



ANALISIS MANAJEMEN INPUT PELAKSANAAN PROSEDUR KLAIM NON KAPITASI PESERTA JKN-KIS

ANALYSIS OF INPUT MANAGEMENT IMPLEMENTATION OF NON- CAPITATION CLAIMS PROCEDURES FOR JKN-KIS PARTICIPANTS

Chamy Rahmatika*¹, Ciciolina², Silvy Zaimi³

^{1,2,3}STIKES Syedza Saintika

(chamyrahmatika@gmail.com/085263435940)

ABSTRAK

Puskemas Pasar Kuok adalah salah satu dari 20 Puskemas di wilayah kerja Kantor Kabupaten Pesisir Selatan BPJS Kesehatan. Pada bulan Juni 2020 terjadi penumpukan serah terima klaim non kapitasi, dimana pada bulan tersebut Puskemas mengajukan klaim 4 bulan pelayanan berturut-turut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui analisis pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi pasien JKN di Puskemas Pasar Kuok. Jenis penelitian kualitatif, dengan metode wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen. Teknik penentuan informan yang digunakan adalah *purposive sampling*. Informan penelitian berjumlah 7 orang. Analisis data dilakukan dengan triangulasi sumber dan t metode. Hasil penelitian tidak ada petugas khusus dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi ini. Petugas juga merupakan perawat pelaksana yang berdinasi sesuai dengan shiftnya. Sarana dan prasarana masih ada kendala terkait jaringan. Kondisi ini akan mengakibatkan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan juga terlambat, yang mana sesuai regulasinya pengajuan klaim dilakukan secara periodik, sebelum tanggal 10 bulan berikutnya (N-1). Diharapkan Puskemas membuat *timeline* pengajuan klaim yang jelas, sehingga pengajuan klaim dapat dilakukan tepat waktu sesuai regulasi.

Kata kunci : Analisis; Klaim; BPJS Kesehatan; Non Kapitasi

ABSTRACT

Pasar Kuok Public Health Center is one of 20 health centers in the working area of the BPJS Kesehatan Pesisir Selatan District Office. In June 2020 there was a buildup of handover of non-capitation claims, where in that month the Public Health Center submitted claims for 4 consecutive months of service. This study aims to determine the analysis of the implementation of the non-capitation claim procedure for JKN patients at Pasar Kuok Health Center. This type of research is qualitative, with in-depth interviews, observation and document review methods. The informant determination technique used is purposive sampling. Research informants totaled 7 people. Data analysis was performed by triangulation of sources and t method. The results of the study there were no special officers in the implementation of this non-capitation claim procedure. The officer is also an implementing nurse who serves according to the shift. Facilities and infrastructure still have problems related to the network. This condition will result in the submission of claims to BPJS Kesehatan also being late, which according to the regulations, the submission of claims is carried out periodically, before the 10th of the following month (N-1). It is hoped



that the Public Health Center will make a clear timeline for submitting claims, so that claims can be submitted on time according to regulations.

Keywords : *Analysis ; Claim ; BPJS ; Non Capitation*

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah (Rahmatika et al., 2020). Peserta jaminan kesehatan ini terbagi dua yaitu peserta penerima bantuan iuran dan peserta bukan penerima bantuan iuran. Manfaat medis diberikan sesuai dengan indikasi medis dan standar pelayanan serta tidak dibedakan berdasarkan besaran iuran peserta (Irmawati et al., 2018).

Dalam upaya pemerintah untuk mewujudkan derajat dan jaminan kesehatan pada 1 Januari 2014 berawal dari pemerintah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) serta UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menunjuk PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan, sehingga PT Askes (Persero) pun berubah menjadi BPJS Kesehatan (Ayu Putri et al., 2019). Sesuai Pasal 23 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional disebutkan bahwa jaminan kesehatan diberikan pada fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan (Rahmatika, 2019).

