

Strategi Manajemen Pelaksanaan Pengajuan Klaim Non Kapitasi BPJS Kesehatan Di Klinik Asiki Boven Digoel Papua Selatan

Firman Jayawijaya¹, Dasrun Hidayat², Arif Rachman³

^{1,2,3} Pascasarjana Magister Manajemen Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, Bandung, Indonesia

ARTICLE INFO

Article history:

Received Dec 06, 2024

Revised Dec 18, 2024

Accepted Dec 22, 2024

Keywords:

Non-capitation
BPJS Health
Management Strategy
Asiki Clinic

ABSTRACT

This research is entitled "Management Strategy for the Implementation of BPJS Health Non-Capitation Claim Submission at Asiki Clinic, Boven Digoel, South Papua" which is motivated by the high rejection rate of BPJS Health non-capitation claims at Asiki Clinic, which reached 48 cases from January 2021 to December 2023. This high rejection rate indicates weaknesses in human resource management, the absence of clear SOPs, and the limitations of the information technology system used. This study aims to analyse the implementation of non-capitation claim submission in terms of inputs, processes, and outputs and formulate management strategies to improve the effectiveness of claims management at Asiki Clinic. Using qualitative methods, this study found that Asiki Clinic lacks trained claims officers, does not have adequate SOPs, and uses ineffective IT systems. The claims process was often disrupted by a lack of training and the absence of a structured management strategy, resulting in incomplete claims files and high rejections. Recommendations include developing and training human resources, developing SOPs, optimising information technology, and improving communication with BPJS Kesehatan. Effective implementation of management strategies is expected to improve the quality of health services, reduce claim rejections, and ensure the financial sustainability of Asiki Clinic. This study contributes to the health management literature and can serve as a model for other primary healthcare facilities facing similar problems in remote areas.

This is an open access article under the [CC BY-NC](#) license.



Corresponding Author:

Firman Jayawijaya,
Postgraduate Master of Management
Adhirajasa Reswara Sanjaya University, Bandung, Indonesia
Email: firmanjw01@yahoo.co.id

1. PENDAHULUAN

Berdasarkan data statistik BPJS Kesehatan Cabang Merauke, sepanjang Januari 2021 hingga Desember 2023, terdapat sekitar 595 klaim non kapitasi yang diajukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya yang ditolak atau dinilai tidak layak oleh BPJS Kesehatan. Dalam periode yang sama berdasarkan data awal yang kami peroleh dari Klinik Asiki, ada sekitar 48 klaim non kapitasi yang bermasalah dan ditolak oleh BPJS Kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa Klinik Asiki masih menghadapi berbagai tantangan signifikan dalam pengajuan klaim non kapitasi BPJS Kesehatan. Angka ini mencerminkan tingkat penolakan yang cukup tinggi. Penolakan ini juga akan mempengaruhi operasional klinik secara negatif dan kemampuannya dalam memberikan layanan kesehatan berkualitas kepada masyarakat. Penolakan klaim ini disebabkan oleh berbagai faktor termasuk ketidaklengkapan dokumen/berkas klaim, kurangnya pemahaman petugas tentang prosedur klaim atau pun keterbatasan sistem informasi yang digunakan untuk mengelola klaim. Masalah-masalah ini menunjukkan adanya kekurangan dalam strategi manajemen yang diterapkan oleh Klinik Asiki, sehingga memerlukan analisis mendalam untuk menemukan solusi yang efektif dan optimal.

Di Klinik Asiki, manajemen layanan kesehatan yang efektif sangat penting untuk kelancaran operasional kegiatan administratif dan klinis, seperti pengajuan klaim non-kapitasi untuk BPJS Kesehatan. Klaim non kapitasi mengacu pada penggantian biaya pelayanan kesehatan yang tidak termasuk dalam pembayaran kapitasi, seperti pelayanan rujukan, pelayanan persalinan, ante natal care, post natal care, pelayanan rawat inap dan pelayanan lainnya. Kegiatan ini mulai dari input, proses hingga output. Untuk menjamin agar klaim non kapitasi yang diajukan oleh Klinik Asiki tidak mengalami hambatan atau penolakan maka tentunya dibutuhkan strategi manajemen yang efektif. Hal ini penting untuk keberlanjutan finansial klinik dan untuk menjamin bahwa pasien menerima layanan yang mereka butuhkan tanpa penundaan. Namun kenyataannya, Klinik Asiki menghadapi berbagai tantangan, terutama dalam hal pengelolaan klaim non kapitasi. Kendala seperti penolakan klaim dan ketidakpastian dalam proses pengajuan klaim sering kali menjadi penghalang dalam operasional klinik, yang pada gilirannya berdampak pada kualitas layanan yang diberikan kepada pasien. Selain berdampak pada finansial tentunya klaim yang ditolak tersebut juga akan meningkatkan beban administratif dimana penanganan klaim yang ditolak memerlukan waktu, sumber daya dan upaya tambahan dari klinik.

Permasalahan yang dijelaskan pada bagian sebelumnya dapat diatasi dengan memanfaatkan manajemen pelayanan kesehatan. Manajemen yang menekankan pada prinsip-prinsip manajemen untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan secara efektif dan efisien. Hal ini termasuk mematuhi prosedur yang telah ditetapkan, menjaga organisasi, menugaskan individu yang memenuhi syarat untuk menjalankan peran masing-masing, dan memprioritaskan kepuasan konsumen dengan memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan mereka (Suyadi, 2011). Manajemen pelayanan kesehatan merupakan segala bentuk kegiatan yang dalam prosesnya menggerakkan manusia untuk merencanakan, mengorganisasikan, melaksanakan dan mengawasi seluruh operasi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan, dengan tujuan untuk memastikan terselenggaranya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

Menurut teori manajemen operasi dan sistem, pengelolaan klaim yang efektif memerlukan pendekatan holistik yang mencakup aspek sumber daya manusia, prosedur operasional standar (SOP), dan teknologi informasi (Abekah-Nkrumah et al., 2022). Hal ini menjadi landasan untuk memahami dan memecahkan masalah pengajuan klaim non kapitasi di Klinik Asiki. Teori sistem menyarankan bahwa integrasi antara komponen-komponen ini dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas proses klaim. Implementasi sistem informasi kesehatan yang canggih, pelatihan berkelanjutan bagi staf, serta pengembangan SOP yang jelas dan terstruktur merupakan langkah-langkah kunci untuk mengatasi masalah ini.

Dalam penelitian "Pengajuan Klaim Non Kapitasi di Puskesmas Nanggulan", ditemukan kendala-kendala seperti kurangnya sumber daya manusia yang terampil, berkas klaim yang tidak lengkap, dan masalah teknis pada sistem informasi yang puskesmas gunakan. Penelitian ini menunjukkan pentingnya pelatihan SDM dan peningkatan sistem informasi dalam pengelolaan klaim (Kusniawan et al., 2021). Sementara penelitian lain menemukan bahwa "penolakan klaim di RSUD Tanjung Pura disebabkan oleh kurangnya Standar Operasional Prosedur (SOP) dan ketelitian dalam melengkapi dokumen klaim. Studi ini menekankan perlunya SOP yang jelas dan pelatihan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap prosedur klaim" (Valentina et al., 2022). Selain penelitian yang dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama, penelitian yang dilakukan di rumah sakit dengan judul "Pelaksanaan Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Rumah Sakit Umum Bahagia Makassar" menyimpulkan bahwa ketersediaan SDM belum memadai, perbedaan pemberian insentif, kepatuhan Dokter dalam mengisi rekam medik masih kurang, implementasi SOP belum lancar serta perangkat komputer dan jaringan kurang memadai (Azhari, 2020). Sementara penelitian yang dilakukan di RSUD Tanjung Pura dengan judul "Tinjauan Penolakan Pada Klaim Pasien BPJS Kesehatan di RSUD Tanjung Pura" menyimpulkan bahwa penyebab penolakan 103 berkas klaim rawat jalan dan 20 berkas klaim rawat inap tersebut karena seluruhnya tidak lolos verifikasi administrasi pelayanan (Valentina et al., 2022).

