



ANALISIS PELAKSANAAN PROSEDUR KLAIM NON KAPITASI PUSKESMAS BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN KOTA PADANG

ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION OF CLAIM NON KAPITASI PUSKESMAS PROCEDURE BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN OF PADANG CITY

Yuliva¹, Ropendi Pardede², Wyzri Andipo³

STIKes Syedza Saintika Padang

(yulivabakar@yahoo.co.id/082170914123)

ABSTRAK

Rumitnya proses pengajuan klaim non kapitasi dan seringnya terjadi keterlambatan pembayaran, mengakibatkan tidak teraturnya Puskesmas melakukan pengajuan klaim non kapitasi ke BPJS Kesehatan, data BPJS Kesehatan Cabang Padang menunjukkan bahwa dari 22 Puskesmas di Kota Padang terdapat 10 Puskesmas yang tidak mengajukan klaim non kapitasi selama 3 bulan berturut-turut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui analisis pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi Puskesmas BPJS Kesehatan Kota Padang.

Penelitian ini adalah kualitatif eksploratif yaitu penelitian yang dilakukan dengan menggali informan dari BPJS Kesehatan, Puskesmas Pauh, Nanggalo, dan Bungus Teluk Kabung yang berjumlah 8 orang. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, telaah dokumen dan wawancara mendalam. Pengolahan data menggunakan triangulasi sumber dan metode. Rekaman hasil wawancara mendalam dibuat dalam bentuk transkrip dan dianalisis serta diinterpretasikan dalam bentuk hasil penelitian.

Hasil penelitian didapatkan jumlah petugas entri Puskesmas masih belum cukup, verifikator bidang PMP belum mencukupi namun staf keuangan BPJS Kesehatan Cabang Padang sudah mencukupi. Sarana dan prasarana dalam prosedur klaim non kapitasi Puskesmas sudah lengkap dan metode yang digunakan oleh BPJS Kesehatan sudah sesuai dengan bisnis prosesnya serta pihak Puskesmas sesuai dengan SOP dan Perjanjian Kerja Sama. Proses melengkapi berkas klaim belum berjalan dengan baik, klaim yang diserahkan tidak lengkap dan sering terlambat. Masih ada berkas klaim yang tidak lolos proses verifikasi, saat proses verifikasi ulang masih ditemukan berkas yang tidak lengkap dan salah. Persetujuan klaim tertunda saat kepala cabang tidak ditempat. Secara keseluruhan, mekanisme prosedur klaim sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman atau bisnis proses yang ada, dalam pelaksanaannya sudah berjalan dengan baik dan lancar namun masih ada sedikit kendala.

Penyerahan berkas pengajuan klaim oleh Puskesmas masih ada yang belum lengkap dan tidak tepat waktu, serta pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan belum tepat pada waktunya. Disarankan agar petugas entri Puskesmas tidak memiliki tugas ganda agar tidak terjadi keterlambatan dan ketidaklengkapan penyerahan berkas pengajuan klaim.

Kata Kunci: Analisis, Klaim, BPJS Kesehatan, Puskesmas, Non Kapitasi

ABSTRACT

The complexity of the process by filing of non-capitation claims and the frequent delay of payment, resulting in irregularity of Puskesmas filed non-capitation claims to BPJS Kesehatan, file of BPJS Kesehatan Padang showed that from 22 Puskesmas in Padang city there were 10 Puskesmas that didn't filing of non-capitation claims in 3 consecutive months. This research is to find out the analysis of the implementation non-capitation claims Puskesmas procedure BPJS Padang.



This research is a qualitative explorative research done by digging informants from BPJS Kesehatan, Puskesmas Pauh, Nanggalo, and Bungus Teluk Kabung which amounted to 8 people. Data collection is done through observation, document review and in-depth interview. Data processing uses source and method triangulation. Records of in-depth interview results were made in the form of transcripts and analyzed and interpreted in the form of research results.

The result of the research was found that the entry staff in Puskesmas was not enough, the PMP field verifier was not sufficient yet the accounting staff of BPJS Kesehatan Branch of Padang was sufficient. Facilities and infrastructure are complete and the method used by BPJS Kesehatan is in accordance with the business process and the Puskesmas in accordance with SOP and Cooperation Agreement. The process of completing the claim file has not gone well, the submitted claims are incomplete and often late. There is still a claim file that does not pass the verification process, while the re-verification process still found incomplete and incorrect files. Claim approval pending when the branch head is not in place. Overall, the mechanism of claims procedures have been implemented in accordance with the guidelines or business processes that exist, in the implementation is running well and smoothly but there are still a few constraints.

Submission of claims filed by Puskesmas is still incomplete and not timely, and the claim payment by BPJS Kesehatan has not been right on time. It is recommended that Puskesmas entry officers do not have double duty to avoid delay and incomplete submission of claim filing.

Keywords: Analysis, Claim, BPJS Kesehatan, Puskesmas, Non Kapitasi

PENDAHULUAN

Berdasarkan Undang-Undang RI No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah salah satu bukti bahwa pemerintah memiliki komitmen dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya pemerintah dalam mempercepat terselenggaranya sistem jaminan nasional secara menyeluruh bagi rakyat Indonesia adalah dengan dibentuknya suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dengan Undang-Undang RI No. 24 tahun 2011, dimana BPJS merupakan badan yang ditugaskan untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia (Undang-Undang, 2004).

Dalam menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), BPJS Kesehatan bekerjasama dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berperan sebagai *gatekeeper* dalam memberikan pelayanan kepada peserta. Salah satu fungsi pokok FKTP sebagai *gatekeeper* adalah memberi pelayanan paripurna (*Comprehensiveness*), yakni pelayanan kesehatan promotif, preventif,

kuratif dan rehabilitatif bagi seluruh peserta, baik peserta sehat, peserta beresiko maupun peserta sakit (BPJS Kesehatan, 2014).

FKTP berperan sebagai Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) pertama atau tingkat primer pada masa JKN. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN menjelaskan bahwa FKTP berhak menerima pembayaran melalui sistem kapitasi dan non kapitasi atas pelayanan yang diberikan kepada peserta, dan BPJS Kesehatan wajib melakukan pembayaran klaim kepada faskes atau PPK (Kementerian Kesehatan, 2014).

Pada tahun 2017 terdapat 2.380.594 kasus klaim non kapitasi yang di ajukan oleh Puskesmas seIndonesia dengan pengajuan paling sedikit terdapat pada provinsi Maluku sebanyak 841 kasus disusul oleh Provinsi Kalimantan Utara sebanyak 2.828 kasus dan Maluku Utara sebanyak 3.122 kasus, sedangkan Provinsi Sumatera Barat berada pada posisi ke 10 provinsi terbanyak dari 33 Provinsi se Indonesia dengan total 45.713 kasus. Provinsi Sumatera Barat merupakan



provinsi yang berada pada wilayah kerja Kantor BPJS Kesehatan Deputy Sumbagteng dan Jambi dengan 3 provinsi lainnya. Dari data tahun 2017 Provinsi Sumatera Barat merupakan Provinsi terbanyak yang melakukan pengajuan klaim non kapitasi Puskesmas dan diposisi berikutnya ada provinsi Jambi sebanyak 18.799 kasus, Riau 9.764 kasus sedangkan Kepulauan Riau 6.167 kasus (BPJS Kesehatan, 2017).

Tercatat ada sebanyak 4.054 kasus Pengajuan klaim non kapitasi yang dilakukan oleh 22 Puskesmas di Kota Padang pada tahun 2017, hal ini menjadikan Kota Padang sebagai 5 besar Kabupaten dan Kota terbanyak dalam melakukan pengajuan klaim non kapitasi Puskesmas bersama Kab. Pesisir Selatan, Pasaman, Tanah Datar dan Sijunjung. Dari semua klaim non kapitasi yang diajukan oleh 22 Puskesmas Kota Padang pada Tahun 2017 semuanya mengalami keterlambatan pembayaran dan terdapat 3 Puskesmas yang tidak mengajukan klaim non kapitasi selama 6 bulan berturut-turut pada tahun 2017 yaitu Puskesmas Bungus Teluk Kabung, Puskesmas Nanggalo, dan Puskesmas Pauh (BPJS Kesehatan, 2017).

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan pada Puskesmas Pauh dan Bungus Teluk Kabung didapatkan bahwa tidak teraturnya pengklaiman yang dilakukan oleh Puskesmas terjadi akibat susah proses pengajuan klaim yang harus di entrikan terlebih dahulu ke dalam aplikasi, selain itu Puskesmas hanya memiliki satu orang petugas entri yang bertanggungjawab untuk mengentrikan klaim dan berstatus petugas sukarela, penyebab lainnya adalah berkas klaim yang tidak lengkap dan membutuhkan waktu untuk dikumpulkan dari tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan di Puskesmas. Keterlambatan pembayaran klaim juga berdampak pada pelayanan yang diberikan Puskesmas kepada pasien, Puskesmas terkadang lebih mendahulukan pasien umum daripada pasien BPJS Kesehatan dan tidak sedikit pelayanan terhadap pasien BPJS Kesehatan dilakukan dengan kurang ramah.

Masalah yang juga sering ditemukan oleh BPJS Kesehatan Cabang Padang adalah seringnya Puskesmas menyerahkan berkas klaim yang tidak lengkap seperti identitas peserta (fotokopi KTP dan kartu peserta), rekapitulasi pelayanan peserta. Selain itu, masalah yang juga sering terjadi adalah adanya klaim susulan. Penelitian Yuliza (2015) tentang Pelaksanaan Prosedur Klaim Rumah Sakit di Wilayah Kerja Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Solok Tahun 2015 menyatakan bahwa permasalahan pada persyaratan administrasi klaim adalah mengenai kelengkapan dan ketidaksesuaian persyaratan dengan ketentuan sehingga menyebabkan klaim BPJS tidak dapat diklaimkan atau proses klaim terhambat.

RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas, maka yang menjadi permasalahan penelitian adalah bagaimana analisis pelaksanaan prosedur klaim Non Kapitasi Puskesmas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Cabang Padang.

METODOLOGI

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif mengenai pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi Puskesmas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kota Padang.

Pada penelitian kualitatif, peneliti melakukan wawancara mendalam dengan orang-orang yang dipandang tahu dan berhubungan dengan tujuan penelitian tersebut. Teknik penentuan informan secara *purposive sampling* dalam penelitian ini dilakukan dengan pertimbangan (Sugiyono, 2006):

1. Informan mengetahui masalah secara lebih luas dan mendalam sehubungan dengan objek penelitian.
2. Informan dapat dipercaya dan kompeten sebagai sumber data sehubungan dengan objek penelitian.

Adapun informan dalam penelitian ini terdiri dari:



- a. Kepala Cabang BPJS Kesehatan Cabang Padang
Dipilih sebagai informan karena Kepala Cabang mengetahui pelaksanaan prosedur klaim dan yang menyetujui SPM untuk diserahkan ke Bank.
- b. Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan BPJS Kesehatan Cabang Padang
Dipilih sebagai informan karena Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan menyetujui hasil verifikasi ulang oleh staf keuangan.
- c. Staf Bidang Keuangan BPJS Kesehatan Cabang Padang
Dipilih sebagai informan karena bertanggung jawab dalam pembuatan SPM dan masalah keuangan.
- d. Kepala Bidang PMP BPJS Kesehatan Cabang Padang
Dipilih sebagai informan karena Kepala Bidang PMP yang menyetujui hasil verifikasi berkas klaim dari verifikator.
- e. Verifikator PMP
Dipilih sebagai informan karena merupakan staf yang melakukan verifikasi dan purifikasi berkas klaim yang telah dilengkapi.
- f. Petugas entri Puskesmas (Puskesmas Pauh, Nanggalo, dan Bungus Teluk Kabung)
Dipilih sebagai informan karena bertanggung jawab terhadap kelengkapan berkas klaim yang akan diserahkan ke BPJS Kesehatan Cabang Padang.

Cara pengumpulan data dilakukan dengan:

1. Wawancara mendalam (*indepth interview*)
2. Observasi
3. Telaah Dokumen

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Pedoman wawancara
2. *Check list*
3. Buku catatan
4. Perekam suara
5. *Digital Camera*
6. Matrix pengumpulan data

Semua data yang telah dikumpulkan dianalisis dengan pendekatan analisis isi, yaitu membandingkan dengan teori-teori yang ada dan tinjauan pustaka. Analisa dilakukan secara kualitatif dengan pembahasan secara deskriptif terhadap unsur proses dengan berbagai metode:

1. *Triangulasi* teknik atau metode yaitu dengan melakukan wawancara mendalam, observasi dan *checklist*.
2. *Triangulasi* sumber yaitu dengan *crosscheck* dengan sumber data lain, membandingkan dan melakukan kontras data, serta menggunakan kategori informan yang berbeda (Sugiyono, 2006).

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. KARAKTERISTIK INFORMAN

Tabel 1 Karakteristik Informan Wawancara Mendalam Pada Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Non Kapitasi

Kode Informan	Jabatan	Pendidikan Terakhir
Inf-1	Kepala BPJS Kesehatan Cabang Padang	S1 Ekonomi Akuntansi
Inf 2	Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan BPJS Kesehatan Cabang Padang	S1 Manajemen
Inf 3	Staf Unit Keuangan BPJS Kesehatan Cabang Padang	D3 Akuntansi
Inf 4	Kepla Bidang Penjaminan Manfaat Primer BPJS Kesehatan Cabang Padang	S2 Kesehatan Masyarakat



Inf 5	Verifikator Penjaminan Manfaat Primer BPJS Kesehatan Cabang Padang	D3 Keperawatan
Inf 6	Petugas Puskesmas Nanggalo	D3 Perawat
Inf 7	Petugas Puskesmas Pauh	D3 Rekam Medis
Inf 8	Petugas Puskesmas Bungus Teluk Kabung	D3 Rekam Medis

B. INPUT

1. Tenaga Pelaksana

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, tenaga pelaksana yang berperan atau terlibat dalam pelaksanaan klaim non kapitasi adalah petugas Puskesmas dan BPJS Kesehatan yaitu petugas entri Puskesmas, verifikator PMP, staf unit keuangan (kasir), Kepala Bidang PMP, Kepala Bidang penagihan dan keuangan serta Kepala Cabang di BPJS Kesehatan Cabang Padang. Sebagaimana yang diungkapkan berikut ini:

“Ada dua kelompok besar, yang pertama adalah pengaju klaim, yang kedua adalah pembayar klaim, pengaju klaim adalah faskes tingkat satu kemudian pembayar klaimnya tentu BPJS Kesehatan...kalo di tingkat satu yaa seluruh komponen di jajaran tingkat satu yang mengurus atau menanganin masalah pengajuan klaim baik secara teknis maupun secara administratif. Demikian juga di BPJS Kesehatan, kalau di BPJS kesehatannya sendiri terbagi menjadi aaa dua petugas utama dimana untuk pengajuan non kapitasi di faskes tingkat satu itu ada bidang PMP beserta jajarannya yang bertugas untuk melakukan penerimaan klaim dan verifikasi terkait dengan validitas klaim yang akan dilakukan pembayaran melalui BPJS kesehatan, yang kedua adalah bidang penagihan dan keuangan yang akan

memvalidasi terkait dengan pelaksanaan pembayaran klaim yang telah dilakukan verifikasinya oleh bidang Penjaminan Manfaat Primer. (Inf-1)

“Petugas Puskesmas, verifikator, petugas BPJS. Kalo khusus pembayaran ya... saya, Febi Kasir dan si Dian pembukuan, sama nanti bapak kepala.” (Inf-2)

“Pihak Faskes, verifikatornya, karyawan dalam pembayarannya tentu bidang keuangan, saya sendiri Kasir, lalu kepala bidangnya kan, aaa. habis tu pembukuan si Dian” (Inf-3)

“Yang pertama petugas entri di Puskesmas, kalau dalam verifikasi tentu verifikator yah. Nanti saya juga ada menyetujui dari verifikasi Melan, habis tu di setuju Kepala Cabang juga. Pembayaran itu ada lagi nanti bidang keuangan tu”(Inf-4)

“Dari penagihan dari petugas entri Puskesmas biasanya tu 1 atau ada 2 orang yang emang bertanggung jawab, semacam PIC nya klaim non kapitasi lah nanti setelah semua klaim di entri ke P care mereka bikin FPK beserta kelengkapan lainnya lah untuk diserahkan ke kita verifikator untuk diverifikasi ”(Inf-5)

“Ado petugas entri e mah, tapi kalau untuak kelengkapan berkas itu TU, rekam medis, samo petugas yang memberikan pelayanan tu”(Ada petugas entri nya, tapi kalau untuk kelengkapan berkas ada TU, rekam memberikan pelayanan).(Inf-6)

“Petugas pelaksana pelayanan kesehatan, kakak ha sebagai petugas entri, orang BPJS, verifikator si Melan kan” (Inf-7)

“Petugas yang berperan tu ya kakak sebagai rekam medis kan, pengentri klaim, trus pemberi layanan pastinya, orang BPJS ” (Inf-8)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, jumlah petugas entri di Puskesmas Nanggalo adalah 2 orang, Puskesmas Pauh 1 orang dan di Puskesmas Bungus Teluk Kabung 2 orang. Petugas entri di 3 Puskesmas tersebut belum cukup karena banyaknya pelayanan yang diberikan terhadap pasien. Bahkan petugas entri di Puskesmas Pauh merangkap



sebagai pemegang program, dan petugas entri di Puskesmas Bungus Teluk Kabung terkadang melakukan pengerjaan pengentrian yang ditanggungjawabkan kepada 1 orang saja. Untuk Jumlah verifikator di bidang PMP BPJS Kesehatan kantor cabang Padang berjumlah 2 orang dengan fungsi dan tugas masing-masing masih belum mencukupi dikarenakan banyaknya jumlah klaim yang masuk, namun untuk staf penagihan dan keuangan di BPJS Kesehatan Cabang Padang sudah mencukupi.

Hal ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuliza (2015) tentang Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Rumah Sakit di Wilayah Kerja Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Solok bahwa tenaga verifikator untuk BPJS Center masih kurang, perlu adanya tambahan tenaga.

2. Sarana dan Prasarana

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, sarana dan prasarana yang digunakan dalam prosedur klaim non kapitasi sudah mencukupi dan sudah sangat membantu dalam pelaksanaannya. Seperti yang diungkapkan berikut ini:

“Sarana prasarana kalau terkait dengan inventaris, terkait dengan bahan habis pakai semua terpenuhi” (Inf-1)

“Sudah ya, sarana/prasarana udah mulai baik lah, lengkap ” (Inf-2)

“Oo.. sarana/prasarana itu sudah cukup, aplikasi keuangan ” (Inf-3)

“Kalau sarana dan prasarana untuk saat ini sudah mencukupi ” (Inf-4)

“Sudah ” (Inf-5)

“Inshaallah lengkap (Inf-6)

“Sudah cukup ”(Inf-7)

“Sudah Cukup, kan sudah di siapkan Puskesmas ” (Inf-8)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang peneliti lakukan, penggunaan sarana dan prasarana sudah sesuai dengan fungsi dan pemanfaatannya. Hal ini sesuai dengan pernyataan informan berikut ini:

“Jadi sebetulnya sesuai dengan proses bisnisnya ” (Inf-1)

“Sudah, semua sesuai fungsinya ” (Inf-2)

“Oo. Itu sudah sesuai ” (Inf-3)

“Iya sudah, sesuai bisnis prosesnya ” (Inf-4)

“Sudah dong ” (Inf-5)

“Sesuai tu ” (Inf-6)

“Sudah ” (Inf-7)

“Sudah Inshaallah ” (Inf-8)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sarana dan prasarana penunjang prosedur klaim sudah mencukupi, baik sarana dan prasarana untuk proses melengkapi berkas klaim, proses verifikasi maupun proses persetujuan klaim. Sarana dan prasarana yang tersedia sudah sangat membantu dalam pelaksanaannya, serta penggunaannya yang sudah sesuai dengan fungsinya.

Berbeda dengan penelitian Nurkonita (2014) tentang pelaksanaan klaim BPJS/SJSN terkait INA CBGs. Penelitiannya mengungkapkan bahwa sarana dan prasarana dalam kegiatan verifikasi belum mencukupi karena ada beberapa komputer dengan kondisi tidak layak pakai dan masih ada komputer yang belum terhubung ke jaringan internet.

Keberhasilan suatu kegiatan dipengaruhi oleh sarana dan prasarana yang tersedia, kelengkapan sarana dan prasarana penunjang prosedur klaim sangat membantu petugas pelaksana dalam memberikan pelayanan yang maksimal kepada peserta. Kerusakan pada sarana dan prasarana pernah ditemukan dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi Puskesmas seperti komputer dan printer yang rusak. Akan tetapi permasalahan yang sering terjadi adalah jaringan internet yang kadang terganggu atau aplikasi sedang perbaikan dan pemeliharaan. Seharusnya koneksi internet selalu terhubung karena dalam pelaksanaannya, prosedur klaim banyak menggunakan akses jaringan internet agar pekerjaan tidak menjadi terhambat.

3. Metode

Pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi di kantor BPJS Kesehatan berpedoman kepada bisnis proses yang telah dibuat oleh kantor pusat, baik dalam proses



pembayaran maupun proses verifikasi. Sebagaimana yang diungkapkan berikut ini:

“Ada namanya proses bisnis jadi sudah ditetapkan rapi itu ada flowchartnya, ada siapa petugasnya, siapa yang harus approve dalam pelaksanaan klaim itu sendiri” (Inf-1)

“Baik kalau untuk pembayaran, kita kan ada pembayaran internal maupun pembayaran eksternal, kalo klaim itu kan termasuk eksternal sama kita, kan Puskesmas. Nah kita ada tuh bispronya” (Inf-2)

“Oo..ada, kan kami punya yang namanya bisnis proses” (Inf-3)

“Iya, ada dong, bisnis proses namanya di kita” (Inf-4)

“Ada kan kita ada juknis verifikasi namanya, Ada juga perdir 3 kan, tentang administrasi klaim, tu SOP juga kan, Bispro juga ada Po (Inf-5)

Sementara itu dalam proses melengkapi berkas dan pengajuan klaim oleh Puskesmas merujuk pada perjanjian kerja sama yang dilakukan antara Faskes dan BPJS Kesehatan serta sesuai peraturan yang telah di tetapkan. Hal ini diungkapkan oleh informan berikut ini:

“SOP e dek wak yo itu se nyo, SOP BPJS tu” (SOP bagi kita ya itu saja, yang dari BPJS itu) (Inf-6)

“Ada, tapi bukan SOP namanya tapi panduan kerja yang sesuai sama PKS” (Inf-7)

“ Ada, waktu Kakak masuk tu sudah ada kayak pedoman nya gitu dari BPJS di kasih ke Kakak ama orang Puskesmas” (Inf-8)

Hasil penelitian didapatkan informasi bahwa dalam prosedur verifikasi, persetujuan, dan pembayaran klaim dilakukan berdasarkan petunjuk pelaksanaan yaitu bisnis proses yang dibuat oleh BPJS Kesehatan kantor Pusat mengacu pada aturan yang berlaku. Untuk petugas Puskesmas masih belum memahami seutuhnya petunjuk teknis pelaksanaan prosedur klaim dikarenakan kurang terpapar akan peraturan tersebut.

Penelitian Yuliza (2015) juga menyatakan bahwa sudah ada SOP atau pedoman yang digunakan rumah sakit untuk pelaksanaan klaim, sehingga pihak rumah sakit sudah mulai mengerti tentang tata cara pengklaiman pada

pelaksanaan prosedur klaim di BPJS Kesehatan Cabang Solok.

Menurut asumsi peneliti bahwa pemahaman akan SOP di Puskesmas dan bisnis proses yang ada di BPJS Kesehatan sangat diharuskan untuk dipahami oleh semua pihak yang terlibat dalam proses pengajuan klaim non kapitasi, semua harus memahami bahwa petunjuk dan aturan terkait prosedur pelaksanaan klaim non kapitasi membantu dalam menegaskan peran dan tanggung jawab dari masing-masing petugas yang ada sehingga petugas bisa menjalankan pekerjaannya dengan optimal.

4. Kebijakan

Prosedur klaim Non Kapitasi telah diatur dalam Perpres nomor 111 tahun 2013, Perpres 19 Tahun 2016, PMK nomor 71 tahun 2013, PMK nomor 28 tahun 2014, PMK 59 tahun 2014, PMK 36 tahun 2015 dan yang terbaru PMK 52 Tahun 2016 yang dijadikan acuan dalam pelaksanaannya. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan informan berikut ini:

“Ada lah, ada Perpres 19, ada Permenkes 28” (Inf-1)

“Kalo khusus pembayaran itu ada dalam Perpres 111 tahun 2013 dan PMK 28 2014 tentang JKN” (Inf-2)

“Kalau untuk di BPJS sendiri untuk pengaturan klaim itu ada PMK 71 2013 dan PMK 28 tahun 2014 trus ada juga perdir no 3 tahun 2017. Terus bulan Juni 2014 terjadi perubahan tarif sesuai Permenkes nomor 59 tahun 2014 dan pada tahun 2016 muncul lagi perubahan tarif pada permenkes no 52 Tahun 2016 terbitnya tu,, berlakunya di tandatangani menkes itu tanggal 26 Oktober 2016.” (Inf-4)

“Kebijakan kayak peraturan untuk verifikasi kita pegangannya kan juknis verifikasi, kita kan ada PMK 28 kemudian ada PMK 52 2016 mengenai tarif yang terbaru trus PMK 36 Tahun 2015 ada juga perdir 3 tahun 2017 tentang administrasi klaim sama bisnis proses” (Inf-5)



“Ada, perpres 111, permenkes juga ada, yang dari BPJS juga ada Ada peraturan-peraturannya tu perpresnya, permenkesnya” (Inf-7)

Hasil wawancara yang dilakukan peneliti mengungkapkan bahwa kebijakan-kebijakan yang ada sudah diimplementasikan oleh pihak Puskesmas dan pihak BPJS Kesehatan. Seperti yang disampaikan informan berikut ini:

“Kalo namanya aturan ya harus dilaksanakan, tidak ada tawar menawar” (Inf-1)

“Iyalah, semuanya jadi acuan untuk pelaksanaan klaim ini” (Inf-2)

“Sudah kami terapkan, kami sudah sesuai dengan aturan kebijakan itu kok” (Inf-3)

“Sudah, pokoknya Melan tidak mau mengerjakan diluar yang sudah di tetapkan baik oleh Pemerintah, menkes atau BPJS” (Inf-5)

“Sudah, kalo alun tu baa caro nyo, tu ndk dibayia klaim wak doh” (sudah, kalau belum gimana caranya tentu klaim kita ga dibayarkan) (Inf-6)

“Sudah kami terapkan, semuanya kan harus balance antara peraturan yang dari pemerintah dengan dari BPJS sendiri” (Inf-7)

“Sudah kami terapkan, semuanya kan harus sesuai aturan kalo pelaksanaan tu kan” (Inf-8)

Hasil penelitian menunjukkan kebijakan yang mengatur tentang prosedur klaim non kapitasi Puskesmas adalah Surat Keputusan Divre II Nomor 005 tahun 2014 kebijakan tersebut berisi tentang aturan pelaksanaan prosedur klaim. Perpres RI Nomor 111 tahun 2013, Perpres RI Nomor 19 tahun 2016, Permenkes 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN, Permenkes RI Nomor 28 tahun 2014, Permenkes nomor 59 tahun 2014 tentang standar tarif JKN, Permenkes nomor 36 Tahun 2015, dan Permenkes nomor 52 tahun 2016.

Masih ada beberapa hal yang tidak diatur dalam kebijakan tersebut. Hal itu diatur oleh BPJS Kesehatan, contohnya panduan teknis verifikasi dan Proses Bisnis untuk menjadi acuan bagi verifikasi dalam proses verifikasi. Selain itu ada peraturan direksi nomor 3 tahun 2017 yang mengatur tentang administrasi klaim.

C. PROSES

1. Melengkapi Berkas Klaim

Tahap pertama dari prosedur klaim adalah melengkapi berkas klaim. Tenaga pelaksana yang bertanggung jawab dalam melengkapi berkas klaim adalah petugas Puskesmas.

Hal ini disampaikan sebagai berikut:

“Petugas Puskesmas” (Inf-4)

“Kalau untuak kelengkapan berkas itu TU, rekam medis, samo petugas yang memberikan pelayanan tu” (kalau untuk klaim ada petugas entri nya, tapi kalau untuk kelengkapan berkas ada TU, rekam medis, sama petugas yang memberikan pelayanan) (Inf-6)

“Petugas yang memberi pelayanan ke pasien itu, kalo dirasa sudah lengkap, baru kakak yang serahkan ke verifikasi” (Inf-7)

“Yang melakukan pelayanan tu. nanti kalau dirasa sudah lengkap, baru kakak serahkan ke BPJS” (Inf-8)

Hasil wawancara dengan informan menjelaskan bahwa cara pengumpulan berkas klaim yaitu masing-masing ruangan/poli menyeret ke bagian pengentrian atau petugas entri yang meminta ke poli atau ruangan yang ada untuk mengambil berkas klaim. Seperti hasil wawancara berikut ini:

“Cara ngumpulin ya kita minta ke petugas yang melayani pasien itu, atau mereka yang nyerahkan ke kita. Nanti kalau dirasa sudah lengkap, baru kakak serahkan ke verifikasi” (Inf-7)

“Di Puskesmas kan? Di Bungus tu Cara ngumpulin ya kakak secara langsung sih ga pernah kumpulin, paling mereka yang nyerahkan ke kakak, yang melakukan pelayanan tu. nanti kalau dirasa sudah lengkap, baru kakak serahkan ke BPJS” (Inf-8)

Pengajuan klaim dan penyerahan berkas klaim dikirim ke kantor cabang paling lambat tanggal 10 setiap bulannya. Jadi klaim pada bulan itu diserahkan tanggal 10 bulan berikutnya. Sebagaimana yang disampaikan saat wawancara:

“Untuk penyerahan klaim itu paling lambat tanggal 10 tiap bulannya” (Inf-4)



“Kalo dari kantor kan sudah disurati ke Puskesmas itu penagihan klaim setiap bulannya maksimal tanggal 10” (Inf-5)

“Haha, paling lambat tanggal 10 setiap bulannya” (Inf-7)

“Harusnya paling lambat tanggal 10 setiap bulannya” (Inf-8)

Sesuai dengan Peraturan BPJS Kesehatan nomor 3 tahun 2017 dan pedoman administrasi klaim dikatakan bahwa persyaratan yang harus dipenuhi oleh FKTP dalam mengajukan klaim non kapitasi adalah Formulir Pengajuan Klaim (FPK), rekapitulasi yang ditandatangani petugas pelayanan, bukti pelayanan yang mencantumkan tandatangan peserta atau keluarga, berkas pendukung lain yang diperlukan, surat tanggung jawab mutlak, surat pengajuan klaim dan kuitansi BPJS asli bermaterai cukup, hal ini sudah sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan.

Penyerahan berkas klaim oleh petugas entri sudah berjalan dengan baik namun kadang masih ada berkas klaim yang diserahkan belum lengkap dan tidak tepat waktu, berkas klaim yang belum lengkap ditunda dulu penyelesaiannya karena harus diserahkan kembali ke petugas Puskesmas untuk diperbaiki atau dilengkapi, begitu juga jika berkas klaim diserahkan tidak tepat pada waktu yang telah ditentukan, hal itu dapat mengganggu kelancaran proses selanjutnya.

2. Verifikasi Administrasi Klaim

Petugas yang bertanggung jawab dalam verifikasi klaim adalah verifikator. Seperti yang dijelaskan dalam wawancara berikut ini:

“Melan ini dia verif klaim non kapitasi semua FKTP termasuk Puskesmas” (Inf-4)

“Ya Melan sebagai verifikator” (Inf-5)

“Kalo ibuk di puskesmas tantu sabalum agiah ka Melan, ibuk yg mancheck, kalo lah tibo di Melan tu nyo lai sebagai verifikatornyo” (Kalo Ibuk di Puskesmas tentu sebelum diserahkan ke Melan Ibuk yang ngecheck, kalo sudah di Melan tentu dia sebagai verifikatornyo) (Inf-6)

“Orang BPJS lah, verifikator ya.” (Inf-7)

“Kalo di PKM ya tanggungjawab Kakak, tapi kalo di BPJS verifikatornya setau kakak Melan” (Inf-8)

Verifikasi administrasi klaim adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu data yang diinput dalam aplikasi P-Care dengan berkas pendukung lainnya, contohnya kuitansi ada atau tidak, sesuai atau tidak. Seperti yang diungkapkan berikut ini:

“Melakukan pemeriksaan, melakukan crosscheck dan aaa validitas yaa pertanggungjawaban atas dokumen yang disampaikan oleh pengaju klaim kepada pembayar klaim” (Inf-1)

“Verifikasi tu pemeriksaan, ngecek kan dengan teliti berkas-berkas yang kami serahkan, sesuai apa tidak, lengkap ngak, gitu lah.” (Inf-7)

“Apa ya, Verifikasi tu menengecek nak, ngecek dengan teliti berkas-berkas yang diserahkan, cocok, di apa tu ya aaa di lihat keabshah dan kebenarannya” (Inf-8)

Berdasarkan telaah dokumen panduan teknis verifikasi klaim dan Perdir BPJS Nomor 3 Tahun 2017, berkas yang diverifikasi oleh verifikator adalah FPK, rekapitulasi pelayanan, bukti pelayanan yang ditandatangani petugas dan peserta, Kuitansi asli bermaterai cukup dan berkas pendukung lain yang diperlukan.

Tahapan dari verifikasi administrasi klaim adalah melakukan verifikasi administrasi kepesertaan, meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu data yang diinput dalam aplikasi P-Care dengan berkas pendukung dimana verifikator akan menghitung jumlah yang diajukan dengan berkas yang ada dengan aplikasi, verifikator mencek kelengkapan administrasi (FPK, rekapitulasi, surat tanggung jawab mutlak, surat pengajuan klaim, kuitansi asli bermaterai cukup, bukti dan berkas pelayanan) Setelah itu dilakukan verifikasi administrasi pelayanan. Hal tersebut harus diperhatikan, apabila ada yang belum lengkap maka akan dikembalikan ke Puskesmasnya.

Berkas yang telah diserahkan petugas Puskesmas terkadang tidak lolos verifikasi karena berbagai alasan seperti kurangnya beberapa berkas seperti tanda tangan petugas pelayanan dan informed consern



tidak ada, dan salah dalam pengentrian tarif. Hal ini sesuai dengan penjelasan informan berikut:

“Artinya kalo ada yang salah ya harus dibenarkan, kalo ada pelanggaran ya harus diingatkan, artinya yaa bisa saja ada temuan, tapi pada prinsipnya BPJS Kesehatan itu tidak bangga apabila di dalam melakukan verifikasi itu ditemukan kesalahan ”(Inf-1)

“Nggak la ya rasanya, setau saya nggak semua disetujui, kadang sebagian aja. tapi biasanya karna ada yang tidak cocok atau tidak sesuai berkasnya. Kadang juga kita pending dulu karna kurang berkasnya gitu kan.” (Inf-2)

“Haa tergantung ya, kadang disetujui semua, kadang nggak juga kadang kan yang ditolak sebagian itu karna ada nomor kartu peserta yang salahlah atau tidak valid gitu lah, yaa macam-macam lah.”(Inf-3)

“Puskesmas mengajukan klaim menggunakan kartu orang lain, walau sebenarnya tujuannya adalah nolong orang ga mampu, tapi kan caranya sudah menyalahi aturan.ya kalimnya ya kita tolak” (Inf-4)

“Kalo ga lengkap Melan tolak Melan kembalikan ke puskesmasnya. Biasanya karena berkas pelayanannya tidak ditanda tangani oleh dokter atau bidan yang melayani misalnya atau informed consent pasiennya yang ga ada misal Sering, kadang ada yang kuitansi ga di stempel lah,atau ga bermaterai kuitansinya, kartu pesertanya ga ada lah, atau kadang salah entri tarif lah, atau pernah juga berkasnya ada tapi di entrian FPKnya ga ada, ga di entrinya di P-Care Po”(Inf-5)

“Sering,Kakak contohnya,hahah, ya nyatanya kalo ada yang kurang atau ada yang salah BPJS nanti konfirmasi ke kakak atau di kembalikan, pernah juga tu ditolak aja,terpaksa ulang ajukan lagi bulan depan kalo ditolak,kalo di balikkin ke kakak yaa nanti ulang melengkapi lagi”(Inf-8)

Berkas klaim yang diserahkan oleh petugas Puskesmas pernah tidak lolos proses verifikasi. Hal itu terjadi karena kurangnya berkas yang dikumpulkan dan kesalahan dalam pengentrian oleh petugas Puskesmas, berkas yang tidak lolos verifikasi akan dikembalikan oleh

verifikator ke petugas Puskesmas untuk dilengkapi atau diperbaiki.

Penelitian Yuliza (2015) juga menyatakan bahwa berkas klaim yang diserahkan oleh petugas koding sering tidak lolos proses verifikasi, hal itu terjadi karena kurangnya berkas yang dikumpulkan dan kesalahan dalam pengkodingan.

Proses verifikasi administrasi klaim sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman dan petunjuk teknis verifikasi, namun masih ada ketidakdisiplinan petugas terhadap administrasi klaim yang masih menyusulkan syarat administrasi, hal itu terjadi karena perubahan mekanisme kerja, namun seiring berjalannya waktu kendala tersebut sudah mulai berkurang.

3. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Verifikasi pelayanan kesehatan adalah mencocokkan pelayanan yang diberikan dengan berkas yang ada, melakukan pengecekan terhadap keabsahan pelayanan yang diberikan. Sebagaimana yang diungkapkan berikut:

“Hmm kalo dikita verifikasi pelayanan tu mencocokkan pelayanan yang diberikan dengan berkas-berkas yang ada, apakah benar pelayanan diberikan oleh petugas, jangan- jangan tidak ada pelayanan, tapi klaimnya ada, kan peserta dirugikan, BPJS juga di bohongi, itu sih verifikasi klaim setelah pelayanan diberikan” (Inf-4)

“Dalam verifikasi pelayanan tu, kita tu ngecheck keabsahannya benar ndak ini pelayanan diberikan, diliat di sinkronkan ke pada semua berkas pelayannya” (Inf-5)

Tujuan dilakukan verifikasi pelayanan kesehatan adalah untuk menjaga kualitas pelayanan agar peserta tidak ada iur biaya atau peserta mendapatkan pelayanan yang berkualitas dan untuk mencegah fraud. Seperti pernyataan informan berikut:

“Disini kita menjaga kualitas pelayanan, jangan sampai peserta ada iur biaya atau peserta mendapatkan pelayanan yang kurang berkualitas” (Inf-4)

“Ngecheck keabsahannya benar ndak ini pelayanan diberikan, diliat di sinkronkan ke pada semua berkas pelayannya untuk



mencegah terjadinya Fraud sih lebih ini ya” (Inf-5)

Hal yang dilakukan saat proses verifikasi pelayanan kesehatan adalah mencocokkan pelayanan yang diberikan dan *Crosscheck* dengan *sampling* nomor telepon peserta untuk memastikan peserta mendapatkan pelayanan sesuai dengan yang semestinya, seperti yang diungkapkan berikut ini:

“Mencocokkan pelayanan yang diberikan dengan berkas-berkas yang ada” (Inf-4)

“Kadang kita sample no telp pesertanya, kita telpon dan tanya apakah benar dapat pealayan pada tanggal segitu disitu, gituu. Kita kan ada namanya untuk BPJS Crosscheck tu. sesuaikan kartu yang digunakan peserta atau nanti dipinjamkan pada orang lain trus emang benar-benar di layani atau gak” (Inf-5)

Hasil penelitian menyatakan bahwa verifikasi pelayanan kesehatan adalah mencocokkan pelayanan yang telah diberikan dengan berkas yang diajukan, memperhatikan jenis pelayanan dengan kompetensi Puskesmas, serta jenis pelayanan pada tagihan dengan berkas yang diajukan, tujuan dilakukannya verifikasi pelayanan kesehatan adalah untuk menjaga kualitas pelayanan, maksudnya memastikan peserta tidak ada iur biaya dan mencegah terjadinya tindakan *fraud*. Contoh *fraud* adalah klaim palsu, tagihan berulang, memperlama hari rawatan, pengkloningan, dan lain-lain (Kementerian Kesehatan, 2015).