Sesuai Perpres nomor 82 tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan Pasal 47 ayat 1, pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas: pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Pada Pasal 69 ayat 1 menjelaskan standar tarif

pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL ditetapkan oleh Menteri dan ayat 2 menjelaskan menetapkan standar tarif sebagaimana dimaksud pada ayat 1 setelah: a. Mendapatkan masukan dari BPJS Kesehatan bersama dengan asosiasi fasilitas kesehatan; dan b. Mempertimbangkan ketersediaan Fasilitas Kesehatan, indeks harga konsumen, dan indeks kemahalan Daerah (Ariyanti & Gifari, 2019). Standar Tarif dan Mekanisme Pembayaran ke Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan mangacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016, dimana tarif pelayanan kesehatan pada FKTP terbagi dua, yaitu : salah satunya tarif non kapitasi. Tarif non kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan (Ambarwati, 2021).

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan garda terdepan pelayanan kesehatan kepada peserta program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). Fungsi FKTP sebagai gatekeeper mempunyai fungsi kontak layanan peserta (*First Contact*), pelayanan berkelanjutan (*Continuity*), pelayanan paripurna (*Comprehensiveness*) dan koordinasi pelayanan (*coordination*) (Chamy Rahmatika, Elfetriani, 2020). Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama adalah Fasilitas Kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/atau pelayanan kesehatan lainnya (Masturoh et al., 2020).

Proses penagihan klaim non kapitasi dimulai pengentrian semua kunjungan dan pelayanan pasien pada aplikasi *Pcare Eclaim*.



Petugas mengentri semua data mulai dari tanggal kunjungan, kehuhan, data fisik, vital sign, terapi dokter, jenis pelayanan dan tindakan yang diberikan kepada pasien serta cara pulang pasien (Damara & Rahmatika, 2020). Pengentrian tidak hanya untuk pelayanan non kapitasi saja melainkan untuk semua kunjungan peserta JKN di Puskesmas. Setelah pengentrian petugas penanggungjawab melengkapi berkas dokumen yang menjadi syarat pengajuan klaim pada setiap jenis pelayannya. Pengajuan klaim dilakukan secara periodik, sebelum tanggal 10 bulan berikutnya (N-1) ke Kantor BPJS Kesehatan. Berkas diterima oleh Verifikator atau Staf Penjaminan Manfaat BPJS Kesehatan yang selanjutnya akan diverifikasi (Kapuasiana & Hardjomuljadi, 2020).

Dalam mewujudkan pengajuan klaim, FKTP harus konsisten dalam melaksanakan prosedur pengajuan klaim baik dari waktu serah terima ataupun kualitas dari entian serta kualitas dari administrasi dan syarat klaim yang diajukan yang mana ini akan berdampak pada pendanaan dan pembayaran ke FKTP nantinya. Berdasarkan data BPJS Kesehatan saat ini terdapat 22.638 FKTP yang sudah bekerjasama dengan BPJS kesehatan di seluruh wilayah Indonesia dengan rincian 10.126 Puskesmas, 4.698 Dokter Praktek Perorangan, 6.627 Klinik Pratama, 1.155 Dokter Gigi dan 32 Rumah Sakit Kelas D Pratama. FKTP ini tersebar baik di wilayah Kantor Cabang maupun Kantor Kabupaten/Kota. Secara Nasional rata-rata Absensi Klaim Tahun 2020 : Absensi N-1 58,7%, Absensi N-2 24,4%, Absensi N-3 6,4% dan Absensi > N-3 10,7% dari 11.648 FKTP yang mengajukan klaim non kapitasi (BPJS Kesehatan, 2016).

