures (SOPs), the claims information system, the verification process, and the accuracy of INA-CBG coding.
Purpose: To analyze kidney failure claims administration for national health insurance patients.
Method: This qualitative descriptive study used in-depth interviews, observation, and documentation as data collection techniques. The study was conducted at Pabatu Hospital, Tebing Tinggi. The study lasted from February 2026 until completion. Research informants included claims officers, coders, and other related personnel. Data analysis was conducted through data reduction, data presentation, and conclusion drawing.
Results: The claims administration process was relatively successful, but challenges persisted, such as incomplete medical documentation, claims still in process, and internal obstacles from national health insurance. As of March 2026, a total of 1,207 claims had been submitted, with 88 still in process and 1 rejected. Coding accuracy and documentation completeness significantly impacted claim success and the appropriateness of INA-CBG payment rates.
Conclusion: This study demonstrates that improving administrative accuracy, inter-unit coordination, and staff competency are necessary to enhance the effectiveness of national health insurance claims management in hospitals.
Suggestion: Future researchers are advised to expand the number of informants, extend the research period, and conduct a more in-depth study of the claims payment process and the effectiveness of the claims information system to obtain more complete and comprehensive research results regarding national health insurance claims administration in hospitals.

Keywords: Administration; Kidney Failure; National Health Insurance.

PENDAHULUAN

Menurut *World Health Organization* (WHO), kasus gagal ginjal terus melonjak di seluruh dunia. Pada 2019, ada sekitar 697.5 juta penderita, menyebabkan 1.2 juta kematian bahkan 15% populasi global terserang penyakit ini. Pada tahun 2021 penyakit gagal ginjal terus naik menjadi 843.6 juta kasus. Diprediksi tahun 2040 bilang kematian akibatnya bakal capai 41.5%, menjadikan gagal ginjal sebagai penyebab kematian urutan ke-5 (World Health Organization, 2020). Penyakit jantung menjadi penyumbang biaya terbesar di JKN, mencapai Rp.9.8 triliun untuk 12.9 juta kasus. Total biaya 8 penyakit *katastropik* pada tahun tahun 2021 senilai Rp.17.92 triliun, dengan penyakit jantung mendominasi senilai Rp.8.67 triliun dilanjut gagal ginjal senilai Rp.5.7 triliun (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025).

Dalam pelayanan JKN, banyaknya jumlah pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah melalui program JKN, salah satunya

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3407

penyakit katastropik yaitu jantung dengan (22.55 juta kasus Rp.19.25 T), kanker (4.24 juta kasus Rp.6.49 T), stroke (3.89 juta kasus Rp.5.81 T), gagal ginjal (1.79 kasus Rp.2.4 T) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Menurut WHO, *Universal Health Coverage* (UHC) berarti semua orang bisa akses layanan kesehatan yang dibutuhkan, kapan pun, dan di mana pun, tanpa khawatir biaya. Indonesia butuh sistem tangguh untuk 270 juta penduduk. Sistem JKN sekarang gabungan skema sebelumnya menjadi program asuransi kesehatan sosial terbesar dunia (Solida, Noerjoedianto, Mekarisce, & Widiastuti, 2021).

Pada tahun 2023 biaya JKN untuk penyakit katastropik naik jadi Rp. 34.8 triliun, dengan penyakit paling besar jantung dan *stroke* (Rp. 22.8 triliun). Penyakit jantung jadi pembunuh nomor satu dunia 20 tahun terakhir, dengan 18.6 juta kematian per tahun. Di prediksi akan meningkat dari 20.5 juta di 2020 menjadi 24.2 juta di 2030 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025). Beban finansial penyakit *katastropik* menimbulkan efek domino. Di tingkat sistem, defisit BPJS Kesehatan menjadi ancaman nyata, memaksa pemerintah melakukan penyertaan modal dari APBN. Di tingkat layanan, rumah sakit rujukan mengalami kelebihan beban, antrean panjang, dan berpotensi menurunnya kualitas pelayanan. Yang paling memprihatinkan dampak pada keadilan kesehatan masyarakat di daerah terpencil kesulitan mengakses layanan spesialistik, sementara beban transportasi dan akomodasi menjadi penghalang baru. Ironisnya, ketika dana terkonsentrasi untuk penyakit katastropik, layanan preventif seperti imunisasi dan kesehatan ibu-anak justru terancam terabaikan (Yulianto & Adri, 2025).

Program jaminan kesehatan nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS kesehatan merupakan langkah konkret pemerintah Indonesia dalam mendukung pencapaian UHC melalui penyediaan akses layanan kesehatan yang merata serta pemberian perlindungan finansial bagi seluruh penduduk (Lauchan, Elvina, & Gurning, 2024). Di tingkat fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas, urgensi penjaminan ini kian terlihat seiring dengan terus meningkatnya angka rujukan pasien peserta BPJS setiap tahunnya, di mana jenis penyakit yang paling mendominasi untuk dirujuk ke fasilitas lanjutan adalah kelompok penyakit katastropik (Ritonga, Anjaini, & Gurning, 2025). Salah satu penyakit katastropik yang menunjukkan tren pertumbuhan pasien paling signifikan dan memerlukan perhatian serius saat ini adalah gagal ginjal kronis (GGK), di mana pada tahun 2024 jumlah pasien yang bergantung pada terapi cuci darah (*hemodialisis)* melonjak tajam hingga mencapai 134,057 orang (Nasution, Sikumbang, & Gurning, 2025). Konsekuensi dari pesatnya pertumbuhan basis pasien GGK yang membutuhkan perawatan rutin berbiaya tinggi ini memicu lonjakan masif pada beban pembiayaan klaim BPJS Kesehatan, yang tercatat naik hampir dua kali lipat dari Rp 6.5 triliun pada tahun 2021 menjadi Rp11 triliun pada tahun 2024 (Nasution et al., 2025). Pembengkakan biaya yang tidak terkendali ini pada akhirnya menimbulkan tekanan anggaran yang serius bagi BPJS kesehatan, sehingga menuntut adanya efisiensi tata kelola serta analisis mendalam terhadap administrasi klaim di rumah sakit demi menjaga keberlanjutan sistem jaminan kesehatan nasional (Wardani, Saragih, & Gurning, 2025).