Penelitian terdahulu telah menyoroti berbagai aspek manajemen klaim di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan rumah sakit, namun sering kali kurang menekankan pada strategi manajemen yang spesifik untuk pengajuan klaim non kapitasi. Penelitian yang penulis lakukan ini menawarkan kebaruan dalam pendekatan dan analisis strategi manajemen pengajuan klaim non kapitasi BPJS Kesehatan di Klinik Asiki. Keunikan penelitian ini terletak pada integrasi antara evaluasi prosedural dengan pendekatan manajerial yang komprehensif. Berbeda dengan penelitian

sebelumnya yang cenderung fokus pada aspek teknis dan administratif klaim, penelitian ini memperkenalkan pendekatan secara keseluruhan yang mencakup analisis mendalam terhadap sistem informasi, pelatihan sumber daya manusia, penerapan SOP dan strategi manajemen yang efektif. Penelitian ini juga menggunakan metode analisis yang lebih luas, termasuk studi kasus mendalam, wawancara dengan pemangku kepentingan, dan analisis data dari klaim yang diajukan dan ditolak. Pendekatan ini memungkinkan identifikasi akar permasalahan yang lebih akurat dan penyusunan rekomendasi yang lebih tepat sasaran. Selain itu, penelitian ini memberikan kontribusi baru dalam literatur manajemen kesehatan dengan mengkaji secara khusus tantangan dan strategi pengelolaan klaim non kapitasi di FKTP yang terletak di daerah terpencil, seperti Klinik Asiki di Papua Selatan.

Penelitian ini penting untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pengelolaan klaim non kapitasi di FKTP khususnya di daerah dengan akses yang terbatas seperti Papua Selatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan pengajuan klaim non kapitasi BPJS Kesehatan dari faktor input, proses dan output serta menganalisis strategi manajemen yang diterapkan oleh manajemen Klinik Asiki dalam mengelola klaim tersebut. Lebih lanjut, temuan penelitian ini dapat menjadi model bagi FKTP lain yang mengalami permasalahan serupa. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan identifikasi faktor- faktor penyebab penolakan terhadap klaim non kapitasi yang diajukan oleh Klinik Asiki serta merumuskan strategi-strategi managerial yang dapat digunakan guna meningkatkan keberhasilan pengajuan klaim sehingga operasional klinik bisa lebih baik dan tertata. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang berharga bagi upaya peningkatan manajemen klaim di FKTP lainnya, serta berkontribusi pada literatur akademis dan praktik manajemen kesehatan di Indonesia.

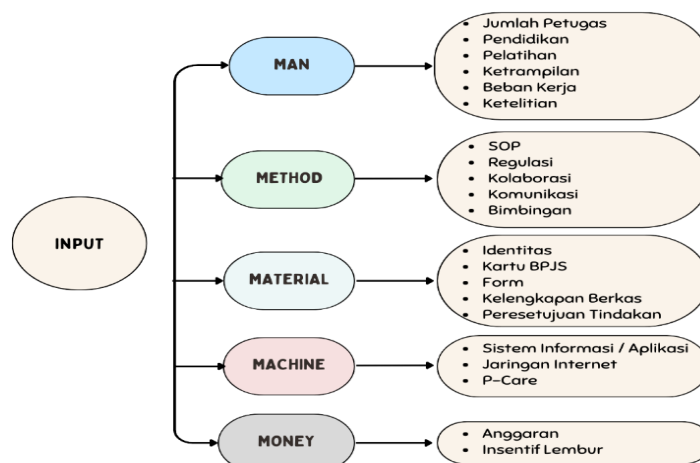
2. RESEARCH METHOD

Metodologi penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian deskriptif melibatkan penggunaan data yang ada untuk menyajikan, menganalisis, dan mengevaluasi solusi terhadap permasalahan kontemporer (Narbuko & Achmadi, 2015). Teknik kualitatif adalah metodologi penelitian yang mendalam dan komprehensif untuk memahami dan menafsirkan peristiwa dalam konteks alamiahnya. Tidak seperti prosedur kuantitatif, yang berfokus pada pengukuran angka dan gambar, metode kualitatif menekankan interpretasi, konteks, dan makna subjektif (Rachman, Yochanan, et al., 2024).

3. RESULTS AND DISCUSSIONS

Pelaksanaan Pengajuan Klaim Non Kapitasi BPJS Kesehatan dari Faktor Input

Faktor *input* dalam pengelolaan klaim non kapitasi BPJS Kesehatan di Klinik Asiki mencakup berbagai aspek yang menentukan kesiapan dan efektivitas sistem klaim. Unsur- unsur seperti *man*, *material*, *method*, *machine*, dan *money* menjadi komponen penting dalam sistem ini. Pada bagian awal hasil penelitian terkait dengan input dapat terlihat pada gambar 1 berikut ini :



Gambar 1. Pelaksanaan Pengajuan Klaim Non Kapitasi dari Faktor Input
Sumber : Hasil Penelitian (2024)

Di antara sekian banyak unsur manajemen, manusia merupakan unsur yang paling dinamis dan aktif, serta merupakan asset penting dalam organisasi (Qin et al., 2023). Peneliti menemukan bahwa jumlah petugas yang mengelola klaim non kapitasi terdiri atas pengumpul berkas rawat inap semua petugas yang bertugas saat pasien selesai mendapatkan pelayanan, pengumpul berkas dari KIA ada 2 bidan yang cukup kewalahan karena klaim non kapitasi dari KIA banyak macamnya, petugas *entry* merangkap sebagai verifikator 1 orang yang tentunya memiliki beban kerja yang cukup tinggi. Beban kerja adalah sejumlah proses atau kegiatan yang harus diselesaikan oleh seorang pekerja dalam jangka waktu tertentu. Apabila seorang pekerja mampu menyelesaikan dan menyesuaikan diri terhadap sejumlah tugas yang diberikan maka hal tersebut tidak menjadi suatu beban kerja. Namun jika pekerja tidak berhasil maka tugas dan kegiatan tersebut menjadi suatu beban kerja (Vanchapo, 2020). Beban kerja yang terlalu berlebihan akan mengakibatkan stress kerja baik fisik maupun psikis dan reaksi-reaksi emosional lainnya (Vanchapo, 2020). Menurut peneliti, petugas verifikasi tersebut secara kuantitas masih kurang karena sering terjadi penumpukan pekerjaan dan petugas tersebut juga memiliki tanggung jawab sebagai petugas *entry*. Menurut Umar (2005), dikatakan bahwa indikasi kekurangan SDM adalah pertama adanya penumpukan pekerjaan, kedua adanya duplikasi pekerjaan dan terjadinya kerja lembur (*over time*) (Kurniawan H. S & Hardjo, 2020). Penambahan jumlah petugas entri maupun verifikator internal akan mengurangi beban kerja. Beban kerja yang tepat akan membuat ketelitian petugas akan lebih baik sehingga hal ini mampu mengurangi penolakan berkas klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan.

Manajemen Klinik Asiki tidak mempersyaratkan kualifikasi dan kriteria pendidikan bagi petugas yang memproses klaim. Dengan tidak adanya standar kualifikasi petugas akan berakibat rendahnya kualitas pengelolaan klaim tersebut yang akhirnya berdampak pada tingginya tingkat penolakan klaim oleh BPJS Kesehatan. Pendidikan dan kompetensi sangat mempengaruhi kinerja karyawan. Menurut Soares dan Riana (2019), kompetensi merupakan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan suatu pekerjaan, kompetensi merupakan faktor yang sangat mempengaruhi kinerja karena dengan kompetensi yang bagus seseorang lebih berprestasi dalam menyelesaikan pekerjaan sesuai dengan rencana dan hasil lebih memuaskan (Mukhtar et al., 2021).

Permasalahan lain yang ditemukan pada unsur *man* adalah tidak adanya pelatihan khusus bagi petugas pengelola klaim menunjukkan kurangnya perhatian manajemen Klinik Asiki terhadap kompetensi sumber daya manusia yang mengelola klaim. Menurut Handoko (2013), suatu organisasi atau perusahaan harus selalu memperhatikan produktivitas, pendidikan dan pelatihan karena hal ini merupakan segala kegiatan yang dibuat untuk meningkatkan kinerja para pegawainya (Gustiana et al., 2022). Melalui pelatihan yang memadai dapat meningkatkan ketelitian dan keakuratan dalam pengelolaan klaim. Demikian yang diungkapkan dalam penelitian (Artanto, 2018) kurangnya pelatihan untuk menambah pengetahuan yang memadai membuat proses berkas klaim menjadi terlambat. Dengan demikian, pelatihan yang terstruktur dan berkelanjutan sangat diperlukan untuk meningkatkan kompetensi petugas dalam mengelola berkas klaim. Staf yang bertugas di aspek input harus memiliki pengalaman yang cukup dan pengetahuan yang memadai dalam hal prosedur dan persyaratan berkas klaim. Upaya untuk melatih dan mengembangkan keterampilan yang dibutuhkan oleh petugas yang menangani klaim tersebut dapat meningkatkan efisiensi dalam manajemen klaim. Manusia adalah unsur manajemen terpenting dan sangat diperlukan dalam manajemen. Semua sumber daya yang dimiliki baik uang, teknologi dan proses menjadi tidak efektif jika petugas tidak memiliki pengetahuan dan keterampilan (Putra, 2024). Oleh karena itu manajemen Klinik Asiki harus memberikan pelatihan secara komprehensif kepada petugasnya.

Dalam buku "Pengantar Manajemen" dituliskan bahwa pelatihan dan pengembangan sangat penting sebagai upaya peningkatan kualitas SDM yang dimiliki oleh suatu perusahaan. Peningkatan kualitas sumber daya manusia dapat ditempuh dengan pengembangan sumber daya manusia. Pengembangan ini akan meningkatkan kompetensi sumber daya manusia dalam mengurus organisasi di suatu perusahaan. Dengan kompetensi sumber daya manusia, diharapkan karyawan bekerja lebih profesional dan produktif sehingga kinerja yang dicapai memuaskan sesuai dengan syarat standar kerja (Rachman, Yeni, et al., 2024).

Sementara itu dari unsur metode, manajemen Klinik Asiki juga belum membuat SOP (Standar Operasional Prosedur) secara tertulis terkait pelaksanaan klaim non kapitasi. Standar operasional prosedur (SOP) adalah panduan tertulis yang memuat intruksi dan prosedur kerja yang

harus diikuti untuk mencapai hasil yang konsisten dan optimal dalam sebuah organisasi. Tidak adanya SOP merupakan kelemahan dalam manajemen operasional Klinik Asiki. Proses pengumpulan berkas klaim dilakukan berdasarkan ketentuan lisan yang dapat menyebabkan inkonsistensi. SOP memiliki peran yang penting dalam memberikan panduan yang jelas dan konsisten bagi petugas dalam mengelola klaim non kapitasi. Tanpa prosedur yang jelas maka proses pengumpulan dan verifikasi berkas klaim akan meningkatkan inkonsistensi dan kesalahan. Untuk mencapai tujuan perusahaan, perusahaan memberikan suatu rancangan berupa SOP yang akan menjadi pedoman karyawan dalam melakukan tugasnya dan untuk meminimalisasi kesalahan saat melakukan tugas masing-masing karyawan (Prabawani et al., 2023). Dalam Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara no 21 tahun 2008 (Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) Administrasi Pemerintahan, 2008), salah satu manfaat dari SOP adalah sebagai standarisasi langkah yang digunakan pegawai untuk menyelesaikan pekerjaan khusus, mengurangi kesalahan dan terjadinya kelalaian. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh M. Kusairi (2013) di RSUD Brigjend. H. Hasan Basry Kandangan ditemukan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan berkas klaim pasien Jamkesmas dapat disebabkan oleh tidak adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) (Valentina et al., 2022). SOP sangat penting untuk menjadi pedoman dalam melaksanakan suatu kegiatan termasuk dalam hal proses klaim non kapitasi. SOP berfungsi sebagai alat kontrol kualitas yang memastikan bahwa setiap aktivitas atau proses yang dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan sehingga akan meminimalisasi kesalahan. Dengan demikian SOP yang jelas dan petugas yang berkompeten serta memiliki keterampilan akan sangat membantu dalam pelaksanaan proses klaim ke BPJS Kesehatan. Dengan adanya SOP maka akan meminimalkan kesalahan yang dilakukan oleh petugas yang akhirnya dapat mengurangi berkas klaim yang ditolak oleh BPJS Kesehatan. Manajemen Klinik Asiki harus mampu mengimplementasikan SOP dengan baik yang melibatkan beberapa langkah penting termasuk melakukan identifikasi proses yang membutuhkan standarisasi, penulisan prosedur secara jelas, pelatihan dan sosialisasi SOP kepada petugas, pengawasan serta evaluasi secara berkala untuk memastikan kepatuhan petugas dan relevansi SOP dengan kondisi di lapangan.

Dalam penelitian ini unsur *material* merupakan bahan yang mendukung proses pengajuan klaim non kapitasi ke BPJS Kesehatan, diantaranya adalah kelengkapan identitas pasien, kartu BPJS Kesehatan / KTP, kelengkapan berkas, *form* rawat inap dan KIA. Kelengkapan dan ketepatan berkas adalah aspek krusial dalam proses klaim. Dokumen yang dibutuhkan termasuk surat perintah rawat inap, persetujuan tindakan, serta identitas pasien yang harus sesuai dengan data BPJS. Di Klinik Asiki, sering terjadi masalah terkait ketidaklengkapan atau ketidaktepatan pengisian dokumen, yang menjadi salah satu penyebab utama penundaan atau penolakan klaim. Permasalahan ini juga ditemukan pada penelitian (Kusniawan et al., 2021) yang menyimpulkan kelengkapan berkas yang menyebabkan pengajuan klaim non kapitasi mengalami keterlambatan. Kesalahan dalam mengelola dokumen tersebut juga dapat disebabkan pada unsur *man* yaitu karena beban kerja yang tinggi, ketelitian yang tidak maksimal dan kurangnya pemahaman tentang persyaratan klaim untuk masing-masing pelayanan serta jumlah petugas yang masih kurang. Manajemen Klinik Asiki harus mampu merumuskan tata kelola dokumen yang efektif dan sistematis yang dapat mengurangi kesalahan dan mempercepat proses pengajuan klaim.

Komponen input berikutnya adalah *machines* yang pada penelitian ini berupa sistem informasi, aplikasi dan jaringan internet. Klinik Asiki telah menggunakan rekam medik elektronik (RME) yang fungsinya masih sebatas penyimpanan data pelayanan pasien secara digital namun belum *bridging* dengan aplikasi *p-care* milik BPJS Kesehatan. Sistem informasi manajemen (SIM) adalah kerangka kerja yang mengintegrasikan teknologi informasi dengan proses bisnis untuk menghasilkan informasi yang relevan, akurat dan tepat waktu yang mendukung pengambilan keputusan yang efektif dalam mendukung kinerja organisasi (Rachman, Yeni, et al., 2024). Sistem informasi manajemen (SIM) memberikan informasi yang diperlukan untuk perencanaan jangka panjang, membantu organisasi mengidentifikasi tren pasar, serta mengukur dan memonitor kinerja untuk meningkatkan efisiensi dan produktivitas. Oleh karena itu, peran SIM tidak hanya terbatas pada tingkat operasional, tetapi juga membentuk dasar untuk pengambilan keputusan tingkat atas dan merumuskan strategi jangka panjang (Erwin et al., 2024). Penggunaan teknologi informasi dalam proses klaim sangat penting untuk memastikan kelancaran dan akurasi data. Penggunaan teknologi informasi / aplikasi di Klinik Asiki belum maksimal karena aplikasi yang digunakan belum terintegrasi

dengan aplikasi *p-care* BPJS Kesehatan sehingga proses *input* ke *p-care* mengalami hambatan yang mengakibatkan beberapa berkas akhirnya harus dikumpulkan secara manual dan kurang efisien. Hal ini tidak hanya menghambat proses pengajuan klaim tetapi juga meningkatkan risiko kesalahan dalam pengolahan data. Dalam pengamatan peneliti juga didapatkan bahwa penggunaan jaringan internet sering mengalami gangguan dimana hal ini juga mempengaruhi proses *input* ke *p-care* BPJS Kesehatan. Saat ini Klinik Asiki menggunakan jaringan internet yang kurang stabil sehingga sering terjadi *disconnect* dengan *p-care*.

Ketergantungan pada proses yang dilakukan secara manual tidak hanya akan memperlambat waktu pemrosesan namun juga bisa meningkatkan kesalahan manusia. Dengan penggunaan sistem informasi yang efektif akan memungkinkan pengelolaan data yang lebih baik serta mempermudah verifikasi dan pengajuan klaim secara *real-time*. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian terdahulu oleh (Kusniawan et al., 2021) dimana Puskesmas Nanggulan sering mengalami gagal *bridging* antara Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS) dengan aplikasi *p-care* menyebabkan input data layanan yang dimasukkan ke dalam SIMPUS tidak muncul di aplikasi *p-care*. Manajemen Klinik Asiki harus segera melakukan *upgrade* aplikasi yang digunakan agar bisa *bridging* dengan *p-care* milik BPJS Kesehatan. Selain itu perlu menjaga kestabilan jaringan internet untuk menjamin koneksi tidak terputus ketika *bridging*.

Unsur *money* merupakan sumber daya yang penting dalam suatu organisasi misalnya dalam hal ini Klinik Asiki, karena sangat penting bagi aktivitas operasional dan kebutuhannya. Dalam aspek pengelolaan klaim ini alokasi anggaran digunakan untuk pelatihan staf dan pemeliharaan serta peningkatan sistem informasi. Di Klinik Asiki, karena tidak adanya alokasi anggaran mengakibatkan kurangnya pelatihan untuk staf dan penundaan dalam pembaruan sistem informasi. Investasi dalam pelatihan dan teknologi merupakan langkah penting untuk meningkatkan efisiensi operasional dan kualitas layanan, yang pada akhirnya dapat meningkatkan penerimaan klaim dan mengurangi tingkat penolakan. Keterbatasan anggaran menjadi salah satu kendala utama yang perlu diatasi untuk meningkatkan kualitas manajemen klaim di Klinik Asiki.

Pelaksanaan Pengajuan Klaim Non Kapitasi BPJS Kesehatan dari Faktor Proses

Setelah faktor *input*, hal selanjutnya yang mempengaruhi klaim non kapitasi adalah faktor proses. Pada gambar 2. diperlihatkan proses klaim BPJS Kesehatan di Klinik Asiki dengan temuan-temuan yang didapatkan ketika wawancara., observasi dan telusur dokumen.



Gambar 2. Pelaksanaan Pengajuan Klaim Non Kapitasi dari Faktor Proses

Sumber : Hasil Penelitian (2024)

Proses dalam pengelolaan klaim non kapitasi mencakup pelayanan administrasi, rekapitulasi pelayanan, dan rekapitulasi berkas klaim. Dalam hal pelayanan administrasi, data pasien harus lengkap dan sesuai dengan syarat yang ditetapkan oleh BPJS, seperti nomor kartu BPJS yang aktif. Masalah yang sering muncul adalah ketidakcocokan data dan kesalahan input, yang dapat menghambat proses klaim. Rekapitulasi pelayanan yang dilakukan secara manual juga meningkatkan kemungkinan terjadinya kesalahan, terutama jika petugas mengalami kelelahan atau kurang pelatihan. Keterlambatan dalam rekapitulasi pelayanan dan kesalahan dalam

mengumpulkan dan memproses data pasien menunjukkan perlunya sistem yang lebih terstruktur dan terotomatisasi untuk meningkatkan efisiensi. Rekapitulasi berkas klaim juga menjadi titik krusial di mana kelengkapan dan ketepatan penyimpanan berkas sangat mempengaruhi proses klaim. Kendala yang sering ditemui termasuk berkas tertukar, hilang, atau salah pemilahan, yang semuanya dapat menyebabkan penundaan pengajuan klaim ke BPJS.

Pelayanan administrasi peserta BPJS Kesehatan dimulai dari ketika pasien mendaftar di loket pendaftaran. Pasien harus memiliki nomor BPJS dan aktif yang nantinya akan dilakukan pengecekan oleh petugas baik melalui kartu BPJS atau KTP pasien, setelah itu pasien akan diarahkan ke tempat pelayanan yang akan dituju. Proses pelayanan administrasi menjadi langkah awal yang penting dalam pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan. Dari wawancara, ditemukan bahwa prosedur administrasi melibatkan persyaratan pendaftaran seperti verifikasi kartu BPJS yang aktif, kelengkapan data identitas pasien, serta pengumpulan berkas yang harus dilakukan oleh petugas administrasi. Kesalahan atau ketidakcocokan data pasien sering kali menjadi hambatan, seperti ketidakcocokan identitas dengan yang tercatat di BPJS, yang pada akhirnya dapat menyebabkan penundaan atau penolakan klaim.