Verifikasi pelayanan kesehatan sudah berjalan sesuai dengan panduan dan pedoman verifikasi, *crosscheck* dengan *sampling* nomor telepon peserta dilakukan pada saat dilakukannya verifikasi klaim, menurut peneliti hal ini sangat bagus dilakukan untuk tetap menjaga kualitas pelayanan agar peserta mendapatkan pelayanan yang terbaik.

4. Verifikasi Ulang Bidang Penagihan dan Keuangan

Hasil wawancara yang dilakukan dengan informan menyatakan bahwa petugas yang bertanggung jawab dalam verifikasi ulang adalah bidang keuangan yaitu staf keuangan, kasir. Sebagaimana yang disampaikan berikut ini:

“Itu staf keuangan kami kasir si Febi ” (Inf-2)

“Oh... kakak tu staf keuangan, kasir ” (Inf-3)

Verifikasi ulang bidang penagihan dan keuangan adalah melakukan koreksi atau cek ulang kelengkapan dan keabsahan berkas klaim yang diserahkan oleh bidang PMP. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan informan berikut:

“Verifikasi ulang itu kita ngecek ulang lagi berkas yang kita terima” (Inf-2)

“Verifikasi ulang ya, hmmm... melakukan koreksi atau cek ulang berkas atau data yang diserahkan PMP” (Inf-3)

Verifikasi ulang bidang penagihan dan keuangan dilakukan agar dokumen klaim yang diserahkan benar-benar sudah sesuai, pasti, dan jelas klaimnya untuk nantinya dilakukan pembayaran. Sebagaimana yang dijelaskan oleh informan berikut:

“Dikeuangan kan ada standar verifikasi yang dilakukan, misalnya salah satunya adalah kelengkapan administrasi sesuai dengan ketentuan yang ada di keuangan, itu harus dilakukan, verifikasi di masing-masing bidang tentu ada” (Inf-1)

“Jadi kita perlu verifikasi ulang lagi. Nanti kalo beda angka sama terbilanganya atau tidak sesuai dengan yang ada di kuitansi dan kita udah bayar aja, kan yang kena kita juga nantinya” (Inf-2)

Pelaksanaan proses verifikasi ulang masih ditemukan permasalahan seperti adanya kesalahan dan kurangnya dokumen klaim, selain itu kesalahan dalam penghitungan biaya klaim juga pernah terjadi, sehingga dokumen klaim harus dipending atau ditunda dulu penyelesaiannya oleh bidang penagihan dan keuangan untuk dilakukan konfirmasi ke bidang PMP dan bidang PMP melakukan *cross check* ulang baik itu melibatkan pihak Puskesmas maupun tidak.

Penelitian Yuliza (2015) juga menyampaikan hal yang sama bahwa permasalahan yang sering terjadi pada proses verifikasi ulang adalah masih adanya kesalahan dan kekurangan dokumen klaim.

5. Persetujuan Klaim



Setelah dilakukan verifikasi ulang, staf bidang penagihan dan keuangan (kasir) membuat surat transfer atau Surat Perintah Membayar (SPM) yang disetujui oleh kepala bidang penagihan dan keuangan dan kepala cabang, setelah itu dicatat dalam pembukuan. Hal ini disampaikan oleh informan berikut:

“Berkas dari PMP nanti masuk ke Bidang keuangan, nanti diperiksa staf keuangan lalu dibuat SPM atau surat transfernya nanti dicatat di pembukuan. Lalu saya tanda tangan nanti, habis tu disetujui kepala cabang ditandatangani juga oleh Kacab” (Inf-2)

“Habis verifikasi ulang, kita langsung bikin SPM nya, kuitansi pembayarannya, nanti itu semua ditandatangani oleh kepala bidang keuangan kan, habis itu disetujui oleh kepala cabang “ (Inf-3)

Klaim yang diajukan oleh Puskesmas tidak semuanya dapat disetujui oleh BPJS Kesehatan. Klaim bisa diterima semuanya, bisa juga ditolak sebagian karena nomor peserta yang tidak valid atau nomor SEP yang tidak ada, dan kadang dipending karena ada berkas yang kurang. Seperti yang disampaikan dalam wawancara berikut ini:

“Nggak la ya rasanya, setau saya nggak semua disetujui, kadang sebagian aja. biasanya karna ada yang tidak cocok atau tidak sesuai berkasnya. Kadang juga kita pending dulu karna kurang berkasnya gitu kan “ (inf-2)

“Haa...tergantung ya, kadang disetujui semua, kadang nggak juga. kadang kan yang ditolak sebagian itu karna ada nomor kartu peserta yang salahlah atau tidak valid gitu lah, yaa macam-macamlah ” (Inf-3)

Kendala yang ditemukan pada proses persetujuan klaim adalah penyelesaian klaim yang tertunda karena persetujuan klaim oleh kepala cabang tidak ada. Hal itu terjadi saat kepala cabang tidak berada ditempat kecuali jika ada surat tugas sementara atau surat tugas plh. Sebagaimana yang diungkapkan informan berikut ini:

“Dalam persetujuan klaim paling kalo waktu klaim bulan itu banyak numpuk kepala cabang nggak ditempat, kan susah jadinya kita minta persetujuan beliau. Ya. gimana kita bisa

ngatasi hal itu, nggak ada kan , ya ditunggu kepala cabang ada, tapi kalo Bapak keluarnya masih di dalam Kota Padang kadang di samperin bapaknya ke tempat acara untuk minta tandatangan beliau. Trus ada juga kalau kepala cabang pergi berhari-hari atau dalam jangka waktu agak lama, itu kan ada surat tugasnya yang menyatakan bahwa kepala cabang digantikan sementara oleh ini misalnya atau plh ” (Inf-3)

Hasil penelitian menyatakan bahwa prosedur yang dilakukan setelah verifikasi ulang di bidang penagihan dan keuangan adalah membuat Surat Perintah Membayar (SPM) atau surat transfer untuk pembayaran klaim ke faskes karena BPJS tidak boleh melakukan pembayaran tunai kepada pihak Puskesmas.

SPM atau surat transfer dibuat oleh kasir dan disetujui oleh kepala bidang penagihan dan keuangan serta kepala cabang, berdasarkan penelitian yang dilakukan, kendala yang ditemukan dalam proses persetujuan klaim adalah saat kepala cabang tidak berada ditempat yang membuat klaim dipending atau ditunda untuk dilakukan pembayarannya.

Persetujuan klaim sudah dilakukan berdasarkan bisnis proses yang ada, klaim yang telah diverifikasi ulang, selanjutnya dibuat SPM-nya oleh staf penagihan dan keuangan yang ditandatangani oleh kepala bidang penagihan dan keuangan serta kepala cabang, setelah mendapat persetujuan, klaim dicatat dalam pembukuan pembayaran eksternal untuk selanjutnya dilakukan pembayaran ke Bank yang bermitra.