Berdasarkan hasil survei awal, data penyakit katastropik Rumah Sakit Pabatu Tebing Tinggi, bahwa penyakit gagal ginjal menjadi penyakit *katastropik* terbesar pada tahun 2020-2025. Terdapat penyakit gagal ginjal dengan 27,883 pasien (59.2%), jantung dengan 10,582 pasien (22.3%), diabetes 5,113 pasien (10.8%), *stroke* 3,122 pasien (6.6%), *anemia* 396 pasien (0.8%). Jika dijumlahkan pasien *katastropik* keseluruhan berjumlah 47,096 pasien dari 73,885 pasien (63.7%) kategori 10 penyakit terbesar di Rumah Sakit Pabatu tahun 2020-2025. Dari data klaim yang peneliti dapatkan di Rumah Sakit Pabatu Tebing Tinggi penyakit gagal ginjal memiliki besar jumlah tarif kelas I-III sebesar Rp.17,088,500 kategori ringan, Rp.20,668,900 kategori sedang, dan Rp.30,400.50 kategori berat, jika dijumlahkan keseluruhnnya JKN mengeluarkan dana anggaran sekitar Rp.68,157,900 untuk penyakit gagal ginjal di Rumah Sakit Pabatu Tebing Tinggi. Penyakit gagal ginjal ini butuh penanganan rutin dan dana besar di program JKN.

Penyakit gagal ginjal mendominasi kasus katastropik di Rumah Sakit Pabatu menjadi beban pelayanan dan biaya terbesar dari kasus penyakit kronis. Ini membuat beban kerja tenaga kesehatan naik, butuh lebih banyak alat medis, dan administrasi klaim BPJS makin rumit. Banyaknya pasien penyakit jantung juga berisiko klaim tertunda (pending) atau klaim tidak layak bayar jika pengelolaan administrasi

Maharani Zahra Nasution*, Fitriani Pramita Gurning, Susilawati

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Korespondensi penulis: Maharani Zahra Nasution. *Email: maharani080122301@uinsu.ac.id

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3407

klaim kurang optimal (Badan Riset dan Inovasi Nasional, 2024). Oleh karena itu, data ini memperkuat urgensi perlunya evaluasi terhadap administrasi klaim JKN pada pelayanan penyakit gagal ginjal di Rumah Sakit Pabatu, guna menjamin keberlanjutan pembiayaan rumah sakit dan menjaga mutu pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Gap pada penelitian ini, seperti penelitian di Jambi dan studi UNAIR fokus pada pola biaya katastropik JKN secara nasional, Belum ada analisis spesifik klaim Rumah Sakit Pabatu Tebing Tinggi yang dominan kasus gagal ginjal (59.2% pada tahun 2020-2025), hambatan proses klaim, dan risiko pending (Solida et al., 2021).

METODE

Penelitian deskriptif kualitatif yang bertujuan untuk menggambarkan secara mendalam mengenai administrasi klaim jaminan kesehatan nasional (JKN) pada pelayanan pasien gagal ginjal di Rumah Sakit Pabatu, Tebing Tinggi. Penelitian berlangsung pada bulan Februari 2026 hingga selesai, mencakup proses persiapan, pengumpulan data, analisis, dan penyusunan laporan penelitian.

Informan pada penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel yaitu *purposive sampling*, yaitu dipilih berdasarkan criteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan. Kriteria inklusi meliputi: pasien yang terdiagnosis gagal ginjal kronik (GGK) atau *chronic kidney disease* (CKD), pasien yang terdaftar sebagai peserta aktif JKN-KIS (PBI maupun Non-PBI) BPJS kesehatan, pasien yang menjalani rawat jalan atau rawat inap dengan tindakan hemodialisis (cuci darah), data rekam medis pasien dan berkas administrasi klaim (seperti SEP, resume medis, dan logbook tindakan) tercatat dengan lengkap di rumah sakit, dan pasien yang menjalani terapi rutin (misalnya sudah menjalani hemodialisis minimal 3 bulan). Sementara kriteria eksklusi, meliputi pasien yang menjalani tindakan cuci darah secara *cito* (darurat) dan tidak terprogram dengan rawat jalan regular, berkas klaim dari rumah sakit tidak memenuhi kelengkapan validasi BPJS kesehatan atau rusak, terdapat data rekam medis yang ganda atau tidak terbaca dengan jelas.

Pendekatan kualitatif dipilih karena mampu mengeksplorasi fenomena secara menyeluruh melalui pengalaman dan pandangan informan. Subjek penelitian terdiri dari petugas klaim, koder, dan pihak terkait lainnya yang terlibat dalam proses klaim. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, observasi langsung, dan dokumentasi. Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri yang didukung dengan pedoman wawancara, alat perekam, serta lembar observasi.

Analisis data dilakukan dengan cara reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan secara sistematis. Validitas data dijaga melalui teknik triangulasi sumber dan metode untuk memastikan keabsahan informasi yang diperoleh. Fokus penelitian mencakup komponen administrasi klaim seperti kompetensi petugas, kelengkapan dokumen medis, kepatuhan terhadap SOP, sistem informasi klaim, proses verifikasi, serta ketepatan coding INA-CBG's, yang kemudian dianalisis hubungannya dengan keberhasilan klaim JKN yang dilihat dari status klaim, ketepatan waktu pengajuan, dan kesesuaian pembayaran. Dengan metode ini diharapkan diperoleh gambaran yang komprehensif mengenai pelaksanaan klaim JKN di rumah sakit.

Maharani Zahra Nasution*, Fitriani Pramita Gurning, Susilawati

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Korespondensi penulis: Maharani Zahra Nasution. *Email: maharani080122301@uinsu.ac.id

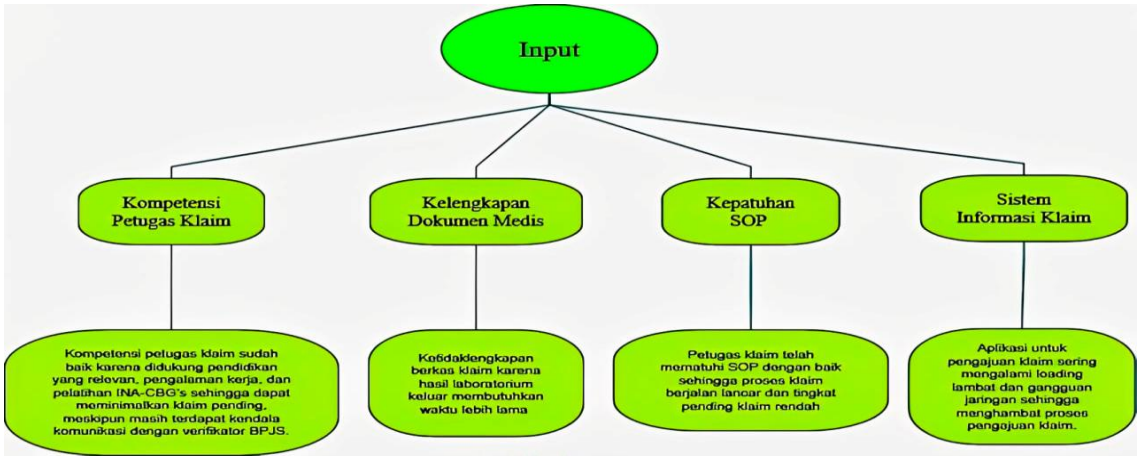
DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3407