Dalam hal pelayanan rawat inap dan KIA, prosedur pengumpulan berkas dimulai setelah pasien dipulangkan, di mana berkas-berkas terkait seperti tanda tangan DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) dan pasien harus dilengkapi. Berkas yang telah dikumpulkan kemudian diserahkan kepada kepala unit untuk pengecekan lebih lanjut sebelum diserahkan kepada verifikator klinik. Kendala yang sering dihadapi dalam pelayanan administrasi ini antara lain ketidakcocokan identitas dan kelengkapan berkas yang sering kali tidak sesuai, serta perbedaan waktu pelayanan yang tercatat.

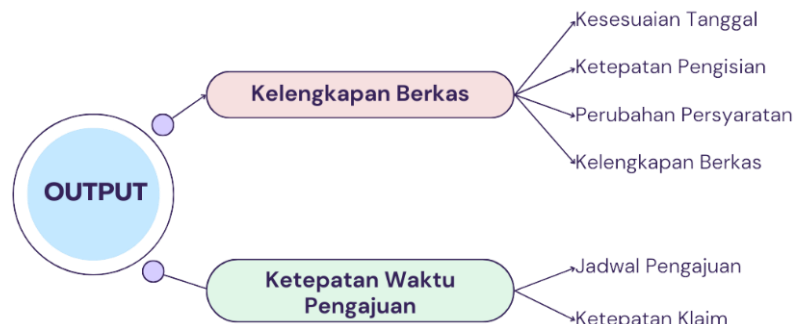
Rekapitulasi pelayanan dilakukan oleh petugas yang bertanggung jawab pada unit pelayanan terkait. Proses ini bertujuan untuk memastikan bahwa semua data pelayanan pasien telah direkam dan dikumpulkan dengan benar sebelum diajukan dalam bentuk klaim. Namun, beberapa kendala seperti kesalahan input data dan keterlambatan dalam pengumpulan berkas sering terjadi, yang menyebabkan rekapitulasi tidak dapat dilakukan tepat waktu.

Rekapitulasi pelayanan pada klaim rawat inap tingkat pertama sebagaimana diatur dalam (Direktorat Pelayanan BPJS Kesehatan, 2014) yaitu nama, nomor identitas, diagnosa penyakit, tanggal masuk dan tanggal keluar perawatan, jumlah hari rawat, besaran tarif paket, jumlah tagihan paket rawat inap dan jumlah seluruh tagihan. Sedangkan pada klaim persalinan rekapitulasi pelayanan berupa nama, nomor identitas, tanggal pelayanan, GPA (*Gravid Partus Abortus*), jenis persalinan (dengan penyulit atau tanpa penyulit), besaran tarif paket dan jumlah seluruh tagihan (Direktorat Pelayanan BPJS Kesehatan, 2014). Setelah rekapitulasi pelayanan, tahap berikutnya adalah rekapitulasi berkas klaim. Proses ini melibatkan pengecekan kelengkapan dan keakuratan berkas yang akan diajukan, termasuk verifikasi tanda tangandan kelengkapan formulir. Kendala utama yang dihadapi pada tahap ini adalah berkas yang tidak lengkap atau berkas yang tertukar, yang dapat menyebabkan klaim ditolak atau memerlukan pengajuan ulang.

Verifikasi kelengkapan berkas klaim oleh pihak internal klinik dilakukan tanpa panduan SOP yang jelas sehingga dapat terjadi inkonsisten dan berpotensi menimbulkan kesalahan dalam pengajuan klaim. Dalam penelitian (Valentina et al., 2022) ditemukan ketidaklengkapan berkas rekam medis untuk pengklaiman di RSUD Tanjung Pura terjadi karena bagian analisis data / verifikasi yang bertugas memeriksa kelengkapan rekam medis yang dikirim dari ruangan kurang teliti dalam mengecek berkas rekam medis pasien sebelum dikirim ke bagian pengklaiman. Demikian juga hasil penelitian (Yulliva et al., 2019) dikatakan bahwa penyerahan berkas klaim oleh petugas entri sudah berjalan dengan baik namun kadang masih ada berkas klaim yang diserahkan belum lengkap dan tidak tepat waktu, berkas klaim yang belum lengkap ditunda dulu penyelesaiannya karena harus diserahkan kembali ke petugas Puskesmas untuk diperbaiki atau dilengkapi, begitu juga jika berkas klaim diserahkan tidak tepat pada waktu yang telah ditentukan, hal itu dapat mengganggu kelancaran proses selanjutnya.

Pelaksanaan Pengajuan Klaim Non Kapitasi BPJS Kesehatan dari Faktor Output

Faktor *output* dalam proses pengajuan klaim di Klinik Asiki berkaitan dengan kelengkapan berkas dan ketepatan waktu pengajuan berkas. Kelengkapan berkas merupakan salah satu persyaratan utama yang harus dipenuhi untuk memastikan klaim diterima oleh BPJS. Faktor *output* dan kondisi yang mempengaruhinya tersajikan pada gambar 4.



Gambar 3. Pelaksanaan Pengajuan Klaim Non Kapitasi dari Faktor Output
Sumber : Hasil Penelitian (2024)

Faktor *output* dalam pengelolaan klaim non kapitasi BPJS Kesehatan di Klinik Asiki meliputi kelengkapan berkas dan ketepatan waktu pengajuan. Kelengkapan berkas merupakan salah satu persyaratan utama yang harus dipenuhi untuk memastikan klaim diterima oleh BPJS. Data menunjukkan bahwa kelengkapan berkas, seperti surat perintah rawat inap, *informed consent*, dan dokumen pendukung lainnya, sangat penting dalam proses pengajuan klaim. Meskipun sudah ada beberapa upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kelengkapan dan keakuratan berkas klaim, namun masih terdapat beberapa kesulitan dalam memenuhi standar BPJS Kesehatan.

Kelengkapan berkas merupakan aspek fundamental dalam proses pengajuan klaim. Berkas yang lengkap mencakup berbagai dokumen seperti surat perintah rawat inap, tanda tangan DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien), *informed consent*, dan formulir BPJS yang telah diisi dengan benar. Berdasarkan hasil wawancara, proses verifikasi dilakukan secara mendetail untuk memastikan bahwa semua dokumen yang diperlukan telah disertakan dan sesuai dengan persyaratan BPJS. Kelengkapan berkas tidak hanya meliputi jumlah dokumen, tetapi juga akurasi data, seperti tanggal pelayanan dan tanda tangan yang harus sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Tanpa kelengkapan ini, klaim dapat tertunda atau bahkan ditolak, yang akan berdampak negatif pada *cash flow* dan operasional klinik. Manajemen Klinik Asiki juga harus bisa membangun komunikasi dan kolaborasi yang baik dengan BPJS Kesehatan mengingat perubahan syarat berkas klaim terkadang tidak disampaikan oleh petugas BPJS Kesehatan. Dalam buku "Manajemen Risiko Dan Asuransi" (Rachman, Sahib, et al., 2024) dituliskan bahwa sumber ketidakpastian dalam konteks manajemen risiko adalah variabilitas alami, ketidakpastian informasi dan ketidakpastian manusia. Ketidakpastian informasi, dimana informasi yang diperlukan untuk membuat keputusan mungkin tidak tersedia secara lengkap atau mungkin tidak akurat.