Pada Kedepuitan Wilayah Sumbateng Jambi hanya 33,41% FKTP yang sudah ruitn mengajukan klaim N-1 dan 66,59% pengajuan klaim N-2 sampai dengan > N-3. Kantor Cabang Padang merupakan salah satu Kantor Cabang di

Kedepuitan Wilayah Sumbateng Jambi dimana Kantor Cabang Padang membawahi 5 Kantor Kabupaten/Kota yaitu Kota Padang, Kota Pariaman, Kabupaten Padang Pariaman, Kabupaten Pesisir Selatan dan Kabupaten Mentawai. Dari Laporan absensi pengajuan klaim non kapitasi, Kantor Kabupaten Pesisir Selatan menempati posisi paling terendah dalam pencapaian absensi pengajuan klaim N-1 yaitu 70%, N-2 28,64%, N-3 0,91% dan N>3 0,45%. Dari data diatas menunjukkan bahwa belum semua FKTP disiplin dalam pengajuan klaim non kapitasi, yaitu sebelum tanggal 10 secara rutin pada bulan berikutnya (N-1) ke Kantor BPJS Kesehatan sesuai regulasi yang berlaku (BPJS Kesehatan, 2016).

Puskesmas Pasar Kuok adalah salah satu dari 20 Puskemas di wilayah kerja Kantor Kabupaten Pesisir Selatan BPJS Kesehatan. Tercatat Puskesmas Pasar Kuok sering terlambat dalam mengajukan klaim non kapitasi pada bulan berikutnya dari bulan pelayanan dibandingkan Puskesmas lain di wilayah kerja Kantor Kabupaten Pesisir Selatan. Serta pengajuan klaim yang menumpuk dan Puskesmas Pasar Kuok satu-satunya Puskesmas yang belum mengajukan klaim bulan pelayanan Nopember s.d. Desember 2020. Pada bulan Juni 2020 terjadi penumpukan serah terima klaim non kapitasi, dimana pada bulan tersebut Puskemas mengajukan klaim 4 bulan pelayanan berturut-turut yaitu klaim bulan pelayanan Februari s.d. Mei 2020. Selanjutnya terjadi keterlambatan lagi serah terima klaim bulan pelayanan Juli yaitu di bulan September, klaim bulan pelayanan Agustus serah terima di bulan Nopember dan klaim bulan pelayanan September serah terima pada bulan Desember. Kondisi ini akan berdampak pada pembiayaan ke Puskesmas atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta khususnya pelayanan non kapitasi serta akan berdampak pada absensi

klaim non kapitasi Puskesmas di BPJS Kesehatan.

BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Informasi diperoleh dapat berupa wawancara, observasi dan telaah dokumen. Penelitian kualitatif ini peneliti akan melakukan eksplorasi informasi mengenai pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi pasien Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Kuok. Penelitian ini dilakukan mulai bulan September 2021 s/d April 2022 dan lokasi penelitian di Puskesmas Pasar Kuok. Teknik penentuan informan pada penelitian kualitatif ini adalah purposive sampling dengan pertimbangan informan dianggap paling tahu tentang informasi yang diharapkan peneliti dan memiliki wewenang terhadap objek penelitian (Sugiyono, 2017). Adapun Informan penelitian ini adalah 7 Orang yang dipilih secara purposive sampling dimana mereka yang secara spesifik mengetahui banyak informasi tentang proses pelaksanaan

prosedur klaim non kapitasi pasien JKN di Puskesmas Pasar Kuok, yang terdiri dari Kepala Puskesmas, PIC klaim non kapitasi, petugas entri, petugas administrasi berkas klaim, staf penjaminan manfaat BPJS Kesehatan.

HASIL

TENAGA PELAKSANA

Dari hasil observasi di lapangan, tenaga pelaksana yang berperan atau terlibat dalam pelaksanaan prosedur klaim Kepala Puskesmas, PIC klaim non kapitasi, petugas entri, petugas pengumpul berkas/administrasi dan staf penjaminan manfaat BPJS Kesehatan. Jumlah petugas belum mencukupi karena semua petugas merangkap jawaban tidak ada petugas khusus, dimana entri klaim dan pengumpulan administrasi berkas klaim dilakukan langsung oleh perawat yang dinas sesuai jadwalnya disamping itu perawat juga merupakan pemegang program begitupun dengan PIC yang merangkap sebagai KTU Puskesmas.

Tabel 2 Matriks Trianggulasi Tenaga Pelaksana

No	Aspek Yang Diperiksa	Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Observasi	Kesimpulan
	Petugas yang terlibat	Petugas yang terlibat dalam prosedur klaim Non Kapitasi adalah, PIC klaim, petugas entri, petugas administrasi klaim, Kepala Puskesmas dan petugas BPJS	Tenaga pelaksana yang berperan atau terlibat dalam pelaksanaan prosedur klaim Kepala Puskesmas, PIC klaim non kapitasi, petugas entri, petugas pengumpul berkas/administrasi dan staf penjaminan manfaat BPJS Kesehatan		Petugas puskesmas yaitu Kepala Puskesmas, PIC klaim non kapitasi, petugas entri RITP, petugas administrasi RITP, petugas entri RJTP, petugas administrasi RJTP dan Staf penjaminan manfaat
	Jumlah tenaga	Belum sesuai kebutuhan, petugas yang dirawat juga bertanggung jawab dalam mengentri dan petugas administrasi serta		Jumlah petugas belum mencukupi karena semua petugas	Jumlah petugas entri, petugas administrasi berkas klaim masih kurang karena tidak ada petugas khusus semua petugas

		<p>memegang program Puskesmas. PIC juga merupakan KTU Puskesmas</p>		<p>merangkap jabatan tidak ada petugas khusus, dimana entri klaim dan pengumpulan administasi berkas klaim dilakukan langsung oleh perawat yang dinas sesuai jadwalnya disamping itu perawat juga merupakan pemegang progam begitupun dengan PIC yang merangkap sebagai KTU Puskesmas</p>	<p>merupakan perawat pelaksana atau bidan yang juga yang dinas sesuai jadwalnya dan petugas dengan status ASN merupakan pemegang program dan petugas non ASN juga membantu masiang-masing program serta PIC klaim non kapitasi juga menjabat sebagai KTU Puskesmas</p>
	<p>Pelatihan tenaga pelaksana n prosedur klaim dan verifikasi</p>	<p>petugas entri dan administrasi belum pernah ikut pelatihan, yang pernah ikut itu PIC BPJS yang mengadakan dan staf penjaminan manfaat belum ada pelatihan secara khusus</p>			<p>Tenaga pelaksana Puskesmas PIC yang pernah ikut pelatihan yang diadakan oleh BPJS sementara petugas entri dan administarsi klaim belum dan staf penjaminan manfaat belum ada pelatihan secara khusus</p>

SARANA DAN PRASARANA

Berdasarkan observasi dilapangan, sarana dan prasarana penunjang pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi sudah mencukupi dan pemanfaatan sarana/prasarana sudah sesuai

dengan fungsinya namun terkadang jaringan lelet dan petugas lancar dalam penggunaan aplikasi.

Tabel 3 Matriks Triangulasi Sarana dan Prasarana

No	Aspek Yang Diperiksa	Wawancara Mendalam	Observasi	Kesimpulan
1	Kecukupan dan kondisi sarana/prasarana	Sarana/prasarana sudah mencukupi.	Sarana/prasarana penunjang prosedur klaim non kapitasi sdh mencukupi	Sarana/prasarana penunjang prosedur klaim non kapitasi sudah mencukupi.
2	Kerusakan/gangguan pada sarana/prasarana	Kerusakannya hanya printer error serta gangguan mati lampu, jaringan lelet dan gangguan aplikasi	Masih ada kendala pada jaringan yang lelet	Kerusakan/gangguan yang terjadi terjadi printer error, gangguan jaringan dan aplikasi serta belum semua petugas memiliki user

				akses pcare
3	Kerusakan/gangguan langsung dilaporkan	Kerusakan/gangguan yang terjadi langsung dilaporkan ke PIC, petugas BPJS (IT) KC untuk ditindak lanjuti.		Kerusakan/gangguan yang terjadi langsung dilaporkan ke PIC, petugas BPJS (IT).
4	Kesulitan penggunaan aplikasi verifikasi	Tidak ada kesulitan	Petugas lancar dalam penggunaan aplikasi	Tidak ada kesulitan dalam penggunaan aplikasi
5	Pemanfaatan sarana/prasarana	Pemanfaatan sarana/prasarana sudah sesuai dengan fungsinya.	Petugas menggunakan sarana dan prasarana yang sudah tersedia	Pemanfaatan sarana/prasarana sudah sesuai dengan fungsinya.