HASIL



Gambar 1. Visualisasi *Word Cloud* Dominasi Dalam Wawancara

Gambar 1. Menunjukkan visualisasi *world cloud* yang dominan dalam proses wawancara, beberapa kata yang dominan, seperti klaim, pending, berkas, verifikator, dan lain sebagaianya sesuai yang tampak pada gambar.



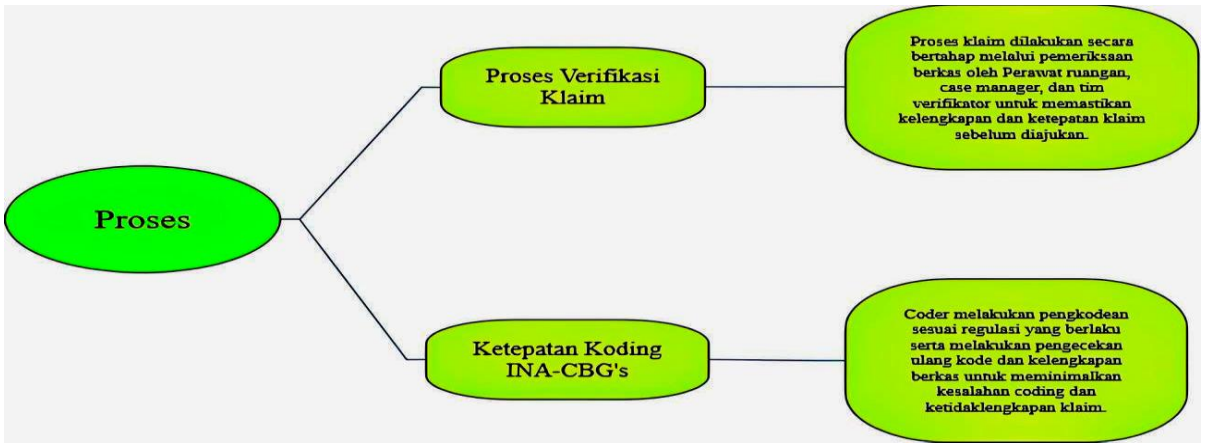
Gambar 2. *Mid Mapping Input* Administrasi Klaim JKN

Berdasarkan Gambar 2. *Mid mapping input* administrasi klaim JKN, terdiri dari kompetensi petugas klaim, kelengkapan dokumen medis, kepatuhan SOP, dan system informasi klaim.

Maharani Zahra Nasution*, Fitriani Pramita Gurning, Susilawati

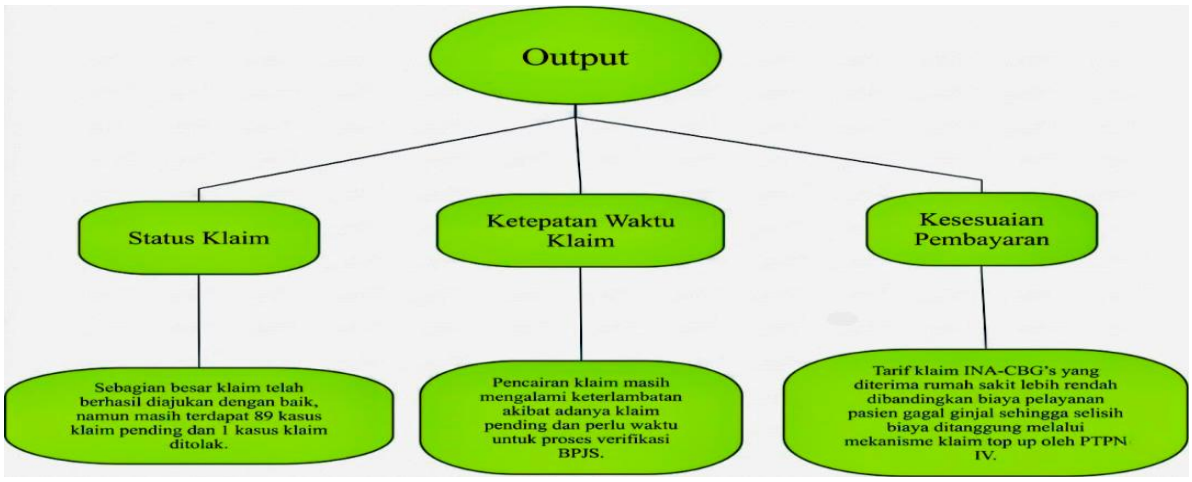
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Korespondensi penulis: Maharani Zahra Nasution. *Email: maharani080122301@uinsu.ac.id

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3407



Gambar 3. Proses Aministrasi Klaim JKN

Gambar 3. menunjukkan proses administrasi klaim JKN, proses ini meliputi tahapan verifikasi klaim dan ketepatan coding INA-CBG's yang dilakukan untuk memastikan kesesuaian dokumen medis, ketepatan diagnosis, serta kelayakan pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan.



Gambar 4. Output Keberhasilan Klaim

Gambar 4. menunjukkan output keberhasilan klaim, yaitu hasil akhir dari proses pengajuan klaim pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan setelah melalui tahapan pemeriksaan, verifikasi, dan penilaian kelengkapan dokumen klaim. Output klaim menunjukkan status akhir klaim, yaitu disetujui, pending, atau ditolak sesuai dengan ketentuan dan regulasi yang berlaku. Hasil output klaim ini menjadi gambaran keberhasilan proses administrasi klaim serta mencerminkan tingkat ketepatan, kelengkapan, dan kepatuhan rumah sakit dalam pelaksanaan pengajuan klaim JKN.

