

## Strategi Manajemen dalam Mempercepat Kelayakan Klaim JKN/BPJS di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan (Studi Kualitatif dengan Analisis SWOT)

Tri Hardining Prawestirini<sup>1\*</sup>, Erliany Syaodih<sup>2</sup>, Mira Veranita<sup>3</sup>

<sup>1-3</sup>Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, Indonesia

Alamat : Jl sekolah internasional no 1-2 bandung 40282

Korespondensi penulis: [thp.kasno@gmail.com](mailto:thp.kasno@gmail.com)

**Abstract.** Healthcare financing for patients covered by BPJS Kesehatan in hospitals is carried out through a claims mechanism. Delayed BPJS Kesehatan claims represent a critical issue within the healthcare service context in Indonesia. The aim of this study is to identify management strategies that can expedite the eligibility of BPJS Kesehatan claims at Restu Ibu Hospital in Balikpapan. This research is conducted using a descriptive qualitative approach, with data collection through interviews and Focus Group Discussions (FGD). The informants consisted of one doctor, three coders, and one verifier. The study begins by identifying the claim service system situation, focusing on both internal aspects (Strengths and Weaknesses) and external aspects (opportunities and Threats), also known as SWOT analysis. This study identifies several strategies, including: 1) Enhancing the competence of staff and medical personnel through regular training; 2) Developing a more advanced and integrated information system; 3) Improving communication with BPJS Kesehatan; 4) Improving documentation and data verification; and 5) Strengthening coordination with relevant units.

**Keywords:** BPJS Claims, Delayed Claims, SWOT.

**Abstrak.** Pembiayaan perawatan bagi pasien peserta BPJS Kesehatan di rumah sakit oleh BPJS Kesehatan dilakukan melalui mekanisme klaim. Klaim BPJS Kesehatan yang tertunda merupakan isu penting dalam konteks pelayanan kesehatan di Indonesia. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi strategi manajemen yang dapat mempercepat kelayakan klaim BPJS Kesehatan di RS Restu Ibu Balikpapan. Penelitian ini dibangun dengan pendekatan kualitatif deskriptif dan pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dan Focus Group Discussion (FGD). Informan terdiri dari seorang dokter, tiga orang *coder* dan seorang verifikator. Studi ini diawali dengan mengidentifikasi situasi sistem klaim pelayanan antara lain pada aspek internal (kekuatan dan kelemahan), dan aspek eksternal (peluang dan ancaman) atau SWOT. Studi ini memperoleh beberapa strategi, yaitu 1) Meningkatkan kompetensi petugas dan tenaga medis melalui pelatihan rutin; 2) Mengembangkan sistem informasi yang lebih canggih dan terintegrasi; 3) Meningkatkan komunikasi yang efektif dengan BPJS Kesehatan; 4) Peningkatan Dokumentasi dan Verifikasi Data, dan 5) Meningkatkan koordinasi dengan unit terkait.

**Kata kunci:** SWOT, Klaim BPJS, Klaim Tertunda.

### 1. LATAR BELAKANG

Pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini memasuki era pembiayaan jaminan kesehatan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai penyelenggaranya. BPJS Kesehatan bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya.

Program Jaminan Kesehatan Nasional ini telah dimulai sejak 1 Januari 2014 dan berjalan hingga saat ini. Dalam pelaksanaan program JKN ini dalam peraturan BPJS Kesehatan nomor 1 tahun 2014 adalah sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjutan wajib memberikan pelayanan secara paripurna yaitu pelayanan kesehatan yang meliputi

promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk penyediaan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan.

Berdasarkan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018, klaim BPJS adalah pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya. Klaim BPJS Kesehatan yang tertunda merupakan isu penting dalam konteks pelayanan kesehatan di Indonesia, terutama setelah diterbitkannya UU Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 dan PP No. 28 Tahun 2024. UU Kesehatan ini menegaskan bahwa setiap warga negara berhak memperoleh layanan kesehatan yang berkualitas, termasuk melalui program BPJS.

Pola pembayaran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ke fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan sistem yang telah dibangun oleh Kementerian kesehatan RI yakni Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBGs). Proses klaim dimulai dari kodifikasi diagnosis pasien sesuai dengan *International Classification of Diseases 10th* atau ICD 10 dan tindakan pasien sesuai dengan *International Classification of Disease Clinical Modification 9th* atau ICD 9 CM. Proses penagihan biaya rumah sakit juga harus menyerahkan dokumen- dokumen sebagai syarat pengajuan klaim (Santiasih, *et al.*, 2022). Pihak BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi berkas oleh verifikator BPJS untuk menguji kebenaran dan memeriksa kelengkapan administrasi pertanggung- jawaban pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh fasilitas kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI No. 27 Tahun 2014.

Dengan pola INA-CBG's, paket pembayaran sudah termasuk: 1)Konsultasi dokter;2)Pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, rontgen dan lain-lain; 3) Obat formularium nasional (Fornas) maupun obat bukan fornas; 4) Bahan dan alat medis habis pakai; 5) Akomodasi atau kamar perawatan; 6) Biaya lain yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien. Komponen biaya tersebut sudah termasuk ke dalam paket INA-CBG's, tidak dibebankan kepada pasien (Mira, *et.al.*, 2022).

Sementara itu dalam implementasinya masih terdapat permasalahan yaitu klaim tertunda yang mengakibatkan tidak terbayarnya pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan sehingga pemasukan rumah sakit akan menurun dan berdampak pada kegiatan operasional yang ada di rumah sakit, apalagi dengan rumah sakit hampir 90% pasien rumah sakit adalah pasien BPJS Kesehatan (Pratama, *et al.*, 2023).

Klaim BPJS Kesehatan yang tertunda sering kali berkaitan dengan upaya pencegahan *fraud* dalam sistem jaminan kesehatan. Permasalahan kinerja pada tenaga kesehatan merupakan permasalahan mendasar yang akan selalu dijumpai dalam manajemen rumah sakit (Bayu, 2023). Pihak BPJS Kesehatan menerapkan langkah-langkah ketat untuk memastikan bahwa semua klaim yang diajukan valid dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Lestari, 2022). Hal ini mencakup proses verifikasi yang lebih mendalam terhadap dokumen dan data yang diserahkan, untuk mencegah penipuan yang dapat merugikan keuangan program jaminan kesehatan.

Keterlambatan dalam pengolahan klaim bisa disebabkan oleh kebutuhan untuk melakukan audit atau pemeriksaan tambahan, terutama jika ada indikasi ketidaksesuaian atau penyimpangan dalam pengajuan klaim. Dengan demikian, meskipun klaim tertunda dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi peserta, tindakan tersebut merupakan bagian dari mekanisme untuk melindungi integritas program dan memastikan bahwa sumber daya kesehatan digunakan secara efisien dan tepat sasaran.

Upaya untuk mengurangi terjadinya penundaan klaim BPJS Kesehatan sebaiknya antara tenaga kesehatan dan *coder* harus berjalan baik, dan bagi perawat dan dokter agar lebih teliti dalam penelitian data pasien di dalam berkas rekapitulasi pelayanan, dan tenaga kesehatan lebih banyak berhati-hatilah saat mengisi resume medis (Puspaningsih, 2022). Disamping itu, harus ada evaluasi dan monitoring rutin terkait pentingnya kelengkapan persyaratan klaim BPJS agar tercapainya optimalisasi klaim BPJS (Larasati, *et all.*, 2023). Studi pendahuluan yang dilakukan di RS Restu Ibu Balikpapan pada bulan September 2024 menunjukkan data yang ditampilkan pada tabel sebagai berikut:

**Tabel 1.** Pembukuan Pembayaran BPJS Periode Januari-Agustus 2024

| Berkas Pengajuan |                | Layak        |                | Tertunda     |                |
|------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|
| Jumlah Kasus     | Jumlah Biaya   | Jumlah Kasus | Jumlah Biaya   | Jumlah Kasus | Jumlah Biaya   |
| 93.885           | 54.464.285.300 | 84.032       | 41.510.520.600 | 9.853        | 12.953.764.700 |

Sumber: Dokumen RS Restu Ibu (September, 2024)

Pada periode Januari hingga Agustus, jumlah kunjungan tercatat sebanyak 75.605, dan dalam periode tersebut terdapat sejumlah pengajuan klaim BPJS Kesehatan yang tertunda dan perlu ditindaklanjuti. Pada periode Januari hingga Agustus 2024 terdapat 93.885 dokumen yang diajukan, dan terdapat 9.853 dokumen klaim dari kasus rawat inap dan rawat jalan yang mengalami penundaan klaim JKN.

Penundaan yang terjadi terus menerus akan berdampak pada terlambatnya penggantian biaya rumah sakit yang sudah keluar untuk pasien BPJS Kesehatan. Dengan demikian, hal ini akan sangat mengganggu dan merugikan keuangan rumah sakit, serta berakibat pada tertundanya pembayaran jasa medis dokter beserta jasa pelayanan tenaga kesehatan lainnya.

Salah satu upaya untuk menindaklanjuti masalah dalam organisasi adalah melakukan analisis *Strength* (kekuatan), *Weakness* (kelemahan), *Opportunity* (peluang), dan *Threat* (ancaman) atau SWOT. Analisis SWOT dapat membantu manajemen rumah sakit untuk merumuskan strategi yang efektif dengan mempertimbangkan kekuatan dan kelemahan, serta peluang dan tantangan (Nurfathina, 2024). Berdasarkan paparan tersebut, maka peneliti tertarik untuk mengidentifikasi strategi manajemen dengan pendekatan SWOT dengan pengkategorian terutama dalam hal kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman dalam mempercepat kelayakan klaim BPJS di RS Restu Ibu.

## **2. KAJIAN TEORITIS**

### **Strategi**

Strategi adalah serangkaian keputusan dalam suatu organisasi yang menunjukkan tujuan dan sasaran organisasi yang mereduksi kebijakan dan rencana utama untuk mencapai tujuan yang diberikan, dan tindakan yang menentukan bisnis yang akan dijalankan perusahaan, jenis organisasi manusia dan ekonomi yang ingin dibentuk, dan imbalan yang akan diciptakan bagi para pemangku kepentingannya. Strategi manajemen adalah rencana aksi spesifik yang digunakan untuk mencapai tujuan tertentu yang telah ditetapkan dalam manajemen strategi (Bambang, 2003). Efektivitas strategi manajerial yang diterapkan rumah sakit dalam menangani permasalahan klaim tertunda BPJS Kesehatan (Rido, 2024), antara lain:

- a. Peningkatan Koordinasi dan Komunikasi: Rumah sakit perlu melakukan koordinasi dan komunikasi yang intensif dengan pihak BPJS Kesehatan. Hal ini bertujuan untuk memastikan kelengkapan dan keakuratan data klaim yang diajukan, serta memperoleh informasi terkini mengenai proses verifikasi dan validasi klaim oleh BPJS Kesehatan.
- b. Optimalisasi Proses Pengajuan Klaim: Rumah sakit harus memastikan bahwa proses pengajuan klaim telah dilakukan dengan benar dan sesuai dengan aturan yang berlaku. Hal ini mencakup kelengkapan berkas, ketepatan waktu pengajuan, serta kepatuhan terhadap tarif dan prosedur yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

- c. Sumber Daya Manusia: Peningkatan kapasitas sumber daya manusia di bagian klaim melalui pelatihan dan pengembangan keahlian, untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan staf dalam menangani proses klaim.
- d. Monitoring dan Evaluasi Berkala: Rumah sakit perlu melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap proses pengajuan klaim. Hal ini bertujuan untuk mengidentifikasi permasalahan yang muncul, melakukan analisis akar penyebab, dan menerapkan tindakan perbaikan yang diperlukan.
- e. Kolaborasi dengan Pihak Terkait: Selain koordinasi dengan BPJS Kesehatan, rumah sakit juga perlu berkolaborasi dengan pihak-pihak terkait lainnya, seperti asosiasi rumah sakit, organisasi profesi, dan pemerintah. Kolaborasi ini dapat berfokus pada advokasi, penyusunan kebijakan, atau pengembangan solusi bersama untuk mengatasi permasalahan klaim tertunda.

Strategi manajemen yang disarankan agar klaim JKN dapat berjalan dengan optimal dengan pendekatan analisis SWOT, yaitu dengan:

- a) Meningkatkan integrasi sistem informasi RS dengan sistem BPJS Kesehatan
- b) Menerapkan juknis BPJS secara efektif dalam kodifikasi dan klaim
- c) Memanfaatkan responsivitas BPJS dalam penyelesaian masalah klaim untuk meningkatkan kecepatan proses klaim.

### **Analisis SWOT**

Analisis SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) adalah analisis kondisi internal maupun eksternal suatu organisasi yang selanjutnya akan digunakan sebagai dasar untuk merancang strategi dan program kerja. Analisis internal meliputi penilaian terhadap faktor kekuatan (*Strength*) dan kelemahan (*Weakness*). Sementara, analisis eksternal mencakup faktor peluang (*Opportunity*) dan tantangan (*Threats*). Analisis SWOT merupakan alat yang efektif untuk mengidentifikasi faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi kinerja rumah sakit dalam hal kelayakan klaim BPJS. Dengan memahami SWOT, rumah sakit dapat merumuskan strategi yang tepat untuk meningkatkan kualitas klaim dan meminimalkan penolakan.

### **Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011). Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Fasilitas Kesehatan

Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) berdasarkan Permenkes No. 71 Tahun 2013, terdiri dari: Administrasi pelayanan, Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspesialis, Tindakan medis spesialisik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis, Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis, Rehabilitasi medis, Pelayanan darah, Pelayanan kedokteran forensik klinik, Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan, Perawatan inap non intensif, dan Perawatan inap di ruang intensif (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, 2020).

BPJS kesehatan merupakan alternatif untuk membantu masyarakat dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia. Masyarakat dapat menggunakan BPJS untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan kemudian pihak Rumah Sakit dapat mengklaim BPJS Kesehatan yang diajukan untuk biaya perawatan pasien peserta BPJS dari Rumah Sakit ke BPJS Kesehatan melaksanakan secara kolektif dan menagih BPJS Kesehatan bulan ini. Setelah itu, BPJS Kesehatan akan menyetujui klaim dan membayar bagi dokumen yang memenuhi syarat, sedangkan tidak untuk dokumen yang tidak memenuhi syarat layak untuk diklaim atau tidak diklaim harus dikembalikan ke rumah sakit diperiksa ulang untuk mengecek ulang dokumen yang masih kurang lengkap (Halawa, 2018). Pada studi yang dilakukan oleh Saputra dan Sugiyanto (2025) di Rumah Sakit Ken Saras Kabupaten Semarang, keterlambatan klaim pasien rawat inap BPJS disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas persyaratan klaim yang di sampaikan. Berkas yang tidak lengkap akan dikembalikan oleh pihak verifikator BPJS untuk direvisi sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pengajuan klaim harus dilakukan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Setelah diajukan, BPJS akan memeriksa kesesuaian berkas dengan ketentuan yang berlaku. Apabila berkas klaim tidak sesuai, maka di kembalikan kepada petugas rekam medis untuk dilengkapi. Rumah sakit diberikan tenggang waktu selama 5 hari untuk melengkapi dan mengajukan kembali berkas tersebut pada bulan yang sama. Jika dalam tenggat waktu tersebut berkas masih belum memenuhi syarat, maka pengajuan klaim akan ditunda dan dimasukkan dalam pengajuan bulan berikutnya (Saputra dan Sugiyanto, 2025).

Petunjuk Teknis Pedoman Pelaksanaan BPJS, Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan diajukan kepada kantor cabang/kantor operasional kabupaten/kota BPJS kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum antara lain, rekapitulasi pelayanan, berkas pendukung masing-masing

pasien yang terdiri dari (SEP, Surat perintah rawat inap, Resume medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)).

Klaim Tertunda BPJS Kesehatan adalah situasi di mana pengajuan klaim biaya pelayanan kesehatan oleh peserta BPJS Kesehatan belum dapat diproses atau disetujui oleh pihak BPJS (Hidayat, 2022). Penundaan pembayaran klaim JKN oleh BPJS Kesehatan merupakan masalah yang umum terjadi di berbagai rumah sakit, tanpa memandang kelas atau lokasi rumah sakit. Proses verifikasi klaim dilakukan BPJS untuk menentukan kelayakan penggantian biaya, namun seringkali menyebabkan keterlambatan pembayaran (Tarigan dan Lestari, 2022).

Sophia dan Darmawan (2017) menyimpulkan bahwa perbedaan persepsi antar pihak rumah sakit dan verifikator rumah sakit serta komunikasi efektif yang masih kurang menjadi salah satu penyebab keterlambatan pengajuan klaim, di samping belum adanya pedoman yang mengakomodir kasus-kasus baru yang dihadapi di lapangan. Selain itu, pada studi kasus yang dilakukan oleh Sophia dan Darmawan (2017) di RUMKITAL Dr. Mintohardjo, DKI Jakarta menyajikan data bahwa durasi antara pengajuan klaim hingga terbayarkannya klaim rata-rata 10 hingga 14 hari kerja dengan presentase kasus paling banyak mengalami penundaan klaim pada kasus bedah (79%) (Sophia dan Darmawan, 2017).

Studi Adam, Maramis, dan Wowor (2019) yang dilakukan di RSUD Lapangan Sawang didapatkan bahwa kendala utama dalam proses pengajuan klaim adalah ketidaksiapan pasien dalam membawa dokumen dan status kepesertaan BPJS yang tidak aktif akibat tunggakan iuran yang menyebabkan proses pembuatan SEP terhambat. Proses *entry* dan *coding* terkendala oleh akses internet yang terbatas, kurangnya fasilitas seperti komputer dan Wi-Fi, serta keterlambatan pengiriman berkas dari ruangan dan kekurangan tenaga administrasi klaim. Dalam proses verifikasi, hambatan muncul akibat dokumen yang tidak lengkap dan kesalahan kode diagnosis, yang memerlukan konfirmasi dengan dokter penanggung jawab.

Pada Studi Tarigan dan Lestari (2022) menemukan penundaan klaim BPJS pada 22 laporan studi kasus yang pernah dilakukan oleh beberapa peneliti, dengan proporsi bervariasi antara 2,5% hingga 47,7%. Kasus rawat jalan mengalami penundaan yang lebih rendah (0–10%) karena kompleksitas diagnosis yang lebih ringan dibanding rawat inap. Beberapa contoh kasus mencatat penundaan hingga 47,7% pada layanan obstetri dan 14,47% pada pasien gawat darurat. Rumah sakit besar seperti RSUP Hasan Sadikin

mengalami penundaan 6–15% per bulan, sementara RSUP Fatmawati mencapai 22%. Rumah sakit tipe B dan C juga melaporkan penundaan antara 3% hingga 35,4%.

Penyebab utama penundaan adalah ketidaksesuaian administratif dan kesalahan pengkodean. Namun, studi juga menunjukkan bahwa berkas klaim yang sudah lengkap dan sesuai tetap bisa dikembalikan, sedangkan beberapa berkas yang tidak lengkap justru disetujui. Hal ini mengindikasikan bahwa faktor lain juga memengaruhi keputusan BPJS dalam menyetujui atau menunda klaim. Penundaan pembayaran klaim JKN di rumah sakit, khususnya layanan rawat inap, merupakan hal yang umum terjadi, dengan persentase berkisar antara 2,5% hingga 47,7% per bulan di semua kelas rumah sakit. Rumah sakit pemerintah dengan volume pasien JKN tinggi perlu mengelola klaim secara optimal untuk menjaga stabilitas arus kas (Tarigan dan Lestari, 2022).

Faktor-faktor utama yang berkontribusi terhadap penundaan meliputi: kelengkapan administrasi, jumlah dan kompetensi koder, akurasi resume medis oleh DPJP, komunikasi antara DPJP dan koder, peran verifikator internal, sarana prasarana, dan keberadaan SOP. Faktor yang paling dominan adalah kemampuan dan ketelitian koder berdasarkan pandangan Tarigan dan Lestari (2022).

### **3. METODE PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan di RS Restu Ibu Balikpapan, yang terletak di Jl Jend. A. Yani No.12, Kelurahan Gunung Sari Ilir, Kecamatan Balikpapan Kota, Kalimantan Timur. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan metode pengumpulan data menggunakan pedoman observasi, pedoman wawancara, dan pedoman telaah dokumen. Teknik analisa data yang digunakan adalah analisa data Model Milles dan Huberman yang menggambarkan suatu tindakan *cross check* atau konfirmasi terhadap kebenaran, yang digabungkan dari hasil observasi melalui dokumentasi dan hasil wawancara, kemudian ditarik dalam satu kesimpulan yang hakiki dari apa yang diteliti dan sebagai hasil temuan penelitian (Miles *et al.*, 2014).

### **4. HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **Kekuatan internal yang dimiliki oleh RS Restu Ibu Balikpapan dalam mempercepat kelayakan klaim JKN/BPJS**

Jumlah SDM yang mencukupi yaitu 8 (delapan) orang dengan kualifikasi SDM relevan dan memiliki pemahaman yang baik dan selalu mengikuti perkembangan terkait *coding* dan peraturan BPJS. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Syahira



(2024), dimana prosedur klaim yang diterapkan berjalan dengan baik karena didukung faktor kekuatan utama yaitu SDM yang kompeten. Memberikan pelatihan dan pengembangan berkelanjutan bagi staf yang bertanggung jawab dalam proses pengajuan klaim. Hal ini akan meningkatkan pemahaman mereka tentang persyaratan, prosedur, dan peraturan terkait, sehingga dapat meminimalkan kesalahan dan meningkatkan efisiensi (Rido, 2024). Selain itu, dituliskan dalam sebuah studi kualitatif yang dilakukan oleh Andini, Jati dan Agushybana (2024) bahwa jumlah SDM sebanyak 8 orang dengan formasi tim *Casemix* yang dibagi menjadi tim *Casemix* rawat inap dan rawat jalan, tim *Casemix* rawat jalan terdiri dari 3 *coder* dan 1 bagian administratif sedangkan tim *Casemix* rawat inap terdiri dari 2 *coder* dengan 1 *coder* didalamnya sekaligus menjabat sebagai ketua *Casemix* dan 2 bagian administratif, telah cukup untuk menangani pengajuan klaim BPJS di rumah sakit X tempat mereka melakukan penelitian, dengan beban kerja dalam 1 tim dapat mengajukan klaim rata-rata sebanyak 6000 kasus dalam 1 bulan untuk kasus rawat jalan dan 750 hingga 850 kasus perbulannya. Namun, berbeda hal dengan sebuah studi kualitatif yang dilakukan oleh Far, Rahardjo, dan Hutapea (2022), dalam studi tersebut didapatkan bahwa tim *Casemix* pada RS Karya Medika II Tambun Bekasi beranggotakan 9 orang, terdiri dari kepala *Casemix*, pengentry data, koder dan *runner*. Menurut seorang dokter yang merupakan salah satu staff *Casemix* tersebut menyatakan bahwa tim *Casemix* yang beranggotakan 9 orang didalamnya masih tidak cukup untuk menangani rata-rata kasus perbulan sebanyak 5000 hingga 6000 kasus per bulannya. Pada studi yang dilakukan oleh Nasution dan Meliala (2023) mengemukakan bahwa tim *Casemix* pada RSUD Sundari hanya berjumlah 3 orang untuk menangani klaim BPJS dengan jumlah jam kerja perharinya 8 jam perhari, menangani minimal 24 kasus pasien perhari dalam pengajuan klaim dengan rata-rata kunjungan pasien BPJS mencapai 120 pasien per harinya. Berdasarkan analisis beban kerja yang telah dilakukan oleh pihak peneliti dengan beban kerja tersebut idealnya dibutuhkan 6 petugas di unit klaim BPJS agar proses klaim berjalan efektif. Kekurangan tenaga kerja ini mengakibatkan pegawai harus menambah jam kerja di luar jam kerja seharusnya dan menghambat proses klaim BPJS, yang berdampak pada pengelolaan keuangan rumah sakit. Hingga saat ini, belum terdapat ketentuan khusus maupun perhitungan khusus dalam menentukan jumlah SDM yang diperlukan untuk dapat membentuk sebuah tim *Casemix* dalam peraturan pemerintah. Kinerja yang baik tercermin dari penyelesaian tugas sesuai tanggung jawab dan standar yang ditetapkan. Jika beban kerja tidak ditangani secara tepat, maka akan terjadi

penurunan produktivitas, kualitas pelayanan, dan gangguan keseimbangan kerja-kesehatan.

Didukung dengan sarana dan prasarana yang dinilai memadai oleh petugas sehingga tidak menghambat proses kodifikasi klaim. SIMRS yang sedang dalam tahap penyempurnaan memfasilitasi akses tim *Casemix* terhadap riwayat pemeriksaan penunjang dan pengumpulan berkas pendukung klaim pasien JKN. Ketersediaan komputer, jaringan internet, dan perangkat pendukung lainnya di setiap unit terkait mendukung kelancaran proses klaim. Sejalan penelitian yang dilakukan Nurfathina (2024), dimana fasilitas komputer yang memadai, jaringan internet yang stabil, dan ruangan kerja yang didesain sesuai kebutuhan tim *Casemix* turut mendukung kelancaran proses klaim.

Faktor-faktor kekuatan ini menunjukkan bahwa tim *Casemix* di RS Restu Ibu Balikpapan memiliki SDM yang kompeten dan sarana dan prasarana yang memadai. Hal ini tentunya akan berdampak positif pada efektivitas proses pengajuan klaim, antara lain: waktu penyelesaian klaim lebih cepat, pengurangan kesalahan, peningkatan akurasi klaim dan tentunya peningkatan pendapatan rumah sakit.

### **Kelemahan internal yang menghambat RS Restu Ibu Balikpapan dalam mempercepat kelayakan klaim JKN/BPJS**

Ketidaklengkapan berkas administrasi atau medis merupakan kelemahan yang sering dihadapi. Berkas yang tidak lengkap menyebabkan penundaan karena petugas harus mencari dan mengumpulkan dokumen tambahan. Proses ini memakan waktu dan dapat menghambat efisiensi pengajuan klaim. Sejalan dengan penelitian Pratama (2023), berkas pengajuan yang belum lengkap, kesalahan kode diagnosis maupun tindakan menjadi permasalahan utama prosedur klaim JKN.

Meskipun staf *coding* sudah terlatih, terkadang masih ada kesalahan atau ketidaksesuaian dalam pengentrian data diagnosis dan prosedur. Salah satunya disebabkan tulisan DPJP yang sulit dibaca dan ketidakpatuhan DPJP dalam menulis diagnosis di SIMRS, serta penggunaan kode yg salah, kurang spesifik, dan tidak sesuai diagnosa. Perbedaan persepsi dalam penentuan kode antara dokter, *coder*, dan verifikator BPJS seringkali mengakibatkan tertundanya klaim (Artanto, 2018), sedangkan (Triatmaja, *et al.*, 2022) menemukan bahwa kesulitan membaca tulisan dokter dan ketidaklengkapan berkas adalah penyebab utama keterlambatan klaim.

Faktor-faktor kelemahan ini perlu diatasi untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas proses pengajuan klaim di RS Restu Ibu Balikpapan. Didukung penelitian yang dilakukan Puspaningsih (2022), upaya untuk mengurangi terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan sebaiknya antara tenaga kesehatan dan *coder* harus berjalan baik, dan bagi perawat dan dokter agar lebih teliti dalam pengisian data pasien di dalam berkas rekapitulasi pelayanan, dan tenaga kesehatan lebih banyak berhati-hatilah saat mengisi resume medis.

### **Peluang eksternal apa yang dapat dimanfaatkan oleh RS Restu Ibu Balikpapan untuk meningkatkan kecepatan kelayakan klaim JKN/BPJS**

Potensi pengembangan sistem informasi yang lebih canggih dan terintegrasi merupakan peluang besar bagi rumah sakit untuk efektivitas proses klaim. Sistem informasi yang terintegrasi dapat membantu mempercepat proses pengumpulan data, verifikasi data, dan pengajuan klaim. Selain itu, sistem informasi yang canggih juga dapat membantu meminimalkan kesalahan *coding* dan kesalahan administrasi lainnya yang dapat menyebabkan penolakan klaim (Rido, 2024).

Pelatihan rutin bagi petugas dan tenaga medis tentang prosedur klaim, *coding*, dan penggunaan sistem informasi dapat meningkatkan kompetensi dan akurasi. Pelatihan yang terarah akan membantu staf memahami regulasi BPJS yang kompleks, meningkatkan keterampilan *coding*, dan memanfaatkan sistem informasi secara optimal. Dengan demikian, kesalahan dalam pengajuan klaim dapat diminimalkan dan proses klaim dapat berjalan lebih efisien.

### **Ancaman eksternal apa yang dapat mempengaruhi upaya RS Restu Ibu Balikpapan dalam mempercepat kelayakan klaim JKN/BPJS**

Perubahan kebijakan dan regulasi yang tidak terduga dapat menyebabkan ketidakpastian dan kebingungan bagi rumah sakit. Rumah sakit mungkin kesulitan untuk beradaptasi dengan perubahan tersebut, yang dapat mengakibatkan penundaan atau penolakan klaim. Perbedaan interpretasi dapat muncul karena kompleksitas kebijakan dan regulasi BPJS. Jika rumah sakit dan BPJS Kesehatan memiliki pemahaman yang berbeda tentang suatu kebijakan, hal ini dapat menyebabkan ketidaksesuaian dalam proses klaim. Perbedaan pemahaman antara pihak rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan berdampak klaim dapat ditolak atau memerlukan revisi yang memakan waktu (Pratama, 2023).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Cindy (2024), Ketidaktepatan kode diagnosis terjadi karena perbedaan persepsi antara petugas rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan dan bukan murni karena kesalahan koder, tetapi karena faktor kekurangan data pendukung sebagai penegakan diagnosis yang mempengaruhi keakuratan kode. Sementara itu gangguan teknis seperti masalah pada infrastruktur teknologi informasi (TI) BPJS Kesehatan, seperti server, jaringan, dan perangkat lunak. Hal ini dapat terjadi dikarenakan adanya peningkatan jumlah pengguna, atau adanya pemeliharaan sistem. Kemudian kadang disebabkan gangguan jaringan dapat menghambat komunikasi data antara rumah sakit (RS) dan BPJS Kesehatan. Hal ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam pengiriman dan penerimaan data klaim.

Kedua faktor ancaman ini menunjukkan bahwa rumah sakit perlu proaktif dalam memantau dan memahami perubahan kebijakan dan regulasi BPJS. Selain itu, komunikasi yang baik dan kerjasama yang erat dengan BPJS Kesehatan sangat penting untuk mengatasi perbedaan interpretasi dan memastikan proses klaim berjalan lancar.

### Strategi manajemen yang dapat mempercepat kelayakan klaim JKN/BPJS di RS Restu Ibu Balikpapan

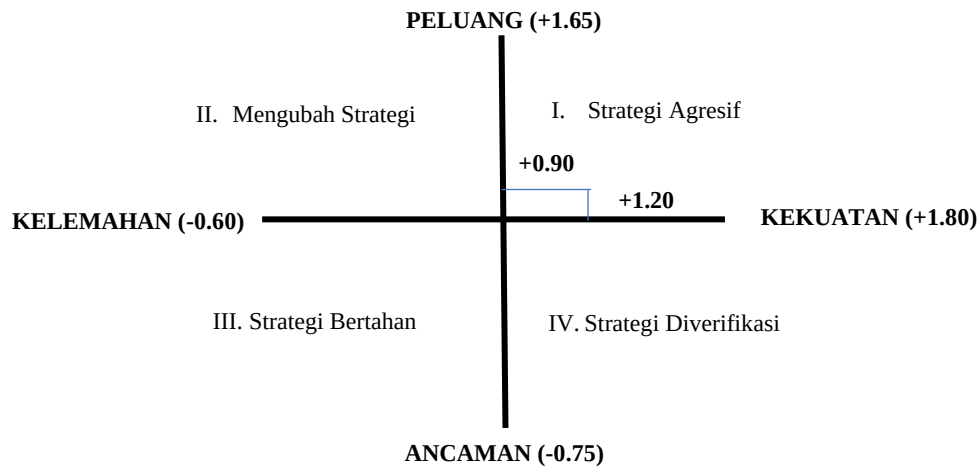
**Tabel 2.** Faktor Internal RS Restu Ibu Balikpapan

| Faktor Internal                      | Bobot | Rating | Skor Bobot |
|--------------------------------------|-------|--------|------------|
| <b>Kekuatan (<i>Strength</i>)</b>    |       |        |            |
| Sumber Daya Manusia (SDM)            | 0.30  | 4      | 1.20       |
| Sarana dan prasarana yang memadai    | 0.20  | 3      | 0.60       |
|                                      | 0.50  |        | 1.80       |
| <b>Kelemahan (<i>Weakness</i>)</b>   |       |        |            |
| Ketidaklengkapan berkas              | 0.25  | 1      | 0.25       |
| Kesalahan <i>coding</i>              | 0.15  | 1      | 0.15       |
| Jaringan internet yang kurang stabil | 0.10  | 2      | 0.20       |
|                                      | 0.50  |        | 0.60       |

**Tabel 3.** Faktor Eksternal RS Restu Ibu Balikpapan

| Faktor Eksternal                                                          | Bobot | Rating | Skor Bobot |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------------|
| <b>Kesempatan (<i>Opportunity</i>)</b>                                    |       |        |            |
| Potensi Pengembangan Sistem Informasi yang Lebih Canggih dan Terintegrasi | 0.15  | 4      | 0.60       |
| Pelatihan Rutin bagi Petugas                                              | 0.35  | 3      | 1.05       |
|                                                                           | 0.50  |        | 1.65       |

| <b>Ancaman (<i>Threat</i>)</b> |      |   |      |
|--------------------------------|------|---|------|
| Perubahan regulasi BPJS        | 0.25 | 1 | 0.25 |
| Gangguan sistem BPJS Kesehatan | 0.25 | 2 | 0.50 |
|                                | 0.50 |   | 0.75 |



**Gambar 1.** Diagram Analisis SWOT

Kuadran ini menunjukkan posisi yang menguntungkan bagi RS Restu Ibu. Dimana RS Restu Ibu memiliki peluang dan kekuatan yang dapat dimanfaatkan. Strategi yang dapat dilakukan pada posisi ini adalah mendukung secara agresif kebijakan pertumbuhan (*growth oriented strategy*).

### **Meningkatkan kompetensi petugas dan tenaga medis melalui pelatihan rutin**

Peningkatan kapasitas sumber daya manusia di bagian klaim melalui pelatihan dan pengembangan keahlian, untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan staf dalam menangani proses klaim. Rumah sakit perlu memastikan bahwa proses pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan dilakukan dengan efisien dan tepat waktu. Hal ini dapat dilakukan dengan memperkuat sumber daya administrasi, meningkatkan pemahaman staf mengenai persyaratan klaim, serta melakukan evaluasi berkala untuk mengidentifikasi dan mengatasi hambatan dalam proses pengajuan (Rido, 2024).

Keberadaan tim klaim yang solid dan terlatih merupakan aset penting bagi rumah sakit. Hal ini sesuai dengan teori *resource-based view* (RBV) yang menyatakan bahwa keunggulan kompetitif dapat dicapai melalui pemanfaatan sumber daya internal yang unik dan bernilai. (Lubis, 2022). Dalam konteks ini, tim klaim yang kompeten merupakan sumber daya yang bernilai dan dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan kelancaran proses klaim.

Sebagai upaya meningkatkan kualitas SDM, disamping pelatihan untuk tim *Casemix*, rumah sakit juga melakukan pelatihan dan pemberdayaan staf lainnya seperti perawat, administrasi dan keuangan terkait dengan proses klaim BPJS Kesehatan. Menyusun program pelatihan yang komprehensif dan berkelanjutan untuk petugas dan tenaga medis, untuk memberikan pemahaman yang mendalam kepada petugas dan tenaga medis tentang regulasi BPJS yang berlaku, termasuk persyaratan klaim, prosedur klaim, dan perubahan-perubahan terbaru dalam kebijakan BPJS (Rido, 2024). Kompetensi SDM harus dimanfaatkan untuk mengatasi kelemahan seperti sistem informasi yang belum terintegrasi dan kekurangan pelatihan (Nurfathina, 2024).

Dengan pemahaman yang baik tentang regulasi BPJS, petugas dan tenaga medis dapat memastikan bahwa setiap klaim yang diajukan memenuhi persyaratan dan tidak ditolak karena alasan administratif. Disamping itu juga bertujuan untuk meningkatkan keterampilan *coding* petugas dan tenaga medis, sehingga mereka dapat memberikan kode yang tepat dan akurat sesuai dengan diagnosis dan tindakan medis yang diberikan.

### **Mengembangkan sistem informasi yang lebih canggih dan terintegrasi**

Memastikan SIMRS memiliki kemampuan untuk terintegrasi secara mulus dengan sistem BPJS Kesehatan, Integrasi ini memungkinkan pertukaran data secara real-time, mengurangi kebutuhan input data manual, dan mempercepat proses verifikasi.

Peluang eksternal seperti dukungan BPJS dengan sistem terintegrasi dapat memberikan manfaat signifikan karena pengintegrasian sistem dapat meningkatkan kualitas data, menyediakan data secara tepat waktu, serta meningkatkan proses umpan balik informasi kesehatan yang lebih efisien (Nurfathina, 2024).

### **Meningkatkan komunikasi yang efektif dengan BPJS Kesehatan**

Tim manajemen rumah sakit secara rutin melakukan pertemuan dan diskusi untuk membahas permasalahan klaim tertunda, sehingga dapat segera dicarikan solusi yang tepat. Sejalan dengan penelitian Rido (2024), rumah sakit harus membangun komunikasi yang konstruktif dan proaktif dengan pihak BPJS Kesehatan. Hal ini dapat dilakukan dengan mengadakan pertemuan rutin, menyampaikan umpan balik, serta mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah bersama-sama.

Komunikasi yang efektif dengan BPJS Kesehatan akan membantu rumah sakit memahami persyaratan klaim dengan lebih baik, mengatasi perbedaan interpretasi terhadap regulasi, dan mempercepat proses penyelesaian klaim yang bermasalah. Selain

itu, kerjasama yang baik juga dapat membuka peluang bagi rumah sakit untuk berpartisipasi dalam program-program yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan efisiensi klaim (Rido, 2024).

Hubungan yang baik memfasilitasi komunikasi yang efektif antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Komunikasi yang lancar memungkinkan kedua belah pihak untuk saling memahami kebutuhan dan harapan masing-masing, serta memecahkan masalah yang mungkin timbul terkait klaim (Nurfathiah, 2024)

### **Peningkatan dokumentasi dan verifikasi data**

Pihak rumah sakit melakukan verifikasi yang ketat terhadap dokumen klaim pasien. Hal ini bertujuan untuk memastikan kelengkapan dan kesesuaian data yang diajukan serta untuk memastikan akurasi *coding*, sehingga dapat meminimalkan penolakan klaim oleh BPJS Kesehatan. Membuat *checklist* kelengkapan berkas, meningkatkan koordinasi dengan unit terkait serta standarisasi penulisan diagnosis yang telah disosialisasikan ke DPJP-DPJP terkait. Sejalan dengan pendapat Rido (2024), bahwa ketidaksesuaian data dapat memperlambat pemrosesan klaim, sehingga diperlukan proses verifikasi data pasien dan penyedia layanan.

### **Meningkatkan koordinasi dengan unit terkait**

Koordinasi yang efektif antar unit di rumah sakit sangat penting untuk memastikan bahwa informasi tentang peraturan BPJS terbaru dapat disebarluaskan dan diimplementasikan dengan cepat. Koordinasi membantu memastikan bahwa semua unit memiliki pemahaman yang seragam tentang peraturan baru. Hal Ini dapat dicapai melalui pertemuan rutin antar tim *Casemix*, bagian Rekam Medis, DPJP dan perawat ruangan. Hal ini sejalan dengan penelitian Puspaningsih (2022), dimana dengan adanya koordinasi yang baik antar unit, rumah sakit akan selalu terinformasi mengenai perubahan peraturan terbaru dari BPJS.

### **Menerapkan Juknis BPJS secara efektif dalam proses pengkodean dan klaim**

Penerapan juknis yang jelas juga penting untuk mengoptimalkan proses klaim. Resume medis sebagai salah satu berkas penting merupakan syarat utama dalam pengajuan klaim pasien BPJS (Rahayu and Sari, 2023). Juknis yang jelas dan aplikatif dari BPJS dapat membantu mengurangi ketidakpastian dalam proses klaim. Responsivitas BPJS dalam penyelesaian masalah klaim juga memainkan peran penting karena memungkinkan

penyelesaian masalah dengan cepat serta mengurangi penundaan sehingga memastikan klaim diproses secara efisien.

## **5. KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada BAB IV, penelitian ini menyimpulkan sebagai berikut:

- 1) Kekuatan internal yang dimiliki oleh RS Restu Ibu Balikpapan dalam mempercepat kelayakan klaim JKN/BPJS, sebagai berikut:
  - a. Sumber Daya Manusia (SDM) yang kompeten; dan
  - b. Sarana dan prasarana yang memadai
- 2) Kelemahan internal yang dimiliki oleh RS Restu Ibu Balikpapan dalam mempercepat kelayakan klaim JKN/BPJS sebagai berikut:
  - a. Ketidaklengkapan berkas;
  - b. Kesalahan *coding*; dan
  - c. Jaringan internet yang kurang stabil
- 3) Peluang eksternal yang dimiliki oleh RS Restu Ibu Balikpapan dalam mempercepat kelayakan klaim JKN/BPJS, sebagai berikut:
  - a. Potensi pengembangan sistem informasi yang lebih canggih dan terintegrasi; dan
  - b. Pelatihan rutin bagi petugas.
- 4) Ancaman eksternal sebagai berikut:
  - a. Perubahan Regulasi BPJS; dan
  - b. Gangguan sistem BPJS Kesehatan.
- 5) Strategi manajemen yang tepat untuk mempercepat kelayakan klaim JKN/BPJS di RS Restu Ibu Balikpapan, yaitu:
  - a. Meningkatkan kompetensi petugas dan tenaga medis melalui pelatihan rutin;
  - b. Mengembangkan sistem informasi yang lebih canggih dan terintegrasi;
  - c. Meningkatkan komunikasi yang efektif dengan BPJS Kesehatan;
  - d. Peningkatan Dokumentasi dan Verifikasi Data, dan
  - e. Meningkatkan koordinasi dengan unit terkait



## DAFTAR REFERENSI

- Adam, C. M., Maramis, F. R., & Wowor, R. E. (2019). Analisis prosedur pengajuan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di rawat inap RSUD Lapangan Sawang Kabupaten Kepulauan Siau Tagulandang Biaro. *KESMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*, 8(7).
- Akinleye, D. D., McNutt, L. A., Lazariu, V., & McLaughlin, C. C. (2019). Correlation between hospital finances and quality and safety of patient care. *PLOS ONE*, 14(8), e0219124. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219124>
- Andani, L., Jati, S. P., & Agushybana, F. (2024). Analysis of casemix team performance in the successful verification of national health insurance claims at Hospital X. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 6(4), 2123–2134. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v6i4.3255>
- Anyaprita, D., Siregar, K. N., Hartono, B., Fachri, M., & Ariyanti, F. (2020). Dampak keterlambatan pembayaran klaim BPJS Kesehatan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura. *Muhammadiyah Public Health Journal*, 1(1).
- Benzaghta, M. A., Elwalda, A., Mousa, M. M., Erkan, I., & Rahman, M. (2021). SWOT analysis applications: An integrative literature review. *Journal of Global Business Insights*, 6(1), 54–72.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Dutta, P. (2018). Human health risk assessment under uncertain environment and its SWOT analysis. *The Open Public Health Journal*, 11(1), 72–92.
- Elfani, N. Z., & Nugroho, B. Y. (2022). Achieving competitive advantage and mitigating disruption through strategic planning with SWOT analysis: A literature review. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(12), 19871–19886.
- Fahmi, I. (2013). *Kewirausahaan: Teori, kasus, dan solusi*. Bandung: Alfabeta.
- Far, I. O. F., Rahardjo, T. B. W., & Hutapea, F. (2022). Analisis jabatan tim Casemix dalam upaya peningkatan klaim BPJS di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Bekasi tahun 2019. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI)*, 6(2), 211–227.
- Fity, J. (2020). *Analisa SWOT pada Gor Badminton Batu Batam* [Skripsi, Universitas Internasional Batam]. Repository UIB, Batam.
- Gurl, E. (2017). SWOT analysis: A theoretical review. *Journal tidak disebutkan*.
- Halawa, M. N. S. (2018). Analisis penyebab unclaimed berkas BPJS pasien rawat inap di Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia (RSU IPI) Medan. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 3(2), 480–485. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v3i2.66>
- Haryadi, B. (2003). *Strategi manajemen*. Jakarta: Bayu Media Publishing.

- Hasibuan, A. R. (2019). Analisis efisiensi teknis rumah sakit umum daerah di Sumatera Utara menggunakan data envelopment analysis. *Jurnal Sistem Informasi Kesehatan Masyarakat*, 4(1), 1–9.
- Hatta, G. (2013). *Pedoman manajemen informasi kesehatan di sarana pelayanan kesehatan* (Vol. III, hlm. 127–159). Jakarta: UI Press.
- Jawa, L. L. H., Purwadhi, P., Andriani, R., & Andikarya, R. O. (2023). Strategi manajemen untuk meningkatkan excellent service di Rumah Sakit Umum St. Rafael Manggarai NTT. *Prosiding Magister Manajemen ARS University*, 1, 148–156. <https://eprosiding.ars.ac.id/index.php/pmm/article/view/1048>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 tentang standar tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan* (BN.2013/No.1392). <https://jdih.kemkes.go.id> (Accessed October 5, 2024)
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Petunjuk teknis sistem Indonesian Case Base Groups (INACBGs)* (PMK No. 27 Tahun 2014). <https://bprs.kemkes.go.id/v1/uploads/pdf/files/peraturan/38%20PMK%20No.%2027%20ttg%20Juknis%20Sistem%20INA%20CBGs.pdf>
- Kementerian Kesehatan. (2016). *Buku panduan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi populasi kunci*. [https://siha.kemkes.go.id/portal/files\\_upload/BUKU\\_PANDUAN\\_JKN\\_BAGI\\_POP\\_ULASI\\_KUNCI\\_2016.pdf](https://siha.kemkes.go.id/portal/files_upload/BUKU_PANDUAN_JKN_BAGI_POP_ULASI_KUNCI_2016.pdf) (Accessed October 5, 2024)
- Komara, E., Syaodih, E., & Andriani, R. (2022). *Metode penelitian kualitatif dan kuantitatif*. Bandung: [Nama penerbit tidak dicantumkan].
- Larasati, S., & Ilmi, L. R. (2023). *Optimalisasi kelengkapan persyaratan klaim pasien BPJS di RSUD Mitra Paramedika* [Diploma thesis, Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta]. <http://id/eprint/2422>
- Lestari, I. (2022). Implementasi good governance untuk mencegah fraud di fasilitas kesehatan. *Jurnal Kebijakan Publik*.
- Lubis, N. W. (2022). Resource Based View (RBV) dalam meningkatkan kapasitas strategis perusahaan. *Research Horizon*, 2(6), 587–596. <https://doi.org/10.54518/rh.2.6.2022.587-596>
- Mahadi Sasoko, D., & Mahrudi, I. (2023). Teknik analisis SWOT dalam sebuah perencanaan kegiatan. *Jurnal Studi Interdisipliner Perspektif*, 22(1), 8–19. <https://ejournal-jayabaya.id/Perspektif/article/view/64>
- Melani, F., Santjaka, A., & Latif, R. V. N. (2018). SWOT analysis on JKN implementation in Ngaliyan Health Center Semarang in 2016. *Unnes Journal of Public Health*, 7(1), 15–20.
- Moleong, L. J. (2017). *Metode penelitian kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

- Murdianto, E. (2020). *Penelitian kualitatif: Teori dan aplikasi disertai contoh proposal*. Yogyakarta: Lembaga Penelitian dan Pengabdian pada Masyarakat UPN “Veteran”.
- Nasution, Y. E., & Meliala, S. A. (2023). The effect of workload on employee performance at the BPJS claim unit at Sundari General Hospital in 2022. *Science Midwifery*, 10(6), 4557–4567.
- Nasution. (1996). *Metode penelitian naturalistik kualitatif*. Bandung: Tarsito.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuramalia, L., Purwadhi, P., & Andriani, R. (2023). Pengaruh penerapan sistem informasi manajemen rumah sakit dan budaya organisasi terhadap kinerja karyawan Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang. *Innovative: Journal of Social Science Research*, 3(3), 8915–8928. <https://j-innovative.org/index.php/Innovative/article/view/3193>
- Pangidoan, R., Kahar, & Bayu. (2024). Strategi manajerial dalam menangani klaim tertunda BPJS Kesehatan di rawat inap Rumah Sakit Pertamina Sorong. *EKOMA: Jurnal Ekonomi Manajemen Akuntansi*, 4(1), 2864–2878. <https://doi.org/10.56799/ekoma.v4i1.6263>
- Pearce, J. A., & Robinson, R. B. (2008). *Manajemen strategis* (Edisi ke-10). Jakarta: Salemba.
- Pratama, A., & Tim Penulis. (2023). Analisis faktor penyebab pending klaim rawat inap akibat koding rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. *JIIPIKI: Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Indonesia*. <https://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIIPIKI>
- Puspaningsih, M. (2022). Evaluasi administrasi klaim BPJS Kesehatan dalam menurunkan klaim pending. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(6). <https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v7i6.7317>
- Puspaningsih, M., Suryawati, C. D., & Arso, S. P. (2022). Evaluasi administrasi klaim BPJS Kesehatan dalam menurunkan klaim pending. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(6), [tanpa halaman]. <https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v7i6.7317>
- Putri, A. E. (2014). *Paham BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan)* (Seri Buku Saku-2). Friedrich-Ebert-Stiftung dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).
- Rahim, R., & Radjab, E. (2017). *Manajemen strategi*. Makassar: Lembaga Perpustakaan dan Penerbitan Universitas Muhammadiyah Makassar.
- Rangkuti, F. (2000). *Analisis SWOT: Teknik menyusun strategi bisnis yang efektif*. Jakarta: Gramedia.
- Rizan, M., Syahrial, H., & Handoko, R. (2024). *Manajemen strategik rumah sakit*. Bandung: Widina Media Utama.
- Rohendi, A., Widyatmojo, H., & Wahyudi, B. (2023). Pengaruh kompetensi dan motivasi terhadap kinerja tenaga kesehatan pada Klinik Demam RS Primaya Karawang. *Jurnal Manajemen Rumah Sakit*, 1(1), 15–22. <https://ejurnal.ars.ac.id/index.php/mmars/article/view/131>

- Rozza, B. C., Aldi, P., & Abidin, A. (2024). Gambaran penyebab pending claim BPJS Kesehatan akibat ketidaktepatan kode diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS). *RAMMIK: Jurnal Rekam Medik dan Manajemen Informasi Kesehatan*, 3(2), 7–17. <https://rammik.pubmedia.id/index.php/rmik>
- Rusmin. (2020). *Manajemen strategi marketing rumah sakit Islam*. Makassar: UPT Perpustakaan UIN Alauddin.
- Saputra, D. A., & Sugiyanto, Z. (2025). Tinjauan penyebab keterlambatan proses klaim BPJS rawat inap triwulan awal di RS Ken Saras Kabupaten Semarang. *Ulilalbab: Jurnal Ilmiah Multidisiplin*, 4(4), 1217–1222.
- Sari, P. M., & Rahayu, S. (2019). Analisis pengaruh tingkat hunian tempat tidur terhadap profitabilitas rumah sakit umum daerah. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 5(2), 123–132.
- Sari, P. P., Paramita, R. M., Purwadhi, P., & Widjaja, Y. R. (2024). Transformasi strategi manajemen rumah sakit dalam menghadapi tantangan kesehatan global: Sebuah tinjauan literatur. *Journal of Innovation Research and Knowledge*, 4(5), 2585–2592.
- Sophia, S., & Darmawan, E. S. (2017). Analisis keterlambatan pengajuan klaim kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada Rumkital Dr. Mintohardjo, DKI Jakarta. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 20(3), 83–88.
- Sudiantini, D., & Hadita, S. P. (2022). *Manajemen strategi*. Purwokerto: CV. Pena Persada.
- Sugiyono. (2017). *Metode penelitian pendidikan kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suhardi. (2023). *Karakteristik manajemen strategi dalam manajemen strategis (Teori dan implementasi)*. Serang, Banten: PT. Sada Kurnia Pustaka.
- Syahira, N., Rusdi, A. J., & Akbar, P. S. (2024). Strategi optimalisasi klaim Jaminan Kesehatan Nasional di unit Casemix Rumah Sakit “X” Blitar. *Jurnal ARSI (Administrasi Rumah Sakit Indonesia)*, 10(2), 4.
- Syaodih, E., Andriani, R., & Purwadhi, P. (2022). *Teori dan praktik organisasi*. Bandung: Refika.
- Tarigan, I. N., & Lestari, F. D. (2022). Penundaan pembayaran klaim Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan di Indonesia: Sebuah scoping review. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 3.
- Umar, H. (2001). *Strategi management in action*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Utami, S. E., Daniyah, R., & Narek, A. K. (2024). Optimalisasi proses kodefikasi klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di RS Permata Bunda Malang. *Journal of Medical Records and Health Information*, 5(2). <https://doi.org/10.58535/jrmik.v5i2.70>
- Wahyudi, B., et al. (2023). Pengaruh kompetensi dan motivasi terhadap kinerja tenaga kesehatan pada Klinik Demam RS Primaya Karawang. *Prosiding Magister Manajemen ARS University*, 1, 1–10.

Widaningtyas, E., Novinawati, F. P., & Asmorowati, A. (2022). Analisis pending klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit QIM Batang tahun 2022. *Avicenna: Journal of Health Research*, 7(1), 42.  
<https://jurnal.stikesmus.ac.id/index.php/avicenna/article/view/1028/517>

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.