METODE

Berdasarkan telaah dokumen dan observasi dilapangan, pelaksanaan prosedur klaim Puskesmas berpedoman kepada user manual, bisnis proses dalam proses pembayaran maupun proses verifikasi, dalam proses

melengkapi berkas dan pengajuan klaim hanya merujuk pada Perjanjian Kerja Sama (PKS) yang dilakukan antara pihak Puskesmas dan BPJS Kesehatan, serta pelaksanaannya sudah mengacu acuan tersebut.

Tabel 4. Matrik Triangulasi Metode

No	Aspek Yang Diperiksa	Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Kesimpulan
1	Metode yang digunakan dalam prosedur klaim	Metode yang digunakan sesuai dengan bisnis proses yang dibuat oleh kantor pusat yang merangkum tata cara pelaksanaan dan penanggung jawabnya.	Kantor Pusat membuat bisnis proses, terdapat PKS antara BPJS Kes dengan Puskesmas dan bisnis proses untuk pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi.	Metode dalam Pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi berpedoman kepada PKS Puskesmas dengan BPJS Kesehatan, user manual aplikasi Pcare dan bisnis proses
2	Pedoman yang sudah digunakan	Bisnis proses yang telah dibuat sudah dijalankan		Pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi sudah berpedoman kepada PKS, user manual serta bisnis proses

KEBIJAKAN

Berdasarkan telaah dokumen arsip di Puskesmas terdapat Perpres RI Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Permenkes RI Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan

Nasional, Permenkes nomor 52 tahun 2016 tentang standar tarif JKN, Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Tabel. 5 Matrik Triangulasi Kebijakan

No	Aspek Yang Diperiksa	Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Kesimpulan
1	Kebijakan yang mengatur	Perpres 82 tahun 2018, , PMK no 59 tahun 2014, PMK no 52 Tahun 2016, Perdir BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2018	Perpres RI Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Permenkes RI Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Permenkes nomor 52 tahun 2016 tentang standar tarif JKN, Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dan Peraturan Daerah	Perpres RI Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Permenkes 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN, Permenkes RI Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Permenkes nomor 52 tahun 2016 tentang standar tarif JKN, Peraturan Direksi BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.
3	Implementasi dari kebijakan	kebijakan-kebijakan yang ada sudah diimplementasikan		kebijakan-kebijakan yang ada sudah diimplementasikan oleh pihak Puskesmas dan dari implementasi tersebut apabila terdapat ketidaksesuaian pihak BPJS Kesehatan memberikan feedback kepada Puskesmas

PEMBAHASAN

TENAGA PELAKSANA

Hasil penelitian menyatakan bahwa tenaga pelaksana yang berperan atau terlibat dalam pelaksanaan klaim non kapitasi adalah petugas puskesmas yaitu Kepala Puskesmas, PIC klaim non kapitasi, petugas entri RITP, petugas administrasi berkas klaim RITP, petugas entri RJTP, petugas administrasi berkas klaim RJTP dan staf penjaminan manfaat. Jumlah petugas entri, petugas administrasi berkas klaim masih kurang karena tidak ada petugas khusus, kegiatan entri dan administrasi berkas klaim dilakukan oleh perawat yang dinas sesuai jadwalnya. Perawat yang dinas dengan status ASN juga pemegang program puskesmas dan perawat dengan status non ASN juga terlibat

membantu dalam pelaksanaan program begitupun dengan PIC klaim non kapitasi juga menjabat sebagai KTU Puskesmas. Petugas entri dan administrasi di Puskesmas Pasar Kuok belum pernah mengikuti pelatihan yang diadakan oleh BPJS Kesehatan hanya PIC sudah mengikuti pelatihan tersebut. Namun demikian transfer ilmu tetap diupayakan oleh Puskesmas, PIC melakukan sosialisasi kepada perwakilan petugas di ruangan dan langsung mendemonstrasikan penggunaan aplikasi P-care dengan mendokumentasikan berupa video yang nantinya akan dishare pada group WA sehingga petugas yang lain dapat belajar dari video tersebut. Selain jumlah tenaga yang perlu dipenuhi disamping itu kecakapan petugas dalam melaksanakan fungsinya tidak kalah penting.



