

# FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENURUNAN KLAIM BPJS DI PUSKESMAS TELAGA BIRU KABUPATEN GORONTALO TAHUN 2025

Pratiwi Putri Mamula<sup>1\*</sup>, Rismunandar Katili<sup>2</sup>, Merlin Abd Rahman<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup>Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Stikes Bakti Nusantara Gorontalo

Email: [putripratiwimamula@gmail.com](mailto:putripratiwimamula@gmail.com)<sup>1\*</sup>, [katilirismunandar@gmail.com](mailto:katilirismunandar@gmail.com)<sup>2</sup>, [merlinabd.rahman@gmail.com](mailto:merlinabd.rahman@gmail.com)<sup>3</sup>

## Abstract

*The implementation of the Social Security Administering Body (BPJS) as an institution responsible for managing the National Health Insurance (JKN) program plays an important role in ensuring access to healthcare services. In the financing system, capitation funds represent a prospective payment method in which primary healthcare facilities receive fixed monthly payments in advance, regardless of the number or type of services provided. However, in practice, Telaga Biru Public Health Center has experienced a decline in capitation value influenced by various factors. This study aims to identify the factors affecting the decline in BPJS claims at Telaga Biru Public Health Center. This study used a descriptive method with a qualitative approach. The research was conducted from June 12 to July 12, 2025. The research subjects consisted of informants directly involved in the BPJS claim management process, including medical record officers, claim officers, and health center management. Data were collected through in-depth interviews and observation. The results showed that the factors contributing to the decline in capitation include incomplete medical record documents, the number of patient visits and the high referral rate, unexpected financial burdens, the number of registered participants, and limitations in facilities and infrastructure. These factors affect the optimization of capitation management at the health center. In conclusion, administrative, human resource, and service system factors contribute to the decline in capitation. Therefore, improvements in document management, enhancement of human resources, and optimization of facilities and infrastructure are needed to improve the effectiveness of capitation management and the quality of healthcare services.*

**Keyword:** Claims, BPJS, Puskesmas

## Abstrak

*Implementasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai lembaga yang menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memiliki peran penting dalam menjamin akses pelayanan kesehatan. Dalam sistem pembiayaan, dana kapitasi merupakan metode pembayaran prospektif yang dibayarkan secara tetap setiap bulan kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama tanpa mempertimbangkan jumlah maupun jenis pelayanan yang diberikan. Namun, dalam praktiknya, Puskesmas Telaga Biru mengalami penurunan nilai kapitasi yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan klaim BPJS di Puskesmas Telaga Biru. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 12 Juni hingga 12 Juli 2025 di Puskesmas Telaga Biru. Subjek penelitian terdiri dari informan yang terlibat langsung dalam proses pengelolaan klaim BPJS, antara lain petugas rekam medis, petugas pengelola klaim, dan pihak manajemen puskesmas. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dan observasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan kapitasi meliputi ketidaklengkapan berkas rekam medis, jumlah kunjungan pasien dan tingginya angka rujukan, beban keuangan tak terduga, jumlah peserta terdaftar, serta keterbatasan sarana dan prasarana. Faktor-faktor tersebut berdampak pada optimalisasi pengelolaan kapitasi di Puskesmas Telaga Biru. Kesimpulan penelitian ini menunjukkan bahwa berbagai faktor administratif, sumber daya, dan sistem pelayanan berkontribusi terhadap penurunan kapitasi. Oleh karena itu, diperlukan upaya perbaikan dalam pengelolaan berkas, peningkatan kualitas SDM, serta optimalisasi sarana dan prasarana guna meningkatkan efektivitas pengelolaan kapitasi dan kualitas pelayanan kesehatan.*

**Kata Kunci:** Klaim, BPJS, Puskesmas

## 1. Pendahuluan

Kesehatan merupakan kondisi sejahtera secara fisik, mental, dan sosial yang memungkinkan individu untuk hidup produktif, bukan sekadar bebas dari penyakit [1]. Dalam konteks pembangunan nasional, sektor kesehatan memainkan peran krusial dalam meningkatkan kualitas hidup dan daya saing sumber daya manusia Indonesia [2]. Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 menegaskan bahwa kesehatan merupakan kondisi yang memungkinkan seseorang hidup produktif secara fisik, mental, dan sosial.

Untuk mendukung pencapaian derajat kesehatan optimal, pemerintah Indonesia menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sejak tahun 2014, berdasarkan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011. Salah satu mekanisme pendanaan layanan di tingkat primer adalah melalui sistem kapitasi, yaitu pembayaran prospektif per bulan yang diberikan di muka tanpa memperhatikan volume atau jenis layanan [3]. Dana ini diharapkan dapat mendukung operasional pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), termasuk Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

Pelaksanaan sistem kapitasi tidak lepas dari tantangan administratif dan teknis. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penurunan dana kapitasi dapat terjadi akibat ketidakterpenuhinya indikator Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK), kurangnya SDM, ketidakteraturan berkas klaim, serta kendala pada infrastruktur teknologi [4–6]. Permasalahan serupa juga ditemukan di berbagai FKTP lainnya di Indonesia, termasuk Puskesmas Telaga Biru, Kabupaten Gorontalo.

Puskesmas Telaga Biru, sebagai FKTP mitra BPJS sejak tahun 2008, menghadapi kendala penurunan klaim kapitasi yang tidak disebabkan oleh keterlambatan pengajuan, namun oleh beberapa faktor sistemik, seperti ketidaklengkapan berkas rekam medis, jumlah kunjungan pasien yang menurun, tingginya permintaan rujukan, kendala pada infrastruktur, dan pengelolaan SDM yang belum optimal.

Rekam medis yang tidak lengkap menjadi salah satu penyebab utama pengembalian klaim. Ketidaktepatan dalam pencatatan identitas, tanggal pelayanan, hingga NIK pasien berdampak pada tidak diterimanya klaim yang diajukan [7]. Selain itu, permintaan rujukan yang melebihi 15% dari total kunjungan bulanan sesuai ketentuan BPJS, serta penurunan kunjungan akibat perpindahan pasien ke fasilitas lain, juga berkontribusi terhadap menurunnya jumlah kapitasi yang diterima.

Dari sisi sumber daya manusia, meskipun jumlah petugas klaim dinilai cukup, banyak di antaranya tidak memiliki latar belakang pendidikan rekam medis, yang berdampak pada akurasi dan efektivitas pengelolaan data klaim [8]. Sementara itu, sarana pendukung seperti komputer dan jaringan internet belum terdistribusi merata, dengan gangguan sistem P-Care yang sering terjadi pada hari-hari sibuk, sehingga memperlambat proses pelayanan dan pengajuan klaim.

Penurunan jumlah peserta aktif juga menjadi faktor signifikan. Migrasi pasien ke fasilitas kesehatan lain, khususnya karena kedekatan personal dengan dokter yang pindah tempat tugas, menurunkan basis peserta aktif yang terdaftar, dan pada akhirnya memengaruhi besar kecilnya dana kapitasi yang dibayarkan [9]. Masalah lain yang cukup fatal adalah belum dihapusnya data dokter yang sudah tidak lagi bertugas di Puskesmas, yang menyebabkan kelebihan pembayaran kapitasi dan wajib dikembalikan melalui pemotongan bulan berikutnya.

Dari sisi teori, penelitian ini merujuk pada konsep mutu pelayanan kesehatan [10], manajemen SDM [11], dan prinsip sistem informasi kesehatan [12]. Kelengkapan rekam medis, kompetensi petugas, serta kecukupan infrastruktur menjadi indikator kunci dalam pengelolaan klaim BPJS yang efektif dan efisien.

Penelitian terdahulu memperkuat temuan ini, bahwa penurunan klaim sering kali disebabkan oleh kombinasi faktor administratif, teknis, dan sistemik yang saling berkaitan [4,5,6]. Maka, analisis terhadap faktor-faktor tersebut secara mendalam menjadi krusial untuk merumuskan solusi kebijakan yang tepat bagi Puskesmas dalam mengoptimalkan kembali dana kapitasi [9].