Klinik Asiki perlu segera memperbaiki proses internalnya agar pengelolaan klaim tersebut bisa menghasilkan berkas yang memenuhi syarat dan standar yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Semua umpan balik dari BPJS Kesehatan sebaiknya dipertimbangkan dan dilakukan evaluasi terhadap berkas klaim yang ditolak untuk perbaikan di masa mendatang. Kualitas berkas klaim yang lebih baik akan membantu proses klaim yang sukses dan mempertahankan tingkat layanan kesehatan tertinggi bagi peserta BPJS Kesehatan.

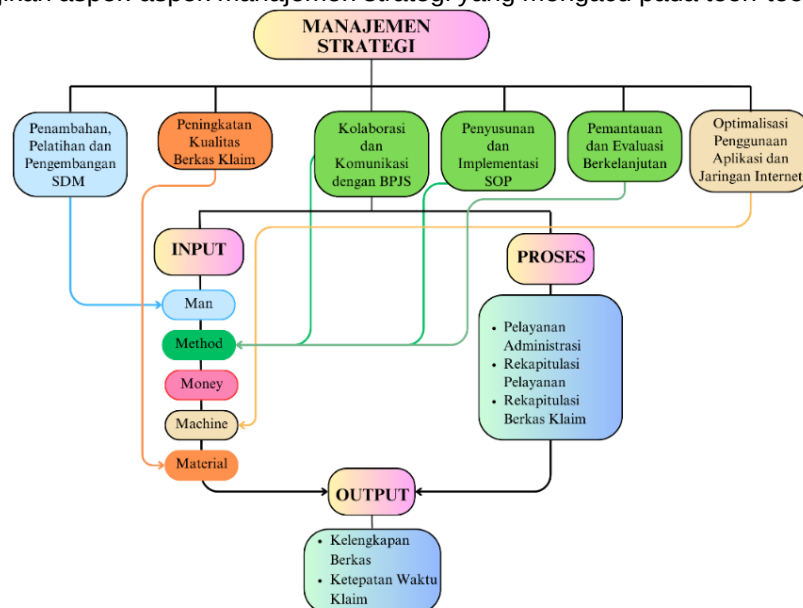
Selain kelengkapan berkas, ketepatan waktu pengajuan juga menjadi faktor penentu dalam keberhasilan proses klaim. Ketepatan waktu dalam pengajuan klaim juga menjadi aspek yang penting, karena keterlambatan dalam pengajuan dapat menyebabkan klaim ditolak atau memerlukan proses verifikasi tambahan yang memakan waktu. Pada kenyataannya, pengajuan klaim masih sering terjadi keterlambatan karena faktor internal, seperti penundaan oleh staf dalam menyerahkan berkas, dan kurangnya monitoring terhadap proses pengajuan. Keterlambatan ini bisa disebabkan oleh beban kerja yang tinggi atau kurangnya sistem monitoring yang efektif. Ketepatan waktu dalam pengajuan klaim tidak hanya penting untuk kepatuhan regulasi, tetapi juga untuk memastikan bahwa aliran dana dari BPJS ke fasilitas kesehatan tidak terganggu, yang pada akhirnya akan mempengaruhi kualitas pelayanan kepada pasien.

Strategi Manajemen Pelaksanaan Pengajuan Klaim Non Kapitasi BPJS Kesehatan

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa Klinik Asiki belum memiliki strategi manajemen yang efektif dalam pelaksanaan pengajuan klaim non kapitasi BPJS Kesehatan. Ketiadaan strategi yang jelas

ini menyebabkan proses pengelolaan klaim non kapitasi menjadi tidak efisien dan sering kali gagal memenuhi standar yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Kaplan dan Norton secara tegas menyatakan bahwa tidak ada satu capaian tanpa dimulai dengan penyiapan strategi. Capaian yang diperoleh satu perusahaan adalah hasil dari penerapan strategi. Tanpa strategi, perusahaan tidak akan mencapai apa-apa. Apabila terjadi kegagalan, strategilah yang pertama dipertanyakan tepat atau tidak (Anwar, 2020). Strategi manajemen menurut Michael A. Hitt & R. Duane Ireland & Robert E. Hoslisson (Rahim & Radjab, 2017) adalah proses untuk membantu organisasi dalam mengidentifikasi apa yang ingin mereka capai, dan bagaimana seharusnya mereka mencapai hasil yang bernilai. Manajemen Strategi adalah apa yang dilakukan manajer untuk mengembangkan strategi organisasi, untuk mencapai tujuan organisasi yang berarti bagaimana cara melaksanakan misi organisasi. Manajemen strategi menetapkan arah yang terpadu dari berbagai tujuan dan membimbing penggunaan sumber daya yang diperlukan untuk menggerakkan organisasi ke arah tujuan tersebut (Rohendi, Chandra Resta, et al., 2023). Gambar 4. disajikan aspek-aspek manajemen strategi yang mengacu pada teori-teori yang relevan.



Gambar 4. Rekomendasi Strategi Manajemen Pengajuan Klaim Non Kapitasi BPJS Kesehatan
Sumber : Hasil Penelitian (2024)

Pada gambar 4 peneliti menampilkan konsep strategi yang dapat digunakan oleh manajemen Klinik Asiki dalam pengelolaan klaim non kapitasi. Klinik Asiki perlu mengembangkan strategi manajemen yang lebih efektif untuk meningkatkan efisiensi pengelolaan klaim. Kurangnya strategi yang jelas dan terstruktur menyebabkan inefisiensi dalam proses pengelolaan klaim, yang berujung pada seringnya klaim tidak memenuhi standar BPJS. Untuk memperbaiki situasi ini, diperlukan pengembangan strategi manajemen yang mencakup penambahan, pelatihan dan pengembangan SDM, peningkatan kualitas berkas klaim, melakukan kolaborasi dan komunikasi yang lebih intens dengan BPJS Kesehatan, penyusunan dan implementasi SOP, melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap semua prosedur yang telah dibuat, optimalisasi penggunaan aplikasi dan jaringan internet dan yang tidak kalah pentingnya adalah dukungan finansial untuk pengelolaan SDM dalam hal ini pengembangan dan pelatihan staf serta pemutakhiran teknologi informasi / aplikasi dan jaringan internet. Dalam buku "Pengantar Manajemen" (Rachman, Yeni, et al., 2024) dituliskan pentingnya pelatihan dan pengembangan SDM untuk meningkatkan kemampuan karyawan dalam menyelesaikan pekerjaannya sehingga akhirnya akan meningkatkan efisiensi kerja dalam mencapai tujuan perusahaan. Sementara dalam (Rohendi, Chandra Resta, et al., 2023), dikemukakan bahwa untuk membangun strategi yang baik maka perlu dilakukan tahapan-tahapan berupa perumusan strategi, implementasi strategi dan evaluasi strategi. Menurut (Rahim & Radjab, 2017) strategi manajemen melalui beberapa tahapan yaitu mengidentifikasi masalah, mengelompokkan masalah, proses abstraksi, penentuan metode dan cara penyelesaian serta

perencanaan evaluasi. Dengan menerapkan strategi manajemen yang komprehensif Klinik Asiki dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas pengelolaan klaim serta mengurangi tingkat penolakan klaim oleh BPJS Kesehatan. Selain strategi yang disebutkan di atas penting untuk diterapkan adalah menjaga komunikasi yang baik antar manajer (pimpinan) dengan staf dalam mengelola klaim ini. Salah satu inti teori komunikasi Deetz dalam (Hidayat et al., 2022) mengatakan bahwa kontrol strategis merupakan sesuatu yang dibutuhkan untuk meningkatkan pengendalian dalam manajerial. Keberhasilan atau kegagalan perusahaan adalah hasil dari faktor-faktor di luar kendali manajerial. Selain itu masih dalam (Hidayat et al., 2022) menurut Deetz, seharusnya dalam menentukan strategi manajemen terdapat suara pekerja. Para pekerja harus diberikan kebebasan memberikan pendapat demi kemajuan perusahaan.