Berbagai upaya dilakukan oleh BPJS Kesehatan sebagai mitra puskesmas dalam mendorong keterampilan petugas. Mulai dari sosialisasi terkait klaim non kapitasi hingga pelatihan terkait penggunaan aplikasi Pcare (Rolianah, 2020).

Pengembangan SDM merupakan kegiatan yang harus dilaksanakan oleh perusahaan, agar pengetahuan (knowledge), kemampuan (ability) dan keterampilan (skill) mereka sesuai dengan tuntutan pekerjaan yang mereka lakukan. Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan merupakan salah satu cara dalam pengembangan SDM Kesehatan (Sari et al., 2019). Petugas puskesmas yang merangkap jabatan sebagai pemegang program dan KTU menyulitkan petugas untuk membagi waktu sehingga produktivitas kerja menurun khususnya dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi. Selain itu pelatihan yang belum merata dikikuti oleh petugas yang terlibat juga akan berpengaruh terhadap keterampilan petugas dalam melaksanakan fungsi dan tanggungjawab.

SARANA DAN PRASARANA

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sarana dan prasarana penunjang prosedur klaim sudah mencukupi, baik sarana dan prasarana untuk proses entri kunjungan dan pelayanan, melengkapi berkas klaim, pembuatan FPK dan persetujuan klaim. Sarana dan prasarana yang tersedia sudah sangat membantu dalam pelaksanaannya, serta penggunaannya sudah sesuai dengan fungsinya. Kerusakan pada sarana dan prasarana pernah ditemukan dalam pelaksanaan prosedur klaim seperti printer error tetapi tidak sering terjadi. Akan tetapi gangguan yang sering terjadi adalah jaringan internet yang tidak terkoneksi. Kondisi listrik mati yang menyebabkan jaringan internet juga hilang. Saat ini puskesmas terhubung dengan jaringan internet dari kominfo bukan dari speedy khusus puskesmas.

Sarana dan prasarana merupakan bagian organisasi yang dibutuhkan untuk menunjang pelaksanaan kegiatan pokok, menyelenggarakan pelayanan dan juga mencapai suatu tujuan. Apabila sarana dan prasarana tidak sesuai dengan standar, maka suatu pelayanan yang bermutu akan sulit dihasilkan (Rahmatika et al., 2018). Sarana dan prasarana di Puskesmas yang memadai sangat menunjang dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi. Puskesmas belum mempunyai akses internet khusus seperti speedy namun menggunakan layanan akses internet dari Kominfo yang memerlukan koordinasi yang cepat dan tanggap terhadap laporan dari petugas terkait gangguan jaringan internet yang sering terjadi sehingga tidak berdampak negative terhadap pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi.

METODE

Hasil penelitian didapatkan informasi bahwa dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi berpedoman pada PKS BPJS Kesehatan dengan Puskesmas, user manual aplikasi Pcare serta bisnis proses yang telah dibuat oleh kantor pusat BPJS Kesehatan yang mana sudah menggambarkan dan menjelaskan alur dan pihak yang bertanggung jawab atas pengajuan klaim. Petugas sudah mempedomani metode tersebut mulai dari proses entri kunjungan dan pelayanan, melengkapi berkas klaim, pengajuan dan persetujuan klaim sudah sesuai bisnis proses yang ada, meskipun masih ada kendala yang terjadi saat pelaksanaannya namun petugas saling berkoordinasi sehingga proses dapat berjalan sesuai semestinya. Pada umumnya petugas hanya menerima informasi terkait cara dan alur dari PIC, sharing sesama petugas saja dan belum terpapar langsung dengan pedoman tersebut.