D. OUTPUT

Output dari pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi Puskesmas adalah kelengkapan dan ketepatan waktu penyerahan berkas klaim ke kantor cabang BPJS Kesehatan Cabang Padang serta ketepatan waktu pembayaran klaim non kapitasi ke Puskesmas. Berdasarkan wawancara mendalam yang dilakukan,



berkas klaim yang dikumpulkan ke verifikator tidak lengkap misalnya laporan operasi, surat perintah rawat yang tidak ditandatangani DPJP, resume medis, SEP, dan lainnya. Jika berkas yang dikumpulkan ada yang kurang maka akan dikembalikan ke koder untuk dilengkapi. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan berikut ini:

“Nah nanti kalau memang ada setelah kita verifikasi klaim ada berkas yang belum lengkap, itu kita kembalikan ke petugasnya, nanti petugas Puskesmas yang melengkapi ke bagian-bagian di Puskesmas yang melakukan pelayanan” (Inf-4)

“Sering, kita balikin lagi tu berkas klaimnya.? Berkas pelayanannya tidak ditanda tangani oleh dokter atau bidan yang melayani misalnya atau informed consent pasirannya yang ga ada misal” (Inf-5)

“Banyak yang ndak lengkap, ado jenis pelayanan e yang ndk batua entri, kadang dak ado dalam rekapan pelayanan nyo, tando tangan petugas kadang ndak ado, macam-macam lah” (Banyak yang tidak lengkap, ada jenis pelayanannya yang tidak benar entri, kadang tidak ada dalam rekapan pelayanannya, tanda tangan petugas kadang tidak ada, macam-macam lah) (inf-6)

“Pernah, ya informed consent lah yang kurang, kartu peserta yang tidak ada, tanda tangan dokter atau bidan yang tidak ada,. Macam-macam (Inf-7)

“Pernah. kartu peserta ga ada lah yang sering itu petugas pelayanannya lupa tanda tangan pada berkas sama itu apaa aaa informed consent nya lupa”(inf-8)

Hasil wawancara juga menjelaskan bahwa pada saat proses pengajuan klaim keterlambatan penyerahan berkas klaim juga pernah terjadi salah satu penyebabnya adalah demotivasi tenaga pengaju klaim dari Puskesmas dan kekurangan tenaga, hal ini diungkapkan informan sebagai berikut:

“Demotivasi dari Petugas puskesmas itu, sampai ada yang susulan juga bahkan berbulan – bulan. Apalagi mereka tau kadarluwarsa klaim itu 2 tahun, jadi mereka tu punya kebiasaan menumpuk klaim , biar uangnya terlihat banyak. ya memang kalo

penyebabnya keterlambatan klaim itu kita biasanya dari Puskesmas ada hal keterlambatan pengentrian oleh petugas Puskesmas”(Inf-4)

“Hampir setiap bulan” (Inf-5)

“Sabanyo tiok tanggal 10 itu maksimumnya mah tiok tanggal 10 tiok bulan harus ditagih kelengkapan berkas”(Sebenarnya tiap tanggal 10 itu maksimumnya, tiap tanggal 10 tiap bulan harus ditagih kelengkapan berkas) (Inf-6)

“Pernah soalnya kakak yang entri sendiri,kaka juga megang program, keteteran juga lah kan. Kadang tasandek lah kan karna ada yang kurang berkasnya gitu” (Inf-7).

“Pernah lah ya bisa dibbilang gitu, mau gimana lagi..kadang jenuh kakak, kadang gak semangat, uangnya lama turun nya, uang sedikit padahal cuman kan, tapi mau gimana lagi kan yaa di jalani saja, kadang karena jarak juga, kakak ke Padang pulang dari Puskesmas tu udah jam 3 atau 4 an, kadang Melannya udah pulang atau lagi ga dikantor, geografis lah, alasan klasik sebenarnya kan, tapi tu lah kenyataannya “(Inf-8)

Selain masalah diatas, keterlambatan dalam pembayaran klaim kepada Puskesmas oleh BPJS Kesehatan juga terjadi. Pembayaran klaim dilakukan 15 hari sejak dokumen diterima, namun apabila kasus pada bulan itu banyak maka proses verifikasi ulang membutuhkan waktu sedikit lama apalagi jika aplikasi keuangan tidak terkoneksi atau sedang perbaikan dan pemeliharaan. Seperti yang dijelaskan informan berikut ini:

“Pernah sih, sebenarnya kan dalam bispronya sudah terjadwal juga, koordinasi dan monitoring. Tapi kendala-kendala kecil ini juga kadang ada aja, kan harusnya 15 hari sejak dokumen diterima lengkap, tapi dalam proses verifikasi ulang, pembukuan, persetujuan kepala cabang itu kadang semua lewat dari 15 hari, apalagi nanti kalo kasus Puskesmas bulan saat itu banyak, ditambah aplikasi keuangan yang



kadang lelet, ya makanya pembayaran tu kadang juga telat” (Inf-2)

“BPJS tu pun kadang bayar telat juga tu, masih ada lah masalahnya (Inf-7)

“BPJS nya yang bayar telat gitu kan kami langsung telpon atau konfirmasi sama Melan gitu” (Inf-8)

Prosedur klaim non kapitasi Puskesmas sudah dijalankan sesuai dengan mekanisme yang ada dan sesuai bisnis proses. Namun dalam pelaksanaannya masih pernah belum lancar karena masih ditemukan kendala dan permasalahan seperti dokter yang belum memahami tentang sistem pembayaran dan adanya fraud. Hal ini diungkapkan pada wawancara mendalam:

“Yaa karena emang di landasi dengan proses bisnis yang telah ditetapkan, sejauh ini sudah berjalan baik” (Inf-1)

“Kalo prosedur mekanismenya sudah berjalan dengan baik, kalo kendala itu masih ada lah ya dikit-dikit, tapi paling kita koordinasi aja satu sama lain” (Inf-2)

“Hasilnya ya sudah berjalan dengan baiklah, sudah sesuai dengan bispro kami. Kalo kendala ya itu-itu aja tiap bulan kadang, aplikasi lelet lah, akhir bulan apalagi” (Inf-3)

“Kalo dari pengajuan klaim sih kendalanya adalah biasanya puskesmas malas mengajukan tu karena kadang tarifnya kecil, terus prosesnya lama karena masuk kas daerah, atau petugasnya di Puskesmas tu yang entri Cuma 1 orang, sedangkan klaimnya banyak, jadi malas petugasnya, demotivasi lah namanya, di satu sisi masih ada kecenderungan untuk fraud itu masih sangat besar, kalo kendala lain sih setau Ibu Puskesmas tu masih ada yang memiliki petugas entri dengan latar belakang bukan medis, malah ada yang berstatus sukarela, udahlah sukarela, gajinya kecil tapi diberi tanggung jawab besar, ya jadi demotivasi lah petugas ini mengajukan klaim, tapi kalo dari verivikator PMP insyaallah strong lah, karena sudah pelatihan juga kan, jadi sudah tau apa yang dilakukan, itu terbukti loh bahwa tidak ada temuan dari hasil audit internal atau eksternal dari hasil verifikasi si Melan tu. Tandanya kualitas verifikasi Melan itu sudah

bisa dikatakan bagus dan berjalan lancar kan” (Inf-4)

“Kalo prosedur alurnya udah jalan baik, belum lancar kali, tapi sudah menuju ke lancar, kalo untuk Fraud sih masih ada yang phantom billing, atau false klaim” (Inf-5)

“Mulai membaik dari sebelumnya, dulu sudah bagus tapi dek ado perubahan sistem kini sudah lumayan lah, aplikasi nyo semakin hari semakin ado fitur baru lebih lengkap walau agak rumit setek”(mulai membaik dari sebelumnya, dulu sudah bagus tapi karena ado perubahan sistem sekarang sudah lumayan lah, aplikasinya semakin hari semakin ada fitur baru lebih lengkap walau agak rumit sedikit)(Inf-6)

“Dibilang lancar nggak juga, kami masih telat tapi kami sudah sesuai dengan pedoman. Kendalanya tentu masih ada“(Inf-7)

“Kalo lancar kali nggak juga, kami masih suka telat yaa alasannya tadi tu geografisnya kan tapi kami sudah berusaha sesuai dengan pedoman. Kendalanya tentu masih ada. Kayak kadang jaringannya kan“(Inf-8)

Keluaran yang diharapkan dari prosedur klaim non kapitasi Puskesmas ini adalah terlaksananya prosedur klaim non kapitasi dengan baik sesuai dengan pedoman dan aturan yang telah ditetapkan, salah satunya dapat dilihat dari klaim yang diserahkan secara lengkap, benar dan tepat pada waktunya. Berdasarkan hasil penelitian berkas klaim yang diserahkan pihak Puskesmas masih belum lengkap dan tidak tepat waktu, klaim diserahkan ke kantor cabang paling lambat tanggal 10 setiap bulannya, akan tetapi masih ada Puskesmas yang menyerahkan klaim lewat dari tanggal yang telah ditentukan.

Banyak hal yang menyebabkan keterlambatan dalam pengumpulan berkas klaim seperti petugas yang kurang lancar dalam penggunaan aplikasi, kekurangan tenaga entri Puskesmas, dan jaringan yang kadang tidak terkoneksi dengan baik atau aplikasi dalam masa perbaikan dan



pemeliharaan, penyebab lainnya yaitu karena adanya berkas klaim yang belum lengkap sehingga proses penyerahan berkas klaim tertunda dan terlambat, berkas klaim yang belum lengkap atau salah dikembalikan lagi untuk dilengkapi atau diperbaiki.