4. CONCLUSION

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis strategi manajemen pelaksanaan pengajuan klaim non kapitasi BPJS Kesehatan di Klinik Asiki, dengan fokus pada faktor *input*, proses, dan *output*. Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data yang telah dilakukan, dapat disimpulkan beberapa poin penting sebagai berikut: A) Dari faktor *input* manajemen Klinik Asiki masih menghadapi berbagai tantangan dalam hal sumber daya manusia, SOP/kebijakan, dan teknologi informasi yang digunakan dalam proses pengajuan klaim non kapitasi. B) Dari faktor proses, pengelolaan klaim melibatkan beberapa tahapan penting, termasuk pelayanan administrasi, rekapitulasi pelayanan, dan rekapitulasi berkas klaim. Tantangan utama di sini adalah kurangnya integrasi teknologi informasi yang dapat membantu meminimalisasi kesalahan dalam pengumpulan dan verifikasi data. Keterlambatan dalam rekapitulasi dan pengolahan berkas klaim sering kali terjadi, yang disebabkan oleh ketergantungan pada prosedur manual dan ketidakstabilan jaringan internet. C) Faktor *output* dalam proses pengajuan klaim di Klinik Asiki berkaitan dengan kelengkapan dan ketepatan waktu pengajuan berkas. Kesalahan dalam dokumentasi atau ketidaklengkapan berkas sering kali menyebabkan penolakan klaim. Kualitas berkas klaim yang diajukan oleh Klinik Asiki masih perlu ditingkatkan untuk mengurangi tingkat penolakan klaim oleh BPJS Kesehatan. D) Klinik Asiki belum memiliki strategi manajemen yang efektif dalam pelaksanaan klaim non kapitasi BPJS Kesehatan. Pengembangan strategi yang komprehensif, yang mencakup pelatihan dan pengembangan SDM, penyusunan SOP, pemanfaatan teknologi informasi yang lebih memadai, serta mekanisme monitoring dan evaluasi yang berkelanjutan, sangat diperlukan untuk memastikan bahwa seluruh proses pengelolaan klaim berjalan dengan lancar dan efektif. Temuan penelitian ini dapat menjadi acuan bagi Klinik Asiki dan klinik-klinik lainnya dalam mengembangkan strategi manajemen yang efektif untuk pengelolaan klaim non kapitasi BPJS Kesehatan. Implementasi rekomendasi yang telah diajukan diharapkan dapat meningkatkan kualitas pengelolaan klaim, mengurangi tingkat penolakan klaim, dan meningkatkan kepuasan pasien.

REFERENCES

- A. Fandy. (2022). Apa itu SOP? Pengertian, Fungsi dan Manfaatnya. Gramedia Blog. <https://www.gramedia.com/best-seller/apa-itu-sop/>
- Abekah-Nkrumah, G., Antwi, M., Attachey, A. Y., Janssens, W., & Rinke de Wit, T. F. (2022). Readiness of Ghanaian health facilities to deploy a health insurance claims management software (CLAIM-it). PLoS ONE, 17(10 October). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275493>
- Anwar, M. (2020). Manajemen Strategik : Daya Saing dan Globalisasi (Vol. 1).
- Artanto, A. (2018). Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari-Maret 2016. Administrasi Rumah Sakit, 4, 122–134.
- Azhari, A. (2020). Pelaksanaan Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rumah Sakit Bahagia Makassar.
- Azwar, A. (2010). Pengantar Administrasi Kesehatan (2010) (3rd ed.). Binarupa Akasara.
- BPJS Kesehatan. (n.d.). Panduan Praktis : Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan.
- Chandra, E., Rosmika, E., & Efendi. (2021). Pengantar Manajemen Sumber Daya Manusia (R. Watrionthos & J. Simarmat, Eds.; 1st ed., Vol. 1). Yayasan Kita Menulis.
- Chandra Resta, Rohendi A, & Widjaja Yani. (2023). Strategi Manajemen Membangun Kualitas Pelayanan. Jurnal Ilmiah Nasional, 5(2023), 120–138.
- David, F. (2006). Strategic Management : Concepts And Cases (13th ed.). Francis Marion University.
- Direktorat Pelayanan BPJS Kesehatan. (2014). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan.
- Dwi Astuti, L., Chotimah, I., Khodijah Parinduri, S., Manajemen Pelayanan Kesehatan, K., Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan, P., Ibn Khaldun Bogor Jl Sholeh Iskandar Raya Km, U. K.,