Berdasarkan latar belakang dan kompleksitas permasalahan yang ada, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis secara mendalam faktor-faktor yang memengaruhi penurunan

klaim BPJS di Puskesmas Telaga Biru. Dengan demikian, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi pihak manajemen Puskesmas dan instansi terkait dalam merumuskan strategi peningkatan kualitas pengelolaan klaim yang efektif, akuntabel, dan berorientasi pada kesinambungan pelayanan kesehatan masyarakat.

## 2. Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus deskriptif. Desain ini dipilih karena penelitian berfokus pada satu institusi, yaitu Puskesmas Telaga Biru Kabupaten Gorontalo, sehingga memungkinkan peneliti untuk mengkaji secara mendalam fenomena penurunan klaim kapitasi BPJS dalam konteks yang spesifik dan nyata.

Pendekatan kualitatif digunakan untuk menggali dan memahami berbagai faktor yang memengaruhi penurunan klaim kapitasi BPJS berdasarkan pengalaman, persepsi, dan praktik yang dilakukan oleh para informan. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya menggambarkan fenomena yang terjadi, tetapi juga memberikan pemahaman yang komprehensif mengenai dinamika yang melatarbelakanginya.

Lokasi penelitian berada di Puskesmas Telaga Biru, yang merupakan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) mitra BPJS Kesehatan di wilayah Kabupaten Gorontalo. Penelitian dilaksanakan selama satu bulan, dimulai dari tanggal 12 Juni hingga 12 Juli 2025.

Subjek dalam penelitian ini adalah individu-individu yang secara langsung terlibat dalam proses pengelolaan klaim kapitasi BPJS di Puskesmas. Teknik penentuan informan dilakukan secara purposive, dengan kriteria informan meliputi: Kepala Puskesmas, Penanggung Jawab Pengelola Klaim BPJS, Petugas Entri Klaim BPJS, dan Tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien JKN. Jumlah informan sebanyak tujuh orang, yang dinilai memiliki pemahaman dan pengalaman relevan terhadap permasalahan yang diteliti.

Pengumpulan data dilakukan melalui dua teknik utama, yaitu wawancara mendalam dan observasi langsung. Wawancara dilakukan dengan panduan pedoman wawancara semi-terstruktur untuk memperoleh data yang fleksibel namun tetap fokus pada tujuan penelitian. Observasi dilakukan terhadap proses pelayanan dan pencatatan klaim BPJS, baik secara manual maupun menggunakan aplikasi P-Care, guna memperoleh gambaran nyata tentang kendala yang dihadapi di lapangan.

Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri, yang berperan sebagai pengumpul, pengolah, dan penganalisis data. Selain itu, digunakan pula pedoman wawancara dan lembar observasi sebagai instrumen pendukung untuk menjamin konsistensi dan validitas data yang dikumpulkan.

Teknik analisis data dalam penelitian ini mengikuti tahapan model Miles dan Huberman, yang meliputi reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Reduksi data dilakukan dengan memilih informasi yang relevan dari hasil wawancara dan observasi. Selanjutnya data disajikan dalam bentuk narasi deskriptif yang menggambarkan hubungan antar faktor penyebab penurunan klaim. Tahap akhir adalah penarikan kesimpulan yang dilakukan secara induktif berdasarkan pola, tema, dan kategori yang ditemukan dari keseluruhan data.

Untuk menjamin validitas data, dilakukan triangulasi sumber dan teknik, yaitu membandingkan data dari berbagai informan dan mengkonfirmasi hasil wawancara dengan hasil observasi lapangan. Validitas juga diperkuat melalui pemeriksaan ulang hasil wawancara oleh informan (member check) guna memastikan bahwa informasi yang ditranskripsikan sesuai dengan pernyataan yang sebenarnya.

## 3. Hasil dan Pembahasan

Penelitian ini menemukan bahwa penurunan klaim kapitasi di Puskesmas Telaga Biru merupakan fenomena yang kompleks dan tidak hanya disebabkan oleh satu faktor tunggal. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama dan kunci, serta observasi langsung di lokasi penelitian, terdapat enam faktor dominan yang memengaruhi, yaitu: kelengkapan berkas

rekam medis, penurunan jumlah kunjungan pasien, tingginya angka rujukan, beban keuangan tak terduga, perubahan jumlah peserta aktif, serta keterbatasan sarana dan fasilitas. Masing-masing faktor ini dijabarkan secara detail sebagai berikut.

**Tabel 1.** Karakteristik Informan

No	Inisial	Umur	Jabatan	Informan
1.	E.A	44 Tahun	Penanggung Jawab Loker	Informan utama
2.	M.A	28 Tahun	Kepala Rekam Medis dan Keapala Sistem Informasi Pelayanan	Informan utama dan Informan Tambahan
3.	A.P	20 Tahun	Pasien	Informan Kunci
4.	R.P	50 Tahun	Pasien	Informan Kunci
5.	S.H	55 Tahun	Keapala Tata Usaha Puskesmas	Informan Kunci

### 3.1. Ketidaklengkapan Berkas Rekam Medis

Salah satu penyebab utama yang ditemukan adalah ketidaklengkapan berkas rekam medis sebagai dokumen legal dan administratif. Dalam praktik pelayanan di Puskesmas Telaga Biru, kelalaian dalam mengisi rekam medis masih sering terjadi. Hal ini mencakup ketidakterisian identitas pasien, kolom diagnosis yang tidak terisi, serta ketiadaan tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan yang memberikan layanan.

Ketika data rekam medis tidak lengkap, sistem BPJS tidak dapat memproses klaim secara otomatis. Hal ini dikonfirmasi oleh informan M.A yang menyatakan bahwa sistem akan langsung menolak klaim apabila dokumen tidak memenuhi struktur yang telah ditentukan. Ia menyebut bahwa petugas entri sering mengembalikan berkas ke petugas medis karena kelalaian tersebut.

*“Kalau dokumen rekam medis tidak lengkap atau tidak sesuai dengan layanan, pasti tidak bisa di-input ke sistem. Padahal syaratnya semua harus lengkap, apalagi yang mau diklaim.”* (M.A)

Pernyataan ini diperkuat oleh E.A, Penanggung Jawab Loker, yang mengungkapkan bahwa sebagian besar kelengkapan berkas masih menjadi beban tersendiri. Ia menyatakan bahwa dokter atau perawat kadang tidak mengisi dengan cermat, padahal ketepatan rekam medis menjadi fondasi administratif dalam pengajuan klaim.

*“Kadang dokter menulis seadanya. Tidak ada NIK, tidak dicantumkan tanggal layanan. Sementara semua itu wajib. Itu yang bikin klaim kami ditolak.”* (E.A)

Ketidaklengkapan dokumen ini bukan hanya menyebabkan keterlambatan pencairan, tetapi juga pemotongan dana oleh BPJS karena tidak memenuhi standar Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK). Dalam perspektif teori mutu Donabedian, rekam medis merupakan bagian dari struktur yang apabila tidak dipenuhi dengan baik akan berdampak pada proses pelayanan dan akhirnya pada outcome berupa kegagalan klaim. Dengan demikian, rekam medis bukan hanya menjadi alat pencatatan medis, melainkan juga dokumen administratif vital dalam sistem pembiayaan berbasis kapitasi.

### 3.2. Penurunan Kunjungan dan Tingginya Angka Rujukan

Hasil observasi menunjukkan bahwa jumlah kunjungan pasien mengalami tren penurunan dalam beberapa bulan terakhir. Hal ini berdampak langsung pada nominal kapitasi karena besaran dana sangat dipengaruhi oleh frekuensi kunjungan dan volume layanan. Penurunan ini dipengaruhi oleh preferensi pasien untuk beralih ke fasilitas kesehatan lain, baik karena faktor kenyamanan, kecepatan pelayanan, maupun keterikatan dengan tenaga kesehatan tertentu.