Penelitian Yuliza (2015) menyampaikan bahwa berkas klaim yang diserahkan pihak rumah sakit belum lengkap dan tidak tepat waktu, masih ada rumah sakit yang menyerahkan klaim lewat dari tanggal 20, disebabkan kekurangan tenaga koding dan jaringan yang kadang tidak terkoneksi dengan baik.

Mekanisme prosedur klaim sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman atau bisnis proses yang ada, dalam pelaksanaannya sudah berjalan dengan baik dan lancar namun masih ada sedikit sekali kendala, akan tetapi hal ini sudah berbeda jauh jika dibandingkan pada saat awal dimulainya JKN yang masih terbengkalai.

Peneliti berpendapat bahwa penyerahan berkas klaim secara lengkap dan akurat haruslah menjadi perhatian semua pihak yang terlibat khususnya Puskesmas, serta penyerahannya harus sesuai dengan waktu yang telah ditentukan karena hal ini akan berpengaruh terhadap proses pelaksanaan klaim non kapitasi dari awal klaim tersebut diterima sampai dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.

KESIMPULAN

1. Komponen Input

Jumlah petugas entri di Puskesmas belum cukup karena petugas merangkap sebagai pemegang program dan pengentrian yang ditanggungjawabkan kepada 1 orang saja. Jumlah verifikator belum mencukupi dikarenakan banyaknya jumlah klaim yang masuk, dan jumlah kasir sudah mencukupi.

- a. Pelatihan terhadap verifikator dan petugas entri Puskesmas pernah dilaksanakan, namun karena keterbatasan waktu pelatihan untuk petugas entri Puskesmas mengakibatkan petugas kembali mempelajari di Puskesmas.
- b. Sarana dan prasarana sudah mencukupi, memadai dan sangat membantu dalam

pelaksanaan prosedur klaim, untuk kerusakan yang terjadi biasanya pada komputer, printer serta aplikasi dalam pemeliharaan dan perbaikan.

- c. Persetujuan dan pembayaran klaim yang dilakukan berpedoman pada bisnis proses yang dibuat langsung oleh kantor pusat dan petugas Puskesmas masih belum memahami seutuhnya petunjuk teknis pelaksanaan prosedur klaim dikarenakan kurang terpapar akan peraturan tersebut.
- d. Kebijakan yang mengatur tentang prosedur klaim berupa Peraturan Presiden, Peraturan Menteri Kesehatan, peraturan direksi BPJS Kesehatan.

2. Komponen Proses

- a. Berkas yang harus dilengkapi adalah berita acara, FPK, bukti pelayanan yang ditandatangani petugas dan peserta, surat pengajuan klaim, surat tanggung jawab mutlak, rekapitulasi pelayanan, kuitansi asli bermaterai cukup dan berkas pendukung lain yang diperlukan.
- b. Masih ada berkas klaim yang tidak lolos saat proses verifikasi karena kesalahan pengajuan dan ketidaklengkapan berkas klaim.
- c. Kendala yang ditemukan pada proses persetujuan klaim adalah saat kepala cabang tidak berada ditempat sehingga penyelesaian klaim tertunda.

3. Komponen Output

Mekanisme prosedur klaim sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman atau bisnis proses yang ada, dalam pelaksanaannya sudah berjalan dengan baik dan lancar dengan kendala yang tidak begitu berarti. Masih ditemukan beberapa permasalahan seperti berkas klaim yang diserahkan belum lengkap dan tidak tepat waktu serta terjadinya keterlambatan pembayaran klaim oleh pihak BPJS Kesehatan.

SARAN

1. Untuk BPJS Kesehatan Cabang Padang sebaiknya menambah tenaga verifikator



- PMP mengingat semakin bertambah Peserta JKN dan secara otomatis semakin banyak pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta.
2. Diharapkan agar adanya rencana penambahan tenaga entri Puskesmas sehingga tidak lagi merangkap sebagai pemegang program.
 3. Diharapkan agar diberikan pelatihan secara terus menerus kepada petugas entri Puskesmas agar lebih mengerti dan memahami cara pengentrian yang benar.
 4. Diharapkan agar pemeliharaan dan perbaikan aplikasi oleh kantor pusat BPJS Kesehatan dilakukan pada saat jam kerja selesai sehingga proses pelaksanaan klaim non kapitasi Puskesmas tidak terganggu.
 5. Diharapkan agar BPJS Kesehatan lebih gencar mensosialisasikan dan memastikan bahwa petunjuk dan aturan terkait prosedur pelaksanaan klaim non kapitasi sudah sampai kepada seluruh Puskesmas terutama petugas entri.
 6. Diharapkan agar Puskesmas membuat petunjuk pelaksana tersendiri agar lebih menegaskan peran dan tanggung jawab dari petugas yang ada. Petunjuk pelaksanaan dapat berupa bagaimana cara mengumpulkan berkas klaim, bagaimana untuk mengentri data, dan siapa yang bertanggung jawab atas masing- masing *job desk* tersebut.
 7. Diharapkan agar pihak Puskesmas melakukan monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan proses melengkapi berkas klaim dan pengajuan klaim.
 8. Diharapkan kepada BPJS Kesehatan agar memberikan peringatan tegas kepada Puskesmas yang tidak lengkap menyerahkan berkas klaim dan tidak tepat waktu.
 9. Peneliti berikutnya dapat melakukan penelitian yang sama dengan variabel penelitian yang berbeda seperti prosedur klaim kapitasi atau klaim *INA-CBG's*.
 2. Azwar A. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi 3*. Jakarta: Binarupa
 3. BPJS Kesehatan. 2014. *Materi Diklatda Calon Pegawai BPJS Kesehatan*. Jakarta : BPJS Kesehatan
 4. BPJS Kesehatan. 2014. *Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan*, Jakarta : BPJS Kesehatan
 5. BPJS Kesehatan. 2014. *Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim*, Jakarta : BPJS Kesehatan
 6. BPJS Kesehatan. 2014. *Pedoman Administrasi Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan*, Jakarta : BPJS Kesehatan
 7. BPJS Kesehatan. 2017. *Peraturan Direksi Nomor 3 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta : BPJS Kesehatan
 8. BPJS Kesehatan. 2017. *Bisnis Proses BPJS Kesehatan*, Jakarta : BPJS Kesehatan
 9. BPJS Kesehatan Cabang Padang. 2017. *Arsip Klaim Penjaminan Manfaat Primer*; Padang : BPJS Kesehatan Cabang Padang
 10. Ilyas Y. 2006. *Manajemen Utilisasi, Manajemen Klaim dan Kecurangan Asuransi Kesehatan (Fraud)*. Depok : Universitas Indonesia
 11. Kepala Devisi Regional II. 2014. *Surat Ederan Kepala Devisi Regional II Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 005 Tahun 2014 Pengelolaan Klaim Masa Transisi*. Pekanbaru: BPJS Kesehatan
 12. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
 13. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan*

DAFTAR PUSTAKA

1. Adisasmito W. 2014. *Sistem Kesehatan Edisi Kedua*. Jakarta: Rajawali Pers



- Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
14. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
 15. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
 16. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
 17. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
 18. Mininjaya G. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Kedokteran EGC
 19. Mininjaya G. 2012. *Manajemen Kesehatan Edisi 3*. Jakarta: Kedokteran EGC
 20. Nurkonita F. 2014. *Pelaksanaan Klaim BPJS/SJSN Terkait Sistem Case-Mix Ina CBG's Di RSJ Grhasia DIY*. Yogyakarta
 21. Presiden Republik Indonesia. 2013. *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Pertama Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta : Presiden RI
 22. Presiden Republik Indonesia. 2016. *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta : Presiden RI
 23. Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: CV Alfabeta
 24. Sugiyono. 2010. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: CV Alfabeta
 25. Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
 26. Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
 27. Yuliza, Wilda Tri. 2015. *Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Rumah Sakit di Wilayah Kerja Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang Solok Tahun 2015*. Padang



Jurnal Kesehatan Saintika Meditory

Volume 2 Nomor 1 | <https://jurnal.syedzasaintika.ac.id>