Maharani Zahra Nasution*, Fitriani Pramita Gurning, Susilawati

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Korespondensi penulis: Maharani Zahra Nasution. *Email: maharani080122301@uinsu.ac.id

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3407

Tabel 1. Status Klaim Penyakit Gagal Ginjal

Status Klaim	Hasil
Rawat Inap (n/%)	
Disetujui	145/86.8
Pending	22/13.2
Ditolak/Tidak Layak	0/0
Rawat Jalan (n/%)	
Disetujui	973/93.6
Pending	66/6.4
Ditolak/Tidak Layak	1/1

Berdasarkan Tabel 1. diketahui bahwa dari total 167 pengajuan klaim kasus penyakit gagal ginjal rawat inap pada bulan maret 2026, sebanyak 145 klaim (86.83%) disetujui, 22 klaim (13.17%) berstatus pending, dan tidak terdapat klaim yang ditolak atau tidak layak (0%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar klaim rawat inap telah berhasil diproses dan diterima oleh BPJS Kesehatan.

Sementara itu, status klaim kasus penyakit gagal ginjal rawat jalan, diketahui bahwa dari total 1,040 pengajuan klaim, sebanyak 973 klaim (93.6%) disetujui, 66 klaim (6.4%) berstatus pending, dan 1 klaim (1%) dinyatakan ditolak atau tidak layak. Sebagian besar klaim pending terjadi karena dokumen pendukung yang diajukan belum lengkap, sehingga memerlukan perbaikan sebelum dapat diproses lebih lanjut. Sementara itu, klaim yang dinyatakan tidak layak disebabkan adanya tunggakan pembayaran iuran BPJS kesehatan informan 1 mengatakan *"kalau tidak layak itu biasanya karena pasien punya tunggakan di BPJS nya"*, Sehingga klaim tidak dapat dilanjutkan sesuai ketentuan yang berlaku. Data tersebut menunjukkan bahwa kelengkapan dokumen dan kepatuhan administrasi peserta masih menjadi faktor penting yang memengaruhi kelancaran proses klaim di rumah sakit. Input data klaim yang dikembalikan dan harus dilengkapi terakhir tanggal 5 setiap bulannya.

Tabel 2. Pembayaran Pelayanan Medis Gagal Ginjal dan Tarif INA_CBG's

Tindakan	Tarif Rumah Sakit (Rp)	Jumlah (Rp)	INA-CBG's (Rp)
Dokter	85.000	2.095.000	884.000
Hemodialisis	1.100.000		
Laboraturium	710.000		
Obat-obatan	200.000		

Berdasarkan Tabel 2. diketahui bahwa total biaya pelayanan pasien gagal ginjal yang menjalani tindakan hemodialisis di rumah sakit mencapai Rp. 2.095.000, yang terdiri dari biaya dokter sebesar Rp. 85.000, tindakan hemodialisis sebesar Rp. 1.100.000, pemeriksaan laboratorium sebesar Rp. 710.000, dan obat-obatan sebesar Rp. 200.000. Sementara itu, pembayaran klaim berdasarkan tarif INA-CBG's yang diterima rumah sakit sebesar Rp. 884.000. Data tersebut menunjukkan adanya selisih antara total biaya pelayanan rumah sakit dengan tarif pembayaran INA-CBG's.

Kondisi ini menggambarkan bahwa biaya pelayanan pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis relatif lebih besar dibandingkan tarif klaim yang dibayarkan oleh BPJS kesehatan. Selisih pembiayaan tersebut selanjutnya akan ditanggung oleh pihak perusahaan perkebunan PTPN IV melalui mekanisme klaim *top up* informan 1 mengatakan *"sisa biaya yang kurang akan di tanggung perkebunan kami menyebutnya klaim top up"*. Sistem *top up* ini dilakukan sebagai bentuk dukungan perusahaan terhadap pembiayaan pelayanan kesehatan karyawan, sehingga kekurangan biaya pelayanan yang tidak tercakup dalam tarif INA-CBG's tetap dapat terpenuhi tanpa membebani pasien.

Maharani Zahra Nasution*, Fitriani Pramita Gurning, Susilawati

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Korespondensi penulis: Maharani Zahra Nasution. *Email: maharani080122301@uinsu.ac.id

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3407

PEMBAHASAN

Pada penelitian ini informan penelitian menggunakan tiga informan yang terdiri dari satu informan kunci (informan 1), satu informan utama informan 2), dan satu informan pendukung (informan 3). Informan memiliki pengalaman kerja yang cukup memadai, yaitu berkisar antara 3 hingga 8 tahun. Informan 2 dan pendukung memiliki pengalaman lebih lama (8 tahun), sehingga dinilai memiliki pemahaman yang lebih mendalam terkait proses administrasi klaim, sedangkan informan 1 dengan pengalaman 3 tahun tetap memiliki kompetensi yang cukup karena didukung oleh pendidikan yang lebih tinggi. Dari segi pendidikan terakhir, informan memiliki latar belakang pendidikan yang relevan dengan bidang kesehatan, yaitu S2 Kesehatan Masyarakat, D3 Keperawatan, dan D3 Kebidanan. Hal ini menunjukkan bahwa seluruh informan memiliki dasar pengetahuan medis dan administrasi kesehatan yang mendukung dalam pelaksanaan klaim JKN, khususnya dalam memahami dokumen medis dan proses pelayanan pasien. Secara keseluruhan, karakteristik informan tersebut menunjukkan bahwa sumber daya manusia yang terlibat dalam administrasi klaim memiliki kompetensi yang cukup baik dari segi pendidikan dan pengalaman kerja, sehingga dapat mendukung kelancaran proses klaim JKN di rumah sakit.

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Pabatu, diketahui bahwa jumlah pengajuan klaim pelayanan kesehatan kepada BPJS kesehatan selama bulan maret 2026 sebanyak 1,207 klaim. Dari total pengajuan tersebut, sebagian besar klaim dinyatakan layak dan berhasil diproses, namun masih ditemukan beberapa klaim yang mengalami kendala dalam proses verifikasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 88 klaim berstatus pending dan 1 klaim dinyatakan tidak layak atau ditolak oleh BPJS kesehatan. Klaim pending umumnya disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen administrasi, ketidaksesuaian data pendukung, serta perlunya perbaikan pada berkas klaim sebelum diajukan kembali. Sementara itu, klaim yang ditolak disebabkan karena klaim tidak memenuhi persyaratan verifikasi sesuai ketentuan BPJS kesehatan.