Keberadaan petunjuk pelaksanaan/metode sangat diperlukan untuk mendukung usaha pencapaian sasaran yang

sudah dinyatakan sehingga mempermudah penyelesaian masalah yang terjadi. Petunjuk pelaksanaan menjadi dasar untuk mengendalikan manajemen, memungkinkan koordinasi disegala unit organisasi serta memperjelas pekerjaan apa yang harus dilakukan oleh siapa (Dewi et al., 2021). Pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi memiliki pedoman yang digunakan sebagai petunjuk dalam implementasinya. Petunjuk pelaksanaan mulai dari mengoperasikan aplikasi dan berlanjut bagaimana cara mengentri kunjungan dan pelayanan, mengumpulkan dan melengkapi berkas klaim dan persetujuan klaim sudah dijalankan. Petugas memahami tanggungjawab masing-masing walaupun informasi diperoleh melalui sharing dari sesama petugas saja dan petugas tidak terpapar langsung dengan pedoman tersebut.

KEBIJAKAN

Hasil penelitian menunjukkan kebijakan yang mengatur tentang prosedur klaim non kapitasi Puskesmas adalah Perpres nomor 82 tahun 2018, Permenkes 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN, PMK nomor 28 tahun 2014, PMK 52 Tahun 2016 dan Perdir BPJS Kesehatan no 7 Tahun 2018 serta Peraturan Daerah. Puskesmas mendapat feedback dari BPJS Kesehatan apabila dalam pelaksanaan prosedur klaim tidak sesuai dengan kebijakan yang berlaku.

Kebijakan yang memihak pada kepentingan orang banyak akan mempunyai pengaruh kuat untuk menyebabkan berubahnya perilaku seseorang. Kebijakan tersebut bersifat mengikat secara religious, psikologis, social, atau hukum (Ariyanti & Gifari, 2019). Dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi Puskesmas harus mengetahui lebih dahulu kebijakan yang mengaturnya. Kebijakan yang dikeluarkan pemerintah dan BPJS Kesehatan menjadi dasar dalam pelaksanaan prosedur klaim

non kapitasi supaya tujuan dari pelaksana tersebut tercapai dengan baik. Pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi memiliki kebijakan sebagai dasar dalam implementasinya. Petugas mengetahui kebijakan apasaja yang mengatur namun belum memahami secara keseluruhan, sehingga dalam pelaksanaannya Puskesmas mendapatkan feedback dari BPJS Kesehatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Tidak ada petugas khusus yang menghandle klaim di ruangan. PIC yang ditunjuk juga merangkap sebagai KTU. Petugas Tenaga pelaksana yang berperan atau terlibat dalam pelaksanaan klaim non kapitasi adalah petugas puskesmas yaitu Kepala Puskesmas, PIC klaim non kapitasi, petugas entri RJTP, petugas administrasi RJTP, petugas entri RITP, petugas administrasi RITP. Sarana dan prasarana penunjang prosedur sudah mencukupi dan digunakan dengan baik namun masih ditemukan kendala pada jaringan internet. Pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi Puskesmas berpedoman kepada PKS BPJS Kesehatan dengan Puskesmas, user manual aplikasi Pcare serta bisnis proses yang telah dibuat oleh kantor pusat BPJS Kesehatan. Petugas sudah memahami tanggungjawab masing-masing. Informasi terkait pedoman cara dan alurnya petugas memperolehnya dengan sharing informasi sesama petugas. Terdapat kebijakan yang mengatur tentang prosedur klaim berupa Peraturan Presiden, Peraturan Menteri Kesehatan, peraturan direksi BPJS Kesehatan dan Petugas mempedomani kebijakan tersebut sebagai dasar dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi. 1. Diharapkan Kepala Puskesmas menunjuk PIC khusus yang bertanggungjawab penuh mulai dari mengumpulkan berkas klaim setelah dilengkapi oleh petugas di ruangan dan melengkapi kelengkapan umum lainnya yang selanjutnya dilakukan pembuatan FPK dan persetujuan klaim. Koordinasi dengan instansi



