

## **ANALISIS PENGAJUAN KLAIM BPJS KESEHATAN NON KAPITASI DI PUSKESMAS BUMIAJI KOTA BATU**

**Tiara Izzah Safitri<sup>1)</sup>, Herlinda Dwi Ningrum<sup>2)</sup>, Ayu Tyas Purnamasari<sup>2)</sup>**

*<sup>1)</sup> Poltekkes Kemenkes Malang  
Email : tiara.izzah16@gmail.com*

### **ABSTRAK**

Tarif Non Kapitasi akan dibayarkan oleh BPJS Kesehatan pada akhir bulan berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui prosedur klaim non kapitasi pada pasien BPJS Kesehatan di Puskesmas Bumiaji. Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif, sumber informan ada 4 yaitu petugas entri klaim non kapitasi, bidan, kepala puskesmas dan petugas keuangan. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 2023 sampai dengan bulan Januari 2024. Hasil penelitian menunjukkan bahwa petugas entry adalah perawat yang merangkap jabatan, sarana dan prasarana cukup baik, metode yang digunakan sudah tepat dan kebijakan menggunakan aturan BPJS Kesehatan. Proses kelengkapan berkas hingga persetujuan klaim telah dilakukan sesuai peraturan BPJS Kesehatan. Puskesmas selalu tepat waktu dalam proses penyerahan berkas klaim dan BPJS Kesehatan selalu tepat waktu dalam proses pengiriman uang ke Puskesmas

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

### **ABSTRACT**

*Non-Capitation rates will be paid by BPJS Health at the end of the month based on the type and amount of health services provided. The aim of this research is to determine the non-capitation claim procedure for BPJS Health patients at the Bumiaji Community Health Center. This research uses qualitative research with a descriptive approach, there are 4 sources of informants, namely non-capitation claims entry officers, midwives, heads of community health centers and finance staff. This research was conducted from December 2023 to January 2024. The research results showed that the entry officers were nurses who held concurrent positions, the facilities and infrastructure were quite good, the methods used were appropriate and the policy used the rules of BPJS Health. The process of completing files until claim approval has been carried out in accordance with BPJS Health regulations. The Puskesmas is always on time in the process of submitting claim files and BPJS Health is always on time in the process of sending money to the Puskesmas*

**Keywords:** Analysis, Claims, BPJS Senate, Non Capitation

### **PENDAHULUAN**

Kesehatan menjadi hak setiap manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia. Hal ini tercantum dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara

Republik Indonesia Tahun 1945. Salah satu upaya kesehatan yang dilakukan pemerintah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan yang optimal adalah dengan diadakannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN merupakan bagian dari

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang di selenggarakan oleh pemerintah untuk menjamin agar warga negaranya dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. (Sastradimulya et al, 2015)

Dalam SJSN terdapat dua program yaitu, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan (BPJS Ketenagakerjaan) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). BPJS diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dengan tujuan untuk mewujudkan pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap rakyat Indonesia yang sudah menjadi hak dasar manusia (Undang-Undang, 2011). Dalam hal pembiayaan kesehatan, tarif pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) terdapat dua macam yaitu Tarif Kapitasi dengan pembayaran yang akan dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan pada FKTP tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan dan Tarif Non Kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan di akhir bulan berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. (Kementrian Kesehatan, 2014)

Untuk mewujudkan pengajuan klaim yang baik, FKTP harus terkoordinir dan konsisten dalam melaksanakan prosedur pengajuan Klaim. Terdapat beberapa indikator yang menjadi masalah di puskesmas terkait klaim Non Kapitasi yaitu,

belum optimalnya pembagian tugas atau kewenangan dalam melaksanakan kebijakan dan belum adanya *Standart Operasional prosedur* (SOP), belum optimalnya potensi atau unsur tertentu yang mendukung terlaksanakannya kebijakan, belum optimalnya penyampaian informasi dari pemerintah mengenai kebijakan penggunaan dana Non Kapitasi BPJS Kesehatan, dan belum optimalnya sikap dari aparatur yang bertanggung jawab. (Mulyani, 2019)

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan di Puskesmas Bumiaji Kota Batu pada petugas entri klaim non kapitasi didapatkan bahwa tidak terdapat petugas khusus yang melakukan proses entri klaim non kapitasi. Petugas yang bertanggung jawab untuk melakukan proses entri adalah perawat yang merangkap jabatan. Meskipun tidak terdapat petugas khusus, petugas tidak merasa kewalahan dalam proses entri klaim non kapitasi. Dikarenakan klaim yang dientrikan tidak banyak. Berdasarkan latar belakang tersebut penulis ingin mengetahui dan memahami proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan non kapitasi di Puskesmas Bumiaji Kota Batu.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Informan dalam penelitian ini terdapat 4 yaitu petugas entri, bidan, kepala puskesmas dan staff bagian keuangan. Teknik pengumpulan data pada

penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara secara mendalam. Triangulasi sumber dalam penelitian ini adalah dengan meng *crosscheck* ulang terhadap data antara informan satu dengan yang lain.

## HASIL PENELITIAN

### 1. INPUT

#### A. Sumber Daya manusia (SDM)

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan, tenaga pelaksana yang terlibat pada proses pengajuan klaim non kapitasi di Puskesmas Bumiaji Kota Batu adalah perawat yang merangkap jabatan sebagai petugas entri klaim non kapitasi, berikut untuk kutipan wawancaranya

*“Oh iya kalau untuk petugas entri kan seharusnya memang idealnya kan petugas khusus ya, tapi karena disini keterbatasan petugas ya diambil dari perawat saya kebetulan” (Informan 1)*

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan 2 mengatakan bahwa terdapat petugas khusus yang melakukan proses entri klaim non kapitasi. Berikut hasil wawancara

*“Waduh, biasanya tuh yang ini yang bikin itu ada petugasnya sendiri dek itu bu yusni” (Informan 2)*

Walaupun tidak ada petugas khusus tetapi tidak pernah terjadi kekurangan petugas dalam proses entri klaim non kapitasi di Puskesmas Bumiaji Kota Batu, berikut untuk cuplikan wawancaranya

*“Untuk melakukan klaim sebenarnya sudah cukup karena disini sudah banyak ya sumber daya manusianya, Cuma karena kami kan 9 wilayah yang ada di Bumiaji kan paling banyak jadi kalau dibilang kurang pasti kurang kami terutama di manajemennya kami kurang, tapi secara keseluruhan kalau dilihat dari luas wilayah cukup” (Informan 4)*

Petugas entri klaim non kapitasi yang ditunjuk adalah perawat yang merangkap jabatan, tidak pernah terjadi kekurangan SDM dalam proses entri klaim non kapitasi dan petugas tidak pernah merasa kewalahan dalam proses entri.

#### B. Sarana Dan Prasarana

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan, sarana dan prasarana sudah tersedia cukup lengkap untuk proses pengajuan Klaim Non Kapitasi, berikut untuk kutipan wawancaranya

*“ Sudah lengkap sih untuk sarana dan prasarana” (Informan 1)*

Sarana dan prasarana yang digunakan untuk proses pengajuan klaim non kapitasi adalah perangkat elektronik, berikut hasil wawancaranya

*“Komputer lah pasti, printer sama wifi, kita gapernah scan biasanya itu langsung aja” (Informan 2)*

Dari hasil wawancara diatas maka dapat dilihat sarana dan prasarana yang digunakan untuk pengajuan Klaim Non Kapitasi sudah tersedia dan cukup sederhana. Sarana dan prasarana yang digunakan cukup memadai dan hampir tidak ada kendala dalam proses entri bila ditinjau dari sarana dan prasarana yang cukup lengkap. Berikut adalah jumlah unit dari sarana dan prasarana pada Puskesmas Bumiaji

### **C. Metode**

Berdasarkan hasil wawancara oleh informan didapatkan hasil bahwa metode yang dilakukan sejalan dengan kebijakan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan. Pendokumentasian dilakukan oleh petugas entri sudah sesuai dengan standart yang ditetapkan. Berikut

hasil wawancara dengan informan tentang metode yang digunakan

*“ Dokumentasi untuk klaim itu berkas berkasnya saya ambil dari bidan kemudian saya rekap terus saya ajukan ke kantor” (Informan 1)*

Metode yang digunakan oleh pelayan kesehatan sudah cukup baik dan sesuai dengan persyaratan yang telah dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan, dengan pembuatan FPK dan kwitansi.

Berikut hasil wawancaranya

*“ Ya saya buat FPK dulu terus rekap pelayanannya kwitansi juga terus sama yusni biasanya diambil” (Informan 2)*

Metode yang dilakukan oleh bagian keuangan di Puskesmas Bumiaji adalah dengan membuat berita acara yang bertujuan untuk penerimaan klaim yang dilakukan di dinas dan akan disetorkan ke kas daerah

*“Itu di bu yusni ya untuk yang dibawah kalau di keuangan dibuahkan berita acara untuk ke dinas untuk menerima uang setelah itu setor lagi ke kasda” (Informan 4)*

Berdasarkan hasil wawancara diatas menunjukkan bahwa metode yang digunakan di Puskesmas Bumiaji dilakukan mulai dari pembuatan FPK

oleh pelayan kesehatan yang kemudian berkasnya akan diambil oleh petugas entri dan dibuatkan berita acara oleh staff keuangan yang bertugas

## **2. PROSES**

### **A. Melengkapi Berkas Klaim**

Pemeriksaan kelengkapan Klaim Non Kapitasi pada Puskesmas Bumiaji berdasarkan hasil wawancara dinyatakan bahwa proses pemeriksaan kelengkapan klaim non kapitasi berjalan sesuai dengan peraturan yang ada. Kelengkapan berkas menjadi syarat pengajuan. Berikut hasil wawancaranya

*“ Oh ya dari bidannya itu sudah dilengkapi nanti kalau masih ada yang kurang saya bilang ke bidannya” (Informan 1)*

Proses melengkapi berkas klaim yang dilakukan oleh pelayan kesehatan dimulai dari pendaftaran kemudian dilanjutkan dengan proses pelayanan kesehatan yang kemudian akan di klaimkan. Berikut hasil wawancaranya

*“Kalau kita, yang penting ada inikan nomer BPJS pasien kemudian kita masukkan kita entri data ibu itu kita masukkan dari pendaftaran sