

Strategi Manajemen Pelaksanaan Pengajuan Klaim Non Kapitasi BPJS Kesehatan di Puskesmas Lekok

Zahwa Fairus Haq^{1*}, Eko Rahman Setiawan¹, Subi Hariyanto²

¹Program Studi D3 Asuransi Kesehatan, Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang

²RS Universitas Muhammadiyah Malang, Malang
zahwa_p17420234074@poltekkes-malang.ac.id

Keywords:

*BPJS Kesehatan,
Community Health Center,
Non Capitation Claims,
Strategic management*

ABSTRACT

The submission of Non Capitation claims at Lekok Community Health Center (Puskesmas Lekok) faces administrative and infrastructural constraints that lead to delayed claim submission and revenue loss. This study aims to explore the process of submitting BPJS Kesehatan Non-Capitation claims at Puskesmas Lekok. A qualitative descriptive case study approach was used, involving three informants (one key informant and two supporting informants) selected through purposive sampling. The study examined the Input aspect (man, material, method, and machine), the Process aspect (document completeness and claim-entry procedures), and the Output aspect (claim status and obstacles encountered). Data were collected through in-depth interviews and document review, and validated through method and source triangulation. The results showed that claim officers at Puskesmas Lekok hold dual positions, no written Standard Operating Procedure (SOP) governs the Non Capitation claim submission process, and facilities are generally adequate, although pending claims still occur due to unentered SOAP data and overlapping claims with referral hospitals (FKRTL). The study recommends assigning dedicated claim officers, developing a specific SOP, and evaluating the claim submission process to minimize errors in Non-Capitation claim filing.

Kata Kunci

*BPJS Kesehatan,
Klaim Non Kapitasi,
Puskesmas,
Strategi manajemen*

ABSTRAK

Proses pengajuan klaim Non Kapitasi di Puskesmas Lekok menghadapi kendala administrasi dan sarana prasarana, yang berdampak pada keterlambatan pengajuan klaim serta kerugian pendapatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui proses pengajuan klaim Non Kapitasi BPJS Kesehatan di Puskesmas Lekok. Metode yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif studi kasus. Informan penelitian berjumlah 3 orang, terdiri atas 1 informan kunci dan 2 informan pendukung yang dipilih dengan teknik purposive sampling. Penelitian ini berfokus pada aspek Input yang meliputi man, material, method, dan machine; aspek Process yang meliputi kelengkapan berkas dan proses entri klaim Non Kapitasi; serta aspek Output yang meliputi status klaim dan hambatan yang terjadi. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dan telaah dokumen, dengan keabsahan data diperiksa melalui triangulasi metode dan sumber. Hasil penelitian menunjukkan bahwa petugas klaim di Puskesmas Lekok masih merangkap jabatan, belum terdapat SOP tertulis khusus untuk pengajuan klaim Non Kapitasi, serta fasilitas yang tersedia sudah cukup memadai, namun masih ditemukan klaim pending akibat belum dientri data SOAP dan adanya irisan klaim dengan FKRTL. Puskesmas Lekok disarankan untuk menunjuk petugas khusus, menyusun SOP klaim Non

Kapitasi, serta mengevaluasi proses pengajuan klaim secara berkala guna meminimalisasi kesalahan pengajuan.

Korespondensi Penulis:

Zahwa Fairus Haq,
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang,
Jl. Besar Ijen 77 C, Kota Malang ,Telp. (0341)
566075, 571388
Telepon : +6285338790837
Email: zahwa_p17420234074@poltekkes-
malang.ac.id

**Tanggal submit : 03-09-2026; Tanggal penerimaan :
04-10-2026; Tanggal publikasi : 24-10-2026**



licensed by [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

1. PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan hak dasar setiap warga negara yang dijamin oleh Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Untuk merealisasikan hak tersebut, pemerintah Indonesia mengembangkan sistem jaminan kesehatan nasional yang diatur melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Berdasarkan Pasal 1 UU Nomor 24 Tahun 2011, BPJS merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial, termasuk jaminan kesehatan, guna memberikan perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia (1).