*“Saya dulu rutin ke Puskesmas, tapi sekarang lebih sering ke klinik karena lebih cepat dan dokternya lebih ramah.”* (A.P)

*“Dokter favorit saya sudah pindah. Jadi saya ikut pindah ke Puskesmas lain yang dekat dengan tempat beliau bertugas.” (R.P)*

Hal ini menunjukkan bahwa kualitas relasi interpersonal antara pasien dan tenaga medis juga memengaruhi keberlangsungan jumlah kunjungan. Tidak hanya itu, tingginya angka rujukan juga menjadi catatan penting. Berdasarkan wawancara dengan M.A, diketahui bahwa presentase rujukan dari Puskesmas seringkali melebihi ambang batas 15% yang ditetapkan BPJS. Jika ambang ini terlampaui, maka klaim atas layanan tersebut tidak akan dibayarkan karena dianggap tidak berhasil ditangani di tingkat primer.

*“Rujukan dari dokter terlalu sering. Padahal dari BPJS dibatasi maksimal 15 persen. Kalau lebih, klaimnya dipotong.” (M.A)*

E.A juga mengemukakan bahwa permintaan rujukan terkadang datang dari pasien sendiri yang merasa tidak puas jika hanya ditangani di Puskesmas.

*“Dokter kadang langsung rujuk, padahal keluhannya bisa ditangani di sini. Tapi karena pasien minta, langsung dikasih rujukan.” (E.A)*

Secara sistemik, fenomena ini menunjukkan kegagalan dalam prinsip sistem rujukan berjenjang. Layanan primer semestinya menjadi gatekeeper dengan menyelesaikan sebagian besar kasus non-spesialistik. Ketika peran ini gagal dilaksanakan, maka Puskesmas tidak hanya kehilangan kepercayaan masyarakat, tetapi juga kehilangan peluang klaim kapitasi yang semestinya dapat dikonversi menjadi pendapatan rutin operasional.

### **3.3. Beban Keuangan Tak Terduga**

Puskesmas Telaga Biru sering menghadapi kebutuhan pembiayaan tak terduga yang tidak dapat diakomodasi oleh dana operasional reguler. Sebagai contoh, perbaikan AC, kerusakan printer, dan kebutuhan tinta kerap kali dibebankan pada dana kapitasi. S.H, Kepala Tata Usaha Puskesmas, mengungkapkan bahwa penggunaan dana kapitasi untuk keperluan mendesak ini tidak dapat dihindari, namun tidak semua dapat diklaim karena tidak memenuhi indikator dalam KBK.

*“Kami sering harus menggunakan dana kapitasi untuk hal-hal yang mendesak seperti kerusakan komputer, AC rusak, beli tinta printer. Itu tidak selalu bisa ditagihkan.” (S.H)*

Penggunaan dana kapitasi untuk hal-hal non-layanan medis ini tidak hanya mengurangi nilai klaim yang diterima, tetapi juga berisiko saat proses audit BPJS. Ketika penggunaan dana tidak sesuai indikator, maka akan terjadi koreksi dan pemotongan nilai klaim pada bulan berjalan atau bulan berikutnya. Kondisi ini mengindikasikan perlunya regulasi internal yang ketat terhadap penggunaan dana kapitasi agar tetap akuntabel dan sesuai peruntukan.

*“Kalau pengeluaran tidak sesuai indikator, pasti akan dikurangi bulan berikutnya. Jadi harus benar-benar hati-hati.” (M.A)*

### **3.4. Perubahan Jumlah Peserta Terdaftar**

Jumlah peserta aktif JKN yang terdaftar di Puskesmas Telaga Biru mengalami fluktuasi karena adanya perpindahan fasilitas layanan oleh pasien. Migrasi ini biasanya dilakukan melalui aplikasi Mobile JKN. Ketika pasien pindah, maka kuota kapitasi akan mengikuti ke fasilitas tujuan. S.H menyatakan bahwa perpindahan ini seringkali terjadi secara masif ketika seorang dokter yang menjadi favorit masyarakat pindah tugas ke FKTP lain.

*“Jumlah peserta aktif makin sedikit. Masyarakat banyak yang pindah fasilitas karena alasan personal, misalnya ikut dokter yang pindah kerja.” (S.H)*

Selain itu, ditemukan pula kasus tidak sinkronnya data tenaga kesehatan di sistem P-Care. E.A menjelaskan bahwa nama dokter yang sudah tidak bertugas masih tercantum di sistem, sehingga sistem BPJS menganggap dokter tersebut masih aktif. Hal ini menyebabkan kelebihan pembayaran, yang akhirnya harus dikembalikan dengan pemotongan dana pada bulan berikutnya.