terkait terhadap gangguan jaringan internet yang masih terjadi serta peningkatan keterampilan petugas melalui pelatihan dan best practice sharing dengan BPJS Kesehatan terkait pedoman dan kebijakan yang berlaku.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, W. (2021). Pembiayaan Pasien COVID-19 dan Dampak Keuangan terhadap Rumah Sakit yang Melayani Pasien COVID-19 di Indonesia Analisis Periode Maret 2020 – Desember 2020. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 6(1). <https://doi.org/10.7454/eki.v6i1.4881>
- Ariyanti, F., & Gifari, M. T. (2019). Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(04). <https://doi.org/10.33221/jikm.v8i04.415>
- Ayu Putri, N. K., Karjono, K., & Uktutias, S. A. (2019). Analisis Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 5(2). <https://doi.org/10.29241/jmk.v5i2.165>
- BPJS Kesehatan. (2016). Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesaehatan*.
- Chamy Rahmatika, Elfetriani, I. A. (2020). Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Sungai Dareh Tahun 2020. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, 11(2).
- Damara, D., & Rahmatika, C. (2020). ANALISIS BEBAN KERJA TENAGA FILLING REKAM MEDIS (STUDI KASUS KLINIK MEDIKA SAINTIKA). *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, 11(1). <https://doi.org/10.30633/jkms.v11i1.519>
- Dewi, A., Sulrieni, I. N., Rahmatika, C., & Yuniko, F. (2021). Literature Review: Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Pengembalian Rekam Medis di Rumah Sakit. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 9(1). <https://doi.org/10.47007/inohim.v9i1.234>
- Irmawati, I., Kristijono, A., Susanto, E., & Belia, Y. (2018). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim Di RSUD R.A Kartini Jepara. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 1(1). <https://doi.org/10.31983/jrmik.v1i1.3594>
- Kapuasiana, K., & Hardjomuljadi, S. (2020). ANALISIS FAKTOR PENYEBAB KLAIM PADA FIDIC DESIGN BUILD 2017. *Konstruksia*, 11(1). <https://doi.org/10.24853/jk.11.1.11-32>
- Masturoh, I., Khotimah, S., & Nuraini, N. (2020). Analisis Kelengkapan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap Kasus Thypoid dalam Klaim BPJS dengan Metode Hatta. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 8(1). <https://doi.org/10.33560/jmiki.v8i1.259>
- Rahmatika, C. (2019). KARAKTERISTIK DAN FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMBERIAN IMUNISASI DASAR DI PUSKESMAS MAPADEGAT. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, 10(2). <https://doi.org/10.30633/jkms.v10i2.278>
- Rahmatika, C., Prawitasari, S., & Wilopo, S. A. (2018). Contraceptive use spacing after childbirth with contraception failure: IDHS 2012 analysis. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 32(8). <https://doi.org/10.22146/bkm.9356>
- Rahmatika, C., Sulrieni, I. N., & Novita Sary, A. (2020). KELENGKAPAN BERKAS REKAM MEDIS DAN KLAIM BPJS DI RSUD M.ZEIN PAINAN. *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*, 11(1).



<https://doi.org/10.30633/jkms.v11i1.514>

Rolianah, W. S. (2020). ANALISIS TABARRU DAN KLAIM PESERTA PADA ASURANSI SYARIAH DI INDONESIA. *Indonesian Interdisciplinary Journal of Sharia Economics (IJSE)*, 2(2).
<https://doi.org/10.31538/ijse.v2i2.393>

Sari, D. S., Girsang, E., & Ramadhani, S. L. (2019). Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RSUD KH. Daud Arif Kab. Tanjab Barat Tahun 2018 (Kualitatif). *SCIENTIA JOURNAL*, 8(1).

<https://doi.org/10.35141/scj.v8i1.528>