Sebagian besar pengajuan klaim di Rumah Sakit Pabatu telah berhasil disetujui oleh BPJS kesehatan, yang menunjukkan bahwa proses administrasi klaim secara umum telah berjalan dengan baik sesuai prosedur yang berlaku. Namun, dalam pelaksanaannya masih ditemukan beberapa klaim yang berstatus pending. Pending klaim tersebut umumnya terjadi akibat ketidaklengkapan dokumen pada saat proses penginputan data klaim, seperti hasil pemeriksaan laboratorium yang belum terlampir, belum tersedia tepat waktu, atau belum diinput ke dalam sistem. Kondisi ini menyebabkan berkas klaim harus diperbaiki dan diverifikasi kembali sebelum dapat diproses lebih lanjut oleh BPJS kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan ketelitian petugas serta pemeriksaan ulang terhadap kelengkapan dokumen klaim agar jumlah klaim pending dapat diminimalkan.

Kompetensi Petugas Klaim

Akurasi dan ketelitan petugas berperan penting dalam mendukung keberhasilan proses klaim. Berkas yang tidak legkap dan Koding yang tidak sesuai dapat menyebabkan klaim dinyatakan pending atau dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan (Farhansyah, Cahyani, & Amanda, 2024). Kondisi ini tidak hanya menghambat proses pembayaran klaim, tetapi juga berdampak pada arus kas dan stabilitas keuangan rumah sakit, yang pada akhirnya dapat memengaruhi mutu dan keberlanjutan pelayanan kesehatan (Farhansyah et al., 2024). Dengan mempertimbangkan dampak signifikan dari ketidaklengkapan rekam medis dan ketidaktepatan koding terhadap tertundanya klaim, kegiatan pengabdian kepada masyarakat berupa pelatihan dan pendampingan petugas rekam medis dan tim casemix menjadi sangat strategis sebagai upaya praktis untuk meningkatkan kualitas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan dan memastikan kelancaran pelayanan rumah sakit (Putri, Mulyana, & Cahyani, 2026). Tingkat pendidikan, pelatihan, dan pengalaman kerja petugas berpengaruh terhadap ketepatan proses klaim BPJS dan *coding* INA-CBG's. Petugas yang memiliki latar belakang pendidikan sesuai, pengalaman kerja yang cukup, serta mengikuti pelatihan coding cenderung lebih memahami prosedur klaim, sehingga dapat meminimalkan kesalahan administrasi dan pending (Opitasari & Nurwahyuni, 2018).

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, diketahui bahwa petugas klaim memiliki latar belakang pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat (MKM), D3 kebidanan dan D3

Maharani Zahra Nasution*, Fitriani Pramita Gurning, Susilawati

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Korespondensi penulis: Maharani Zahra Nasution. *Email: maharani080122301@uinsu.ac.id

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3407

Keperawatan dengan pengalaman kerja selama 3-8 tahun. Informan 1 menyatakan bahwa *"pelatihan ada Itu biasanya apa ya, secara general lah. Apa itu soal peningkatan kualitas klaim, itu kan sudah termasuk dalam mempelajari INA-CBG's juga"*, dari kutipan wawacara petugas juga mengikuti pelatihan dan seminar yang bersifat umum terkait peningkatan kualitas klaim, termasuk pemahaman terhadap sistem INA-CBG's. Namun, dalam pelaksanaannya masih terdapat kendala, khususnya dalam komunikasi dengan verifikator BPJS yang berbeda-beda, informan utama berkata *"kendala yang sering dihadapi mungkin komunikasi ini ya, verifikator dari BPJS kan beda-beda, ya kan. Kita kan harus kenali juga gimana sih cara komunikasi kita dari verifikator yang satu sama yang lain"*. Hal ini menuntut kemampuan adaptasi yang tinggi dari petugas klaim.

Kelengkapan Dokumen Medis

Proses kelengkapan dokumen dilakukan melalui beberapa tahapan, mulai dari ruang pelayanan, kemudian diperiksa oleh case manager, dilanjutkan ke verifikator internal, hingga tahap akhir oleh koder. Walaupun alur pemeriksaan sudah dilakukan secara berlapis, masih ditemukan beberapa kendala dalam kelengkapan dokumen (Ulya, Herawati, & Aryani, 2025). Salah satu masalah yang sering terjadi adalah hasil pemeriksaan laboratorium yang belum terdokumentasi dengan baik, seperti tidak dilakukan pengambilan foto atau bukti dokumentasi sesuai dengan permintaan verifikator BPJS. Kondisi ini menunjukkan bahwa masih diperlukan peningkatan ketelitian dan koordinasi pada setiap tahapan proses agar kelengkapan dokumen dapat terpenuhi secara optimal. Ketidaklengkapan berkas rekam medis juga merupakan faktor utama penyebab pending klaim BPJS Kesehatan di fasilitas kesehatan. Hal ini mencakup formulir yang tidak lengkap, hasil penunjang yang hilang, dokumen tidak terscan, hingga ketidaksesuaian coding, yang mengakibatkan tertundanya pembayaran klaim dan mengganggu arus kas rumah sakit (Kusumawati & Pujianto, 2019). Di Rumah Sakit Pabatu berkas yang tidak lengkap biasaya foto laboraturium yang sering tidak ter-input, hasil wancara dengan Informan 3 *"foto hasil inilah, hasil lab. Kalau kami biasa ini yang paling sering di tipe-O, itu ada tipe-O tuh, itu hasilnya itu harus difoto sebagai bukti gitu kan. Jadi mungkin itu yang sering kelupaan"* dan informan 2 mengatakan *"lab karena hasilnya tidak langsung keluar kami jadi kelupaan".*

Kepatuhan SOP Klaim

Adanya standar operasional prosedur (SOP) klaim yang tertib merupakan elemen kunci dalam akreditasi rumah sakit. Kepatuhan petugas terhadap SOP ini sangat penting untuk memastikan efektivitas pelayanan dan manajemen klaim, khususnya dalam konteks kepatuhan standar (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Rumah Sakit Pabatu sudah memiliki SOP klaim sebagai salah satu persyaratan akreditasi informan 1 berkata *"SOP pasti ada. Itu kan untuk ini ya, untuk akreditasi juga salah satu yang harus dilengkapi. Jadi ada dan semua anggota wajib mematuhi agar semua berjalan lancar,"* pada umumnya petugas menjalankan prosedur tersebut dengan baik dibuktikan dari tingkat pending klaim yang rendah hanya sekitar 7.37%. Namun, apabila jumlah klaim pending meningkat, manajemen biasanya akan melakukan evaluasi untuk mencari penyebab masalah, menilai apakah prosedur sudah dijalankan dengan benar, serta menentukan langkah perbaikan agar proses klaim berikutnya dapat berjalan lebih lancar dan sesuai ketentuan.

Sistem Informasi Klaim

Sistem informasi klaim adalah aplikasi berbasis komputer atau web yang dirancang untuk mengotomatisasi, mempercepat, dan meningkatkan akurasi proses pengajuan, verifikasi, hingga pembayaran klaim, baik untuk asuransi maupun BPJS kesehatan. Sistem ini meminimalisir kesalahan manual, mengelola dokumen digital, serta memonitor status klaim secara *real-time* (Pratiwi, Gunawan, Abdussalaam, & Sukmawijaya, 2023). Sistem yang digunakan dalam proses klaim adalah aplikasi DIVA dari BPJS Kesehatan Informan 1 berkata *"Untuk input pengajuan klaim pake aplikasi dari BPJS langsung. itu namanya DIVA. Nah itu untuk pengajuannya"*. Aplikasi ini berperan penting dalam membantu petugas mengelola dan mengirimkan data klaim agar proses administrasi menjadi lebih teratur dan efisien (Mukaromah & Wahab, 2024).

Meskipun demikian, dalam pelaksanaannya masih sering ditemukan beberapa kendala teknis, seperti proses loading yang lambat, gangguan jaringan internet, maupun sistem yang terkadang sulit diakses inforan utama berkata *"DIVA ini sering loading lambat gitu, mungkin karena jaringan juga"*. Kondisi tersebut dapat menghambat pekerjaan petugas dan menyebabkan proses pengajuan klaim

Maharani Zahra Nasution*, Fitriani Pramita Gurning, Susilawati

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Korespondensi penulis: Maharani Zahra Nasution. *Email: maharani080122301@uinsu.ac.id

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3407

menjadi lebih lama. Oleh karena itu, diperlukan dukungan sistem yang lebih stabil serta perbaikan jaringan agar pelayanan klaim dapat berjalan dengan lebih optimal.

Proses Administasi Klaim JKN

Proses ini meliputi tahapan verifikasi klaim dan ketepatan coding INA-CBG's yang dilakukan untuk memastikan kesesuaian dokumen medis, ketepatan diagnosis, serta kelayakan pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Proses verifikasi klaim di rumah sakit, khususnya untuk BPJS kesehatan, memang dilakukan melalui tahapan berlapis (multifase) untuk memastikan keakuratan data medis dan administrasi sebelum dikirimkan ke pihak asuransi (Mukaromah et al., 2024). Proses verifikasi klaim di rumah sakit dilakukan secara bertahap untuk memastikan data dan dokumen klaim sudah lengkap serta sesuai ketentuan BPJS kesehatan. Tahap awal dilakukan di ruangan pelayanan oleh dokter dan perawat yang melengkapi dokumen medis pasien. Selanjutnya, case manager memantau pelayanan pasien agar sesuai dengan panduan klinis dan penggunaan biaya tetap efektif. Setelah itu, koder mengubah diagnosis dan tindakan medis ke dalam kode ICD untuk proses klaim INA-CBG's. Berkas kemudian diperiksa kembali oleh verifikator internal guna memastikan kesesuaian data dan mencegah klaim pending. Terakhir, bagian casemix atau klaim bersama bagian keuangan melakukan finalisasi dan mengirimkan klaim ke BPJS Kesehatan (Suganda & Yuliana, 2024; Mukaromah et al., 2024).

Proses Verifikasi Klaim

Proses verifikasi klaim di Rumah Sakit Pabatu juga dilakukan melalui beberapa tahapan sesuai standar pemeriksaan secara berlapis. Pemeriksaan dimulai dari ruangan pelayanan, kemudian dilanjutkan oleh case manager, verifikator internal, hingga bagian koder sebagaimana yang dijelskan Informan 1*"Kami itu ada tahap-tahap klaim itu ya, mulai dari ruangan, terus nanti dicek sama ada namanya case manager. Nah itu ngecek kelengkapan juga tuh. Terus larinya ke verifikator internal. Cek lagi kan. Terus akhirnya baru ke kami, ke koder. Jadi sebenarnya koder itu pada dasarnya cuman meng-coding. Tapi untuk teknisnya, kita juga ngelengkapi berkas…"*. Setiap petugas memiliki peran masing-masing dalam memastikan bahwa data pasien, diagnosis, tindakan medis, serta dokumen pendukung lainnya sudah sesuai dan lengkap sebelum klaim diajukan. Proses verifikasi yang dilakukan secara bertahap ini bertujuan untuk mengurangi kesalahan administrasi, mencegah terjadinya klaim pending, serta memastikan pengajuan klaim dapat diterima sesuai ketentuan yang berlaku. Dengan adanya pemeriksaan berlapis, kualitas dan ketepatan data klaim menjadi lebih terjamin.

Ketepatan Coding INA-CBG

Petugas koder (coder) memiliki peran krusial tidak hanya dalam menetapkan kode, tetapi juga sebagai pertahanan terakhir dalam memastikan kualitas dokumen medis (Maimun, Natassa, Trisna, & Supriatin, 2018). Dalam proses klaim rumah sakit, petugas koder tidak hanya bertugas melakukan pengkodean diagnosis dan tindakan medis, tetapi juga melakukan pengecekan kelengkapan dokumen medis sebelum coding dilakukan. Pengecekan ini meliputi kejelasan diagnosis, kelengkapan tanda tangan dokter, serta adanya hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi. Kelengkapan dokumen sangat memengaruhi ketepatan kode ICD yang dihasilkan, karena dokumen yang jelas dan lengkap akan memudahkan koder menentukan kode yang akurat sesuai kondisi pasien (Dewi, Nardina, & Nugroho, 2024). Sebaliknya, dokumen yang tidak lengkap dapat menyebabkan kesalahan coding, klaim pending atau ditolak BPJS, hingga kerugian finansial bagi rumah sakit akibat tarif klaim yang tidak sesuai. Oleh karena itu, apabila ditemukan dokumen yang belum lengkap, koder perlu melakukan klarifikasi kepada dokter atau tenaga medis terkait agar proses coding dan pengajuan klaim dapat berjalan dengan tepat (Maimun et al., 2018).