*“Nama dokter yang sudah tidak bertugas masih tercatat di sistem. Jadi klaim tetap dibayarkan. Tapi begitu ketahuan saat audit, dananya dipotong bulan berikutnya.” (E.A)*

Permasalahan ini menunjukkan pentingnya validasi data secara berkala antara pihak Puskesmas dan BPJS agar tidak terjadi kesalahan data yang berdampak pada keuangan institusi.

### **3.5. Sarana dan Fasilitas Penunjang yang Terbatas**

Dari sisi infrastruktur, ditemukan bahwa keterbatasan jumlah komputer dan tidak stabilnya jaringan internet menjadi penghambat utama dalam pelayanan dan penginputan data ke sistem. M.A dan E.A sama-sama menyebut bahwa komputer yang tersedia jumlahnya terbatas dan sering mengalami kerusakan, sementara jaringan internet sering lambat terutama saat jam layanan ramai.

*“Ada komputer yang rusak, jaringan sering down. Paling terasa kalau input data ke P-Care. Kadang sistem lemot, atau tidak bisa akses sama sekali.” (M.A)*

*“Kita sering rebutan pakai komputer. Idealnya tiap layanan punya komputer sendiri. Tapi ini harus gantian.” (E.A)*

Gangguan ini menghambat proses entri data ke sistem P-Care BPJS, yang mana keterlambatan input berisiko menyebabkan data tidak terunggah sesuai waktu dan berujung pada kegagalan klaim. Dalam teori sistem informasi kesehatan, efektivitas input data sangat ditentukan oleh keandalan hardware, software, jaringan, dan kompetensi pengguna. Ketika salah satu komponen tidak optimal, maka sistem secara keseluruhan menjadi tidak fungsional.

## **4. Kesimpulan**

Penelitian ini menyimpulkan bahwa terdapat berbagai faktor yang memengaruhi penurunan klaim BPJS di Puskesmas Telaga Biru Kabupaten Gorontalo. Salah satu faktor utama adalah ketidaklengkapan berkas rekam medis. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara, ditemukan bahwa berkas rekam medis yang tidak mencantumkan Nomor Induk Kependudukan (NIK), tanggal pelayanan yang tidak sesuai, dan nomor rekam medis yang tidak diisi menyebabkan berkas tersebut tidak dapat diklaim dan dikembalikan oleh pihak BPJS kepada Puskesmas. Selain itu, jumlah kunjungan pasien yang rendah dan tingginya angka permintaan rujukan turut berdampak terhadap penurunan jumlah kapitasi. Banyak pasien yang secara langsung meminta rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan tanpa melalui tahapan pelayanan primer, sehingga jumlah klaim yang dapat diajukan oleh Puskesmas menjadi terbatas.

Dalam proses pengelolaan klaim kapitasi, Puskesmas Telaga Biru diketahui telah memiliki alur kerja yang dipahami secara lisan oleh petugas. Namun demikian, belum tersedia Standar Operasional Prosedur (SOP) tertulis yang dapat dijadikan sebagai acuan formal dalam pelaksanaan klaim kapitasi. Berbeda dengan klaim non-kapitasi yang telah memiliki SOP terdokumentasi dengan baik, proses klaim kapitasi masih berjalan tanpa pedoman baku.

Kondisi ini menunjukkan adanya kelemahan dalam sistem penjaminan mutu internal, khususnya dalam aspek standarisasi prosedur kerja. Ketiadaan SOP berpotensi menimbulkan inkonsistensi dalam pelaksanaan tugas, kesalahan administratif, serta rendahnya kontrol terhadap kualitas pengelolaan klaim. Oleh karena itu, kelemahan sistem penjaminan mutu internal dapat dipandang sebagai salah satu faktor yang berkontribusi terhadap penurunan klaim BPJS di Puskesmas Telaga Biru.

Faktor lain yang memengaruhi adalah kualitas sumber daya manusia. Secara kuantitatif, jumlah petugas di Puskesmas Telaga Biru dinilai cukup. Namun, secara kualitatif, masih banyak petugas yang menjalankan tugas pencatatan dan pelaporan tanpa latar belakang pendidikan di bidang rekam medis. Hal ini menyebabkan mereka kurang memahami prosedur dan standar pengelolaan data medis, yang berdampak pada ketepatan proses klaim.

Keterbatasan sarana dan prasarana juga menjadi kendala signifikan. Jumlah perangkat komputer yang minim serta tidak stabilnya jaringan internet menyebabkan proses input data ke dalam sistem sering tertunda atau gagal dilakukan secara optimal. Akibatnya, klaim yang seharusnya dapat diproses dengan cepat menjadi tertunda, bahkan berisiko ditolak.

Berdasarkan temuan tersebut, maka upaya peningkatan mutu pelayanan dan optimalisasi klaim BPJS perlu segera dilakukan. Puskesmas diharapkan menyusun SOP tertulis untuk klaim kapitasi sebagai pedoman baku, meningkatkan pelatihan dan kompetensi teknis petugas rekam medis, serta melakukan edukasi kepada masyarakat agar memahami pentingnya memanfaatkan layanan primer sebelum merujuk ke tingkat lanjutan. Di samping itu, perlu penguatan infrastruktur berupa penambahan perangkat keras dan peningkatan kualitas jaringan internet. Institusi pendidikan juga diharapkan lebih fokus pada praktik pengelolaan klaim BPJS dalam kurikulum pembelajaran dan menjalin kerja sama magang dengan fasilitas pelayanan kesehatan. Bagi peneliti selanjutnya, disarankan memperluas cakupan wilayah penelitian dan menggunakan pendekatan kuantitatif atau campuran guna memperoleh gambaran yang lebih komprehensif terhadap sistem pengelolaan klaim BPJS di Indonesia.

### Daftar Pustaka

- [1] Adinda Lutfiana, & Sari, I. S. (2023). Strategi pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) Kecamatan Cilandak dalam meningkatkan akreditasi ke tingkat paripurna.
- [2] Amalia, A. R., & Nugroho, S. N. (2025). Analisis penerapan sistem klaim non-kapitasi di FKTP dan pengelolaan pembayaran pada BPJS Kesehatan.
- [3] Cashin, C., Chi, Y. L., Smith, P., Borowitz, M., & Thomson, S. (2014). *Paying for performance in health care: Implications for health system performance and accountability*. Open University Press.
- [4] Hasibuan, I. D., & Dewi, M. (2024). Pengelolaan dana kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Desa Tanjung Anom. *Jurnal Penelitian Manajemen dan Inovasi Riset*, 2(2), 304–310.
- [5] Kurnia, E. K. (2022). Faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan.
- [6] Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602–611. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- [7] Linda, W., & Anjarwati, A. (2021). Faktor-faktor keterlambatan klaim BPJS.
- [8] Makanoneng, J., & Suryati, S. (2024). Implementasi manajemen sumber daya manusia di fasilitas kesehatan: Kajian studi literatur.
- [9] Maulida, E. S., & Damayanti, A. (2022). Analisis penyebab pending claim berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap Rumah Sakit Universitas Airlangga.
- [10] Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Rineka Cipta.
- [11] Putri, A. O. (2022). Faktor penyebab ketidaklengkapan berkas rekam medis terhadap pending klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB.
- [12] Siddiqi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., Peters, D. H., Sabri, B., Bile, K. M., & Jama, M. A. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries. *Health Policy*, 90(1), 13–25. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.08.005>
- [13] Syarifuddin, C. N. (2021). Manajemen SDM dalam penyelenggaraan program JKN-KIS: Sebuah tinjauan literatur.
- [14] Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. (2011).
- [15] Winarti, W., & Tuwanku, D. (2022). Gambaran sistem pengajuan klaim.
- [16] World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. WHO Press.
- [17] World Health Organization. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. WHO Press.