Pelaksanaan JKN melalui BPJS Kesehatan menghadapi tantangan yang kompleks dalam implementasi klaim Non Kapitasi. Meskipun telah dijamin dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 dan UU Nomor 24 Tahun 2011, studi terdahulu menunjukkan bahwa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) masih menghadapi kendala dalam ketepatan waktu pengajuan klaim Non Kapitasi, salah satunya disebabkan oleh tidak adanya petugas khusus yang menangani prosedur klaim sehingga tugas tersebut dirangkap oleh tenaga pelaksana lain (2). Penelitian Rahmatika, Zaimi, dan Ciciolina (2) di Puskesmas Pasar Kuok menemukan bahwa ketidakteraturan pengajuan klaim Non Kapitasi disebabkan oleh perangkapan tugas oleh perawat pelaksana serta kendala sarana prasarana berupa jaringan, yang berdampak pada keterlambatan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan, padahal regulasi mengharuskan pengajuan klaim dilakukan secara periodik sebelum tanggal 10 bulan berikutnya.

Puskesmas Lekok merupakan salah satu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kabupaten Pasuruan, Jawa Timur, yang memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan berkualitas bagi masyarakat. Berdasarkan wawancara awal dengan petugas administrasi, ditemukan permasalahan yang ditinjau dari faktor administrasi dan sarana prasarana. Kendala administrasi antara lain klaim pending akibat double klaim antara petugas layanan kesehatan dan petugas verifikator klaim, sedangkan kendala sarana prasarana berupa komputer yang mengalami gangguan sehingga input pada aplikasi P-Care tidak dapat dilakukan pada hari pelayanan, yang berujung pada klaim yang tidak dapat diajukan dan kerugian pendapatan bagi Puskesmas Lekok.

Berdasarkan uraian di atas, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan memahami strategi manajemen pelaksanaan pengajuan klaim Non Kapitasi BPJS Kesehatan di Puskesmas Lekok, ditinjau dari pendekatan sistem yang meliputi unsur Input (*man, material, method, machine*), Process, dan Output. Tujuan khusus penelitian ini adalah mengetahui prosedur klaim Non Kapitasi BPJS Kesehatan pada aspek input, proses, dan output di Puskesmas Lekok. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi Puskesmas Lekok dalam memperbaiki tata kelola pengajuan klaim Non Kapitasi, serta menjadi tambahan referensi ilmiah bagi pengembangan penelitian sejenis di bidang manajemen administrasi klaim.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan desain studi kasus, bertujuan untuk menggambarkan secara mendalam proses pengajuan klaim Non Kapitasi BPJS

Kesehatan di Puskesmas Lekok dengan fokus pada pendekatan sistem, yaitu variabel Input, Proses, dan Output. Ketiga variabel tersebut dianalisis untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai proses pengajuan klaim Non Kapitasi. Pada aspek Input, indikator yang diteliti meliputi man (sumber daya manusia yang terlibat), material (dokumen dan berkas klaim), method (prosedur atau pedoman pelaksanaan), dan machine (perangkat keras dan lunak pendukung). Pada aspek Proses, fokus studi adalah kelengkapan berkas dan proses entri klaim Non Kapitasi, sedangkan pada aspek Output yang diteliti meliputi status klaim dan hambatan yang terjadi.

Data yang digunakan berasal dari data primer yang diperoleh melalui wawancara mendalam kepada informan yang memahami dan terlibat langsung dalam pelaksanaan pengajuan klaim Non Kapitasi, yaitu penanggung jawab (PIC) klaim Non Kapitasi selaku informan kunci serta dua bidan terampil selaku informan pendukung yang dipilih dengan teknik purposive sampling. Instrumen penelitian berupa pedoman wawancara dan telaah dokumen berkas klaim Non Kapitasi periode Agustus sampai dengan Oktober 2025 yang mengacu pada status klaim layak, tidak layak, dan pending. Teknik pengolahan data dilakukan melalui wawancara dan transkripsi, sedangkan analisis data mengikuti model Miles dan Huberman (3) yang terdiri atas reduksi data, penyajian data, serta penarikan dan verifikasi kesimpulan.

Data hasil wawancara ditranskripsikan, kemudian direduksi dan dikelompokkan berdasarkan kerangka analisis penelitian, yaitu aspek input (*man, material, method, dan machine*), proses pengajuan klaim, serta output berupa status klaim dan hambatan yang ditemukan. Hasil pengelompokan tersebut disajikan secara deskriptif dan dibandingkan dengan hasil telaah dokumen klaim untuk mengidentifikasi kesesuaian informasi serta mendukung penarikan kesimpulan.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Aspek Input

a. Man

Berdasarkan hasil wawancara, tenaga pelaksana yang terlibat dalam pengajuan klaim Non Kapitasi di Puskesmas Lekok adalah bidan dan perawat yang merangkap peran sebagai petugas pelayanan sekaligus petugas entri klaim, mengingat tidak tersedianya petugas khusus untuk fungsi tersebut.

"Disini sih tidak ada petugas khusus sehingga di rangkap oleh perawat dan bidan, dalam pengentrian klaim Non Kapitasi yang dilakukan oleh saya sendiri sebagai bidan Poli KIA."
(Informan-2)

Perangkapan jabatan ini menyebabkan petugas harus membagi waktu antara pelayanan kesehatan dan administrasi klaim, sehingga proses pengajuan klaim beberapa kali mengalami kendala meskipun tidak sampai mengganggu pelayanan utama. Temuan ini sejalan dengan penelitian Rahmatika (2) yang menunjukkan bahwa ketiadaan petugas klaim khusus menyebabkan seluruh proses entri dan administrasi klaim dilakukan oleh perawat sesuai jadwal jaga, sehingga menimbulkan kesulitan pembagian waktu kerja.

b. Material

Dokumen klaim yang dikumpulkan bervariasi menurut jenis pelayanan (rawat inap, rujukan, ANC, KB, persalinan), namun secara umum mencakup identitas pasien (KTP, KK, KIS) serta dokumen pendukung seperti resume medis, kohort, buku KIA/KB, kartu pelayanan, bukti transportasi, dan surat keterangan lahir. Sejak bulan September, pengumpulan berkas beralih dari bentuk hardfile menjadi softfile/PDF yang dipindai dan dikirimkan kepada PIC klaim melalui Telegram. Material

yang digunakan telah mengacu pada ketentuan administrasi BPJS Kesehatan, namun masih ditemukan kendala berupa ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian dokumen pendukung yang menuntut petugas melakukan pengecekan ulang sebelum klaim dikirimkan. Temuan ini sejalan dengan Jayawijaya, Hidayat, dan Rachman di Klinik Asiki, yang menegaskan bahwa kelengkapan dan ketepatan dokumen merupakan aspek krusial yang menentukan kelancaran proses klaim (4).

c. Method

Puskesmas Lekok hingga saat ini belum memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) tertulis yang secara khusus mengatur pengajuan klaim Non Kapitasi. Pelaksanaan klaim mengacu pada panduan BPJS Kesehatan serta arahan yang diperoleh melalui sosialisasi internal oleh perwakilan petugas yang mengikuti pengarahan dari BPJS Kesehatan.

"Jika kita lihat dengan betul ya kita masih belum punya SOP, harusnya memang ada, idealnya ada, tapi sementara ini kita masih belum ada." (Informan-1)

Ketiadaan SOP berpotensi menimbulkan perbedaan pemahaman dan pelaksanaan antar-petugas, sehingga menjadi salah satu faktor yang dapat menghambat efektivitas pelaksanaan klaim. Hasil ini sejalan dengan Jayawijaya, Hidayat, dan Rachman yang menyatakan bahwa ketiadaan SOP tertulis menjadi kelemahan dalam pengelolaan klaim karena proses berjalan berdasarkan kebiasaan kerja, bukan acuan baku (4).

d. Machine

Pengajuan klaim Non Kapitasi di Puskesmas Lekok telah berbasis digital menggunakan dua aplikasi, yaitu E-Pus (sistem layanan internal se-Kabupaten) dan P-Care E-Klaim (terhubung langsung dengan BPJS Kesehatan). Kendala yang muncul umumnya bersifat teknis, seperti gangguan jaringan internet atau proses bridging antara E-Pus dan P-Care yang tidak berjalan lancar. Perbaikan perangkat maupun jaringan ditangani oleh petugas internal yang memiliki pemahaman teknologi informasi.

"Kalau pengoperasian klaim itu kita ada dua aplikasi, dari E- Pus dan dari P-Care E-Klaim. Itu kalau P-Care E-Klaim memang khusus langsung ke BPJS Kalau E-Pus itu layanan Puskesmas kita, layanan se Puskesmas kabupaten sendiri, nah kalau pengoperasionalnya sih saya sama temen temen karena mungkin sudah terbiasa jadi nggak ada kendala cuman kendalanya paling pas trouble internet atau aoa, kalau pengoperasionalnya nggak ada." (Informan-1)

Sarana dan prasarana yang tersedia dinilai sudah cukup memadai untuk mendukung proses pengajuan klaim, sejalan dengan temuan Ahdinur, Semiarty, dan Fahmy yang menegaskan pentingnya kelengkapan sarana pendukung, seperti mesin pemindai dan printer, dalam mempercepat proses kerja petugas klaim (5).

2. Aspek Proses

Pemeriksaan kelengkapan berkas klaim menjadi tanggung jawab petugas pelayanan di masing-masing unit, sedangkan koordinasi pengiriman berkas dikoordinasikan oleh PIC klaim. Persyaratan klaim Non Kapitasi mengacu pada Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan, yang terdiri atas persyaratan umum (Formulir Pengajuan Klaim/FPK, rekapitulasi pelayanan, kwitansi asli bermaterai, dan surat tanggung jawab mutlak) serta persyaratan khusus yang berbeda menurut jenis pelayanan (6).

"... Dokumen SPJnya itu biasanya, tapi beda beda ya tiap misalnya klaim rawat inap, klaim rujukan, klaim ANC, itu beda-beda. Kalau rawat inap itu harus ada Resume, harus ada FPK KPK nya dari P-CARE terus harus ada persetujuann rawat inap Terus kalau ANC sendiri beda lagi

harus ada KOHORT nya harus ada fotokopi buku KIA nya terus rujukan sendiri juga beda harus ada bukti transportasi harus ada struk BBM nya” (Informan-1)

Koordinasi antar-petugas dilakukan melalui komunikasi langsung, dengan kesepakatan bahwa seluruh berkas klaim harus terkumpul sebelum tanggal 10 setiap bulannya agar dapat dikirimkan tepat waktu kepada BPJS Kesehatan. Namun demikian, pola koordinasi yang masih mengandalkan komunikasi informal berpotensi menimbulkan keterlambatan apabila salah satu unit pelayanan belum menyelesaikan kewajibannya. Mekanisme pengiriman berkas klaim telah beralih dari hardfile menjadi soft file yang dikompilasi dalam satu folder dan dikirimkan melalui aplikasi Telegram kepada PIC BPJS Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku.

Kendala yang paling sering terjadi pada tahap proses adalah ketidaklengkapan berkas klaim akibat kurangnya dokumen pendukung atau ketidaksesuaian data identitas pasien (KTP, KK, dan data kepesertaan BPJS Kesehatan), sehingga entri klaim tidak dapat langsung dilakukan dan memerlukan perbaikan data terlebih dahulu, yang pada akhirnya berdampak pada keterlambatan pengajuan klaim. Temuan ini sejalan dengan penelitian Kusniawan, Seha, dan Pradnyantara di Puskesmas Nanggulan, Kabupaten Kulon Progo, yang menemukan bahwa kekurangan persyaratan berkas klaim menghambat pencairan dana klaim kepada Puskesmas (7).