- Badak, K., & Barat, J. (2021). Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Proses Klaim BPJS di RSUD Leuwiliang Bogor Tahun 2018. *PROMOTOR Jurnal Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 4(3). <http://ejournal.uika-bogor.ac.id/index.php/PROMOTOR>
- Erwin, Judijanto, L., Anggraeni, A. F., Nurfaidah, Damayanti, F., Sari, H. E., & Indrayani, N. (2024). *Sistem Informasi Manajemen (Teori, Prinsip dan Penerapan)* (I. K. Sari, Ed.; 1st ed.). Sonpedia Publishing Indonesia.
- Gustiana, R., Hidayat, T., Fauzi, A., & Penulis, K. (2022). Pelatihan Dan Pengembangan Sumber Daya Manusia (Suatu Kajian Literatur Review Ilmu Manajemen Sumber Daya Manusia). *Jurnal Ekonomi Manajemen Sistem Informasi*, 3(6), 657–666. <https://doi.org/10.31933/jemsi.v3i6>
- Hidayat, D., Christin, M., & Nur'aeni. (2022). *Teori Komunikasi* (N. S. Nurbaya, Ed.; 1st ed., Vol. 1). Sambiosa Rekatama Media.
- Kurnia ; Akbarul, R. (2018). Kajian Sistem Pengajuan Klaim Pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di RSD Balung Kabupaten Jember Tahun 2017. Repository Universitas Jember.
- Kurniawan Henokh Sony, & Hardjo Kuswanto. (2020). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kes di RS Bhayangkara Yogyakarta. Universitas Jendral Achmad Yani.
- Kusniawan, H., Seha, H. N., & Pradnyantara. (2021). Analisis Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Non Kapitasi Puskesmas Nanggulan Kabupaten Kulon Progo. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 01(1 Desember 2021), 12–19.
- Marinu Waruwu. (2023). Pendekatan Penelitian Pendidikan: Metode Penelitian Kualitatif, Metode Penelitian Kuantitatif dan Metode Penelitian Kombinasi (Mixed Method). *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 7(1 tahun 2023), 2896–2910.
- Mekarisce, A. A. (2020). Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data pada Penelitian Kualitatif di Bidang Kesehatan Masyarakat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 12(2020), 145–151.
- Mukhtar, A., Daeng Toto, H., Mutmainnah, I., & Nusantara, D. (2021). Hubungan Kompetensi Terhadap Kinerja Karyawan. *Nobel Management Review*, 2(2021), 282–290.
- Mutia, H. (2016). Gambaran Klaim Peserta JKN Yang Ditolak BPJS Kesehatan di RS Singaparna Medika Citrautama Kabupaten Tasikmalaya Jawa Barat.
- Narbuko, C., & Achmadi, A. (2015). *Metodologi Penelitian*. Bumi Aksara.
- Nasution, W. et al. (2022). 9 Pendapat Ahli Mengenai Sistem Informasi Manajemen. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 3(Sept 2022), 5893–5895.
- Nur'aini Fajar. (2020). Panduan Lengkap Menyusun SOP dan KPI. Anak Hebat Indonesia. https://books.google.co.id/books?id=94P1DwAAQBAJ&pg=PT38&hl=id&source=gbs_toc_r&cad=2#v=onepage&q&f=false
- Pedoman Penyusunan Standar Operational Prosedur (SOP) Administrasi Pemerintahan, Pub. L. No. No 21 Tahun 2008 (2008).
- Peraturan BPJS No 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Sosial, (2014).
- Per BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Faskes Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, Pub. L. No. No 7 Tahun 2018 (2018).
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 36 TAHUN 2015 Tentang Pencegahan Kecurangan Dalam Pelaksanaan Program JKN Pada SJSN, (2015).
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada JKN, (2013).
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2014 Pedoman Pelaksanaan JKN, (2014).
- Peraturan Presiden RI Nomor 32 Tahun 2014 Tentang Pengelolaan Dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN Pada FKTP Milik Pemda, (2014).
- Peraturan Presiden RI Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan, (2013).
- Prabawani, I., Junus, Y., & Ratna. (2023). Analisis Penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pada Departemen Inventory PT. Rimex International Indonesia Balikpapan. *Jurnal Mahasiswa Kreatif*, 1(3).
- Priyono. (2010). *Manajemen Sumber Daya Manusia* (Chandra Teddy, Ed.; 2nd ed., Vol. 2). Zifatama Publisher.
- Putra. (2024, June 17). "Unsur – Unsur Manajemen: Pendapat Para Ahli Dan Penjelasannya." <https://artikelpendidikan.id/>
- Qin, X., Huang, Y. N., Hu, Z., Chen, K., Li, L., Wang, R. S., & Wang, B. L. (2023). Human resource management research in healthcare: a big data bibliometric study. *Human Resources for Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00865-x>
- Rachman, A., Yochanan, E., Ilham, A., & Purnomo, H. (2024). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D* (S. Ag. , M. Pd. , M. S. Dr. Bambang Ismaya, Ed.; 1st ed., Vol. 1). CV Saba Jaya Publisher.
- Rachman, A., Sahib, A., & Nugroho, A. F. (2024). *Manajemen Risiko dan Asuransi* (A. Asari, Ed.; 1st ed.).
- Rachman, A., Yeni, A., Muhammad Rivai, A., Herdiansyah, D., Irensi Seppa, Y., Kirana Putra, R., Stiadi, M., Rundu Wonua, A., Ruswandi, W., & Senoaji, F. (2024). *Pengantar Manajemen* (D. P. Sari, Ed.; 1st ed.). Get Press Indonesia.
- Rahim, R., & Radjab, E. (2017). *Manajemen Strategi* (1st ed., Vol. 1). Lembaga Perpustakaan dan Penerbit Universitas Muhammadiyah Makassar.
- Rahmadi. (2011). *Pengantar Metodologi Penelitian* (Yahrani, Ed.; 1st ed., Vol. 1). Antasari Press.

- Rahmatiga, C., Ciciolina, & Zaimi, S. (2022). Analisis Manajemen Input Pelaksanaan Prosedur Klaim Non Kapitasi Peserta JKN-KIS. *Jurnal Kesehatan Medika Sainika*, 13(1).
- Rahmawati, L. (2022). Pentingnya Penerapan Manajemen Strategis Di Rumah Sakit Untuk Menjadi Rumah Sakit Pilihan Masyarakat. *Jurnal Medika Utama*, 03(2022), 2356–2365.
- Rohendi, A., Nurlaelah, E., Handayani, N., & Suwardhani, A. D. (2023). Manajemen Strategi Sekolah Dalam Meningkatkan Mutu Pendidikan Di MTS SA Al-Istiqomah. In *Prosiding Magister Manajemen ARS University* (Vol. 1, Issue 2).
- Rohendi, A., Kurniawati, F., & Wahyudi, B. (2023). Pengaruh Beban Kerja, Tekanan Mental Dan Motivasi Kerja Terhadap Kinerja Perawat Di RS Budi Kemuliaan Batam.
- Rohendi, A., Chandra Resta, & Widjaja Yani. (2023). Strategi Manajemen Membangun Kualitas Pelayanan Menggunakan Importance Performance Analysis (IPA), Potential Gain In Customer Value Index (PGCV) Dan Serqual Di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Kalimantan Tengah. *Jurnal Ilmiah Nasional*, 5(2023), 120–138.
- Rohman, A., & Ap, M. (2017). *Dasar-Dasar Manajemen* (1st ed., Vol. 1). Inteligencia Media.
- Rusdiana, H. A. (2014). *Manajemen Operasi* (B. A. Saebani, Ed.). CV Pustaka Setia.
- Saputra, K., Kusumawati, D., Rizqullah, L., & Adib, M. (2023). *Manajemen Kesehatan* (F. Fadhillah, Ed.; 1st ed.). Sada Kurnia Pustaka. <https://www.researchgate.net/publication/372553748>
- Saragih, D. R. U. (2024). *Manajemen Operasional Strategi dan Praktik Terbaik* (1st ed.). PT Literasi Nusantara Abadi Grup. www.penerbitlitnus.co.id
- Sidiq, U., & Choiri, M. (2019). *Metode Penelitian Kualitatif di Bidang Pendidikan* (A. Mujahidin, Ed.; 1st ed., Vol. 1). CV Nata Karya.
- Subali, T., Maskan, M., & Mulyadi, K. (2019). *Pengantar Manajemen* (Vol. 1). Polinema Press. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17567.48800>
- Subandi, Rahmawati E, Inayati H, (2023). Pemahaman Konseptual Tentang Standard Operating Procedure (SOP): Dasar, Tujuan, Manfaat, Dan Penerapan. *Jurnal Media Akademik* Vol 2 (6 Juni 2024)
- Susanto, D., Risnita, & Jailani, S. (2023). Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data Dalam Penelitian Ilmiah. *Jurnal Pendidikan, Sosial Dan Humaniora*, 1 (30 Mei2023),53–61. <http://ejournal.yayasanpendidikandzurriyatulquran.id/index.php/qosim>
- Suyadi. (2011). *Manajemen Pelayanan Kesehatan : Suatu Pendekatan Interdisipliner*.
- Valentina, Sani, M., Sandika, & Tri Widya. (2022). Tinjauan Penolakan Pada Klaim Pasien BPJS Kesehatan di RSUD Tanjung Pura.
- Widjaja, YR, Ginandjar Adnan (2022). Pengaruh Kepemimpinan Dan Motivasi Kerja Terhadap Kinerja Karyawan. *Jurnal Sain Manajemen*, Vol 4 (1 Februari 2022)
- Widjaja, YR, Winarso, W (2019). *Bisnis Kreatif Dan Inovasi*. Yayasan Barcode, Jakarta 2019
- Yulliva, Pardede, R., & Andipo, W. (2019). Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Non Kapitasi BPJS Kesehatan Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Sainika Meditory*, 2.