Petugas koder memiliki tugas utama untuk melakukan pengkodean diagnosis dan tindakan medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Namun, dalam pelaksanaannya mereka tidak hanya melakukan proses coding, tetapi juga ikut memeriksa kelengkapan dan kesesuaian dokumen medis pasien sebelum klaim diajukan sesuai dengan pernyataan informan 2 dan 3*"sebenarnya koder itu pada dasarnya cuman meng-coding. Jadi kami mengkoding sesuai dengan regulasi code yang sudah ditetapkan". "Ketepatan koding itu sudah tanggung jawab kami sebagai coder Jadi kamimengikuti code yang memang sudah ada di*

Maharani Zahra Nasution*, Fitriani Pramita Gurning, Susilawati

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Korespondensi penulis: Maharani Zahra Nasution. *Email: maharani080122301@uinsu.ac.id

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3407

regulasi dan kami tetap ngecek ulang yang sudah kami koding dan ngecek ulang semua bekas yang mau di input jadi resiko ketidaklengkapan berkas sama kesalahan coding menjadi minim". Ketepatan hasil coding sangat dipengaruhi oleh kualitas dan kelengkapan dokumen medis yang dibuat oleh tenaga kesehatan. Jika dokumen yang tersedia lengkap dan jelas, maka proses pengkodean dapat dilakukan dengan lebih akurat sehingga dapat mengurangi risiko kesalahan maupun klaim pending. Sebaliknya, apabila dokumen medis kurang lengkap atau tidak sesuai, proses coding menjadi lebih sulit dan berpotensi menyebabkan kendala dalam pengajuan klaim.

Keberhasilan Klaim

Output klaim merupakan hasil akhir dari proses pengajuan klaim pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan setelah melalui tahapan pemeriksaan, verifikasi, dan penilaian kelengkapan dokumen klaim. Output klaim menunjukkan status akhir klaim, yaitu disetujui, pending, atau ditolak sesuai dengan ketentuan dan regulasi yang berlaku. Hasil output klaim ini menjadi gambaran keberhasilan proses administrasi klaim serta mencerminkan tingkat ketepatan, kelengkapan, dan kepatuhan rumah sakit dalam pelaksanaan pengajuan klaim JKN.

Ketepatan Waktu Klaim

Ketepatan waktu klaim JKN dapat mengalami keterlambatan akibat adanya pending klaim yang oleh ketidaklengkapan dokumen, ketidaksesuaian data, atau perlunya verifikasi ulang terhadap berkas klaim (Haq & Werdani, 2025). Selain itu, keterlambatan juga dapat dipengaruhi oleh faktor internal dari pihak BPJS Kesehatan, seperti lamanya proses verifikasi, perbedaan interpretasi verifikator, serta kendala pada sistem informasi klaim. Kondisi tersebut menyebabkan proses persetujuan dan pencairan klaim memerlukan waktu lebih lama sehingga mempengaruhi ketepatan waktu penyelesaian klaim JKN (Misnawati, Novitasari, Triana, & Sundari, 2022).

Ketepatan waktu penyelesaian klaim di Rumah Sakit Pabatu dapat mengalami keterlambatan apabila terjadi pending klaim, seperti adanya dokumen yang belum lengkap atau data yang perlu diperbaiki iforman pendukung mengatakan *"kalau ketepatan waktu kadang telat juga pencaairan karena ada pending klaim itu tadi"*. Selain itu, keterlambatan juga dapat disebabkan oleh kendala internal dari pihak BPJS kesehatan informan 3 menambahkan *"mungkin juga ada kesalahan internal dari pihak BPJS karena kan kalau pengauan banyak pasti verifikasinya butuh waktu"*, misalnya proses verifikasi yang memerlukan waktu lebih lama atau gangguan pada sistem klaim. Kondisi tersebut menyebabkan proses persetujuan dan pencairan klaim menjadi tertunda sehingga waktu penyelesaian klaim tidak sesuai dengan yang diharapkan.

Kesesuaian Pembayaran

Kesesuaian pembayaran klaim merupakan salah satu indikator penting dalam keberhasilan pelaksanaan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), karena pembayaran klaim yang sesuai dengan tarif INA-CBG's dapat mendukung keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dalam pelaksanaannya, besaran pembayaran klaim ditentukan berdasarkan kode diagnosis, tingkat keparahan penyakit, tindakan medis, serta kelengkapan dokumen pendukung yang telah diverifikasi oleh BPJS Kesehatan (Suandewi, Hendriana, & Andikarya, 2026). Oleh karena itu, ketepatan coding INA-CBG's dan kelengkapan administrasi menjadi faktor utama yang mempengaruhi kesesuaian pembayaran klaim (Mildawati & Faizah, 2020).

SIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan, bahwa administrasi klaim JKN pada pelayanan pasien gagal ginjal kronis di rumah sakit terkait telah berjalan cukup baik dan dipengaruhi oleh kompetensi petugas klaim, kelengkapan dokumen medis, kepatuhan SOP, sistem informasi klaim, proses verifikasi, serta ketepatan coding INA-CBG's. Komponen tersebut berperan penting dalam menentukan keberhasilan klaim BPJS, ketepatan waktu pengajuan, kesesuaian pembayaran klaim, dan efisiensi administrasi. Meskipun sebagian besar klaim berhasil diajukan, masih ditemukan pending klaim akibat ketidaklengkapan dokumen yang berdampak pada keterlambatan pencairan klaim. Selain itu, terdapat selisih antara biaya riil pelayanan hemodialisis dengan tarif INA-CBG's yang ditanggung melalui mekanisme klaim *top up* oleh perusahaan perkebunan.

Maharani Zahra Nasution*, Fitriani Pramita Gurning, Susilawati

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Korespondensi penulis: Maharani Zahra Nasution. *Email: maharani080122301@uinsu.ac.id

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3407

SARAN

Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk memperluas jumlah informan, menambah periode penelitian, serta mengkaji lebih mendalam mengenai proses pembayaran klaim dan efektivitas sistem informasi klaim agar diperoleh hasil penelitian yang lebih lengkap dan komprehensif terkait administrasi klaim JKN di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Riset dan Inovasi Nasional. (2024). Tingginya Kasus Kardiovaskular di Indonesia Akibat Gaya Hidup Tidak Sehat, BRIN Peringatkan Pentingnya Pencegahan. Diakses dari: https://brin.go.id/ork/posts/kabar/tingginya-kasus-kardiovaskular-di-indonesia-akibat-gaya-hidup-tidak-sehat-brin-peringatkan-pentingnya-pencegahan

Dewi, R. K., Nardina, E. A., & Nugroho, F. H. (2024). Akurasi dan Ketepatan Pengkodean Diagnosis pada Kasus Obstetric di RST Dr. Asmir DKT Salatiga. *Jurnal Rekam Medis & Manajemen Infomasi Kesehatan*, *4*(1), 37-45.

Farhansyah, F., Cahyani, H., & Amanda, J. (2024). Faktor penyebab pending klaim berkas BPJS kesehatan pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit X. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, *5*(3), 8712-8722.

Haq, M. A., & Werdani, K. E. (2025). Analisis penyebab pending klaim berkas BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Nirmala Suri. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *9*(1), 765-75.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia*. Diakses dari: https://kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2017.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Profil Kesehatan Indonesia.* Diakses dari: https://kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2024.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Profil Kesehatan Indonesia.* Diakses dari: https://kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2025

Kusumawati, A. N., & Pujianto, P. (2019). Analisis kinerja dokter verifikator internal dalam menurunkan angka klaim pending di RSUD Koja Tahun 2018. *Jurnal ARSI: Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, *6*(1), 1.

Lauchan, A. M., Elvina, R. A., & Gurning, F. P. (2024). Implementasi Program Jkn Dalam Pencapaian Uhc Di Indonesia (Syistematic Literatur Riview). *Jurnal Kesehatan*, *2*(2), 51-64.

Maimun, N., Natassa, J., Trisna, W. V., & Supriatin, Y. (2018). Pengaruh Kompetensi Coder terhadap Keakuratan dan Ketepatan Pengkodean Menggunakan ICD 10 di Rumah Sakit X Pekanbaru Tahun 2016. *Jurnal Kesmas*, *1*(1), 31-43.

Mildawati, R., & Faizah, N. I. R. (2020). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Biaya Riil Pada Pasien Jkn Sectio Caesarea Rawat Inap Di Rsud Dr. Moewardi Tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Tujuh Belas (Jurkes TB)*, *2*(1).

Misnawati, Y., Novitasari, D., Triana, N. Y., & Sundari, R. I. (2022). Korelasi Asupan Nutrisi Dengan Ureum, Kreatinin Dan Hemoglobin Penderita Gagal Ginjal Kronik. *Jurnal Kesehatan*, *15*(2), 107-114.

Mukaromah, S., & Wahab, S. (2024). Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Rawat Jalan Guna Menunjang Kelancaran Pembayaran Pelayanan Kesehatan Di Rsud Kota Bandung. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *8*(2), 2876-83.

Nasution, M. Z., Sikumbang, E. S., & Gurning, F. P. (2025). Analisis Tren Penyakit Gagal Ginjal Kronik Peserta BPJS dan Dampaknya pada Pembiayaan Kesehatan Indonesia. *Jurnal Kolaboratif Sains*, *8*(7), 4308-4317.

Opitasari, C., & Nurwahyuni, A. (2018). The completeness and accuracy of clinical coding for diagnosis and medical procedure on the INA-CBGs claim amounts at a hospital in South Jakarta. *Health Science Journal of Indonesia*, *9*(1), 14-18.

Maharani Zahra Nasution*, Fitriani Pramita Gurning, Susilawati

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Korespondensi penulis: Maharani Zahra Nasution. *Email: maharani080122301@uinsu.ac.id

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3407

Pratiwi, S., Gunawan, E., Abdussalaam, F., & Sukmawijaya, J. (2023). Perancangan Sistem Informasi Rekapitulasi Klaim Pasien BPJS Rawat Jalan. *Media Bina Ilmiah*, *18*(1), 69-78.

Putri, E. E., Mulyana, Y., & Cahyani, M. (2026). Pertanggungjawaban Pidana Korporasi Dalam Pelanggaran Perlindungan Konsumen Berdasarkan Analisis Prinsip Keadilan Konsumen: Corporate Criminal Liability for Consumer Protection Violations Based on an Analysis of the Principle of Consumer Justice. *Journal of Indonesian Comparative of Syari'ah Law*, *9*(1), 171-182.

Ritonga, F. R., Anjaini, N., & Gurning, F. P. (2025). Analisis Trend Penyakit Pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Puskesmas Gunung Tinggi. *Jurnal Kolaboratif Sains*, *8*(7), 4549-4555.

Solida, A., Noerjoedianto, D., Mekarisce, A. A., & Widiastuti, F. (2021). Pola Belanja Kesehatan Katastropik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Kota Jambi. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, *10*(04), 209-215.

Suandewi, D. A. S. A., Hendriana, H., & Andikarya, O. (2026). Analisis Indikator INA-CBGs dalam Perencanaan Strategis Kinerja Rumah Sakit Karya Dharma Husada Singaraja. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, *5*(2), 1232-1244.

Suganda, W., & Yuliana, A. S. (2024). Factors Influencing The Occurrence Of Pending Inpatient Claims In Hospitals. In *Mitra Husada Health Internasional Conference (Mihhico)* (Vol. 4, No. 1, Pp. 236-239).

Ulya, F. H., Herawati, V. D., & Aryani, A. (2025). *Hubungan Efikasi Diri dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Instalasi Hemodialisis di RSU Diponegoro Dua Satu Klaten* (Doctoral dissertation, Universitas Sahid Surakarta).

Wardani, I. F., Saragih, N. N., & Gurning, F. P. (2025). Literature Review: Analisis Tren Pembiayaan Bpjs Kesehatan Untuk Penanganan Gagal Ginjal Kronis Dalam 5 Tahun Terakhir Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Dan Ilmu Medis*, *9*(6).

World Health Organization. (2020). *World Health Organization reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019*. Diakses dari: https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019.

Yulianto, A., & Adri, A. (2025). Pengetahuan Pasien Dengan Kepatuhan Dalam Menjalankan Diit Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa. *Scientific Journal Of Nursing And Health*, *3*(1), 37-45.

Maharani Zahra Nasution*, Fitriani Pramita Gurning, Susilawati

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
Korespondensi penulis: Maharani Zahra Nasution. *Email: maharani080122301@uinsu.ac.id

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v20i4.3407