3. Aspek Output

Berdasarkan hasil telaah dokumen, jumlah klaim Non Kapitasi Puskesmas Lekok pada bulan Agustus 2025 tercatat 194 klaim, bulan September 2025 sebanyak 187 klaim, dan bulan Oktober 2025 sebanyak 177 klaim. Pada bulan September ditemukan tiga klaim rawat inap (RITP) berstatus pending yang disebabkan oleh irisan pelayanan dengan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dan belum dientri data SOAP. Status klaim pending menyebabkan berkas dikembalikan kepada Puskesmas untuk dilengkapi, yang berpotensi mengganggu proses verifikasi klaim.

Table 1. Rekapitulasi Klaim Non Kapitasi

Klaim Non Kapitasi			
Bulan Pelayanan	Jenis	Jumlah	Status
Agustus	1) Aktivitas kegiatan Kelompok		Layak
	a. Aktivitas Fisik Prolanis	1	
	b. Edukasi Kesehatan	1	
	2) ANC	15	
	3) Pra rujukan Akibat Komplikasi	3	
	4) KB		
	a. KB Suntik	46	
	b. KB Implant	8	
	5) Persalinan (Pervagina Normal	1	
	6) RITP	92	
	7) GDP	15	
	8) Ambulans	12	
	Total Jumlah Klaim:	194	
September	1) Aktivitas kegiatan Kelompok		

Klaim Non Kapitasi			
Bulan Pelayanan	Jenis	Jumlah	Status
	a. Aktivitas Fisik Prolanis	1	Pada RITP terdapat status 3 <i>Pending</i> Klaim akibat adanya: Irisan klaim dengan FKRTL dan Belum Entry Data SOAP. dan lainnya Dinyatakan Layak
	b. Edukasi Kesehatan	1	
	2) ANC	15	
	3) Pra rujukan Akibat Komplikasi	5	
	4) KB		
	a. KB Suntik	49	
	b. KB Implant	1	
	5) Persalinan (Pervagina Normal	8	
	6) RITP	86	
	7) GDP	15	
	8) Ambulans	6	
Total Jumlah Klaim:		187	
Oktober	1) Aktivitas kegiatan Kelompok		Layak
	a. Aktivitas Fisik Prolanis	1	
	b. Edukasi Kesehatan	1	
	2) ANC	29	
	3) Pra rujukan Akibat Komplikasi	6	
	4) KB		
	a. KB Suntik	23	
	b. KB Implant	2	
	5) Persalinan (Pervagina Normal	10	
	6) RITP	80	
	7) GDP	15	
	8) Ambulans	10	
Total Jumlah Klaim:		177	

Hasil penelitian ini sejalan dengan Kusniawan, Seha, dan Pradnyantara (7) yang menemukan bahwa ketidaklengkapan berkas klaim Non Kapitasi menghambat proses pengajuan dan memperlambat pencairan dana klaim, salah satunya disebabkan oleh kurangnya jumlah petugas klaim yang harus merangkap lebih dari satu tugas di Puskesmas. Secara umum, informan menyatakan hampir tidak ada hambatan serius dalam proses pengajuan klaim Non Kapitasi, kecuali gangguan aplikasi P-Care yang bersifat sementara dan tidak berulang. Hambatan utama yang teridentifikasi tetap berkaitan dengan tidak adanya petugas klaim khusus, sehingga fokus pengerjaan klaim dapat terganggu oleh tanggung jawab pelayanan lain, sebagaimana dibuktikan oleh kasus pengembalian berkas klaim akibat data SOAP yang belum dientri. Temuan ini sejalan dengan Amalia dan Nurvita yang menyatakan bahwa ketidaklengkapan berkas seperti identitas peserta dan rekapitulasi pelayanan masih menjadi kendala utama dalam verifikasi klaim Non Kapitasi di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Semarang (8).

Penelitian ini memiliki keterbatasan, yaitu aspek money (sumber daya keuangan) tidak dapat dikaji secara mendalam karena pihak Puskesmas Lekok tidak memberikan izin untuk penggalian data terkait, mengingat data keuangan klaim Non Kapitasi bersifat rahasia dan merupakan kebijakan internal instansi. Oleh karena itu, analisis hanya mencakup empat unsur input, yaitu man, material, method, dan machine, serta proses dan output pengajuan klaim. Selain itu, penelitian dilakukan pada satu Puskesmas dengan tiga informan dan periode pengamatan Agustus–Oktober 2025. Dengan demikian, temuan penelitian menggambarkan kondisi pengajuan klaim Non Kapitasi di Puskesmas Lekok dan tidak dapat langsung digeneralisasi ke Puskesmas lain yang mungkin memiliki karakteristik sumber daya, prosedur, dan kendala berbeda.

4. KESIMPULAN

Prosedur pengajuan klaim Non Kapitasi di Puskesmas Lekok telah berjalan melalui tahapan input, proses, dan output. Pada aspek input, belum tersedia petugas khusus yang menangani pengajuan klaim dan belum terdapat SOP tertulis khusus, sedangkan dokumen administrasi serta sarana dan prasarana secara umum telah mendukung pelaksanaan klaim. Pada aspek proses, pengumpulan dan pengiriman dokumen telah dilakukan secara digital, tetapi masih ditemukan kendala dalam kelengkapan dokumen dan penginputan data. Pada aspek output, selama periode Agustus–Oktober 2025 tercatat tiga klaim rawat inap tingkat pertama (RITP) berstatus pending pada September 2025, yang disebabkan oleh irisan pelayanan dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) dan data SOAP yang belum dientri. Dengan demikian, meskipun kendala yang ditemukan relatif terbatas selama periode pengamatan, perbaikan dalam pengelolaan dokumen, penginputan data, dan standarisasi prosedur tetap diperlukan. Berdasarkan temuan tersebut, Puskesmas Lekok disarankan untuk menunjuk petugas khusus yang menangani proses pengajuan klaim Non Kapitasi agar tidak dirangkap oleh perawat maupun bidan yang sedang bertugas, sekaligus meminimalkan pengembalian klaim akibat human error, serta menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) khusus sebagai acuan baku dalam pengajuan klaim. Penelitian selanjutnya disarankan untuk mengkaji aspek money guna memperoleh gambaran yang lebih menyeluruh mengenai pengelolaan sumber daya keuangan klaim Non Kapitasi setelah diajukan kepada BPJS Kesehatan.

REFERENSI

1. Republik Indonesia. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta; 2018.
2. Rahmatika C, Ciciolina, Zaimi S. Analisis Manajemen Input Pelaksanaan Prosedur Klaim Non Kapitasi Peserta JKN-KIS. *J Kesehat Med Saintika*. 2022;13(1):70–80.
3. Miles MB, Huberman AM, Saldana J. *Qualitative Data Analysis: A Method Sourcebook*. Sage Publications Inc.; 2014.
4. Jayawijaya Dasrun; Rachman, Arif FH. Strategi Manajemen Pelaksanaan Pengajuan Klaim Non Kapitasi BPJS Kesehatan Di Klinik Asiki Boven Digoel Papua Selatan. *ProBisnis J Manaj [Internet]*. 2025;16(01):105–16. Available from: <https://ejournal.joninstitute.org/index.php/ProBisnis/article/view/726/624>
5. Mathar I, Klevina MD. Reducing Pending Claims In Indonesia 's National Health Insurance System : Evidence From A Standardized Manual Administration Intervention. *J Ris Rumpun Ilmu Kesehat*. 2025;4(1).
6. BPJS Kesehatan. Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. BPJS Kesehatan; 2018.
7. Pradnyantara HK, Seha HN, Putra IGAN. Analisis Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Non Kapitasi Puskesmas Nanggulan Kabupaten Kulon Progo. *J Rekam Medis dan Inf Kesehat Indones [Internet]*. 2021;1(1):12–9. Available from: <https://jurmiki.org/index.php/Jurmiki/article/view/2/2>

8. Amalia AR, Nurvita S. Analisis Penrapan Sistem Klaim Non Kapitasi di FKTP dan Pengelolaan Pembayaran pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Semarang. MAHESA MALAHAYATI Heal STUDENT J. 2025;5(4):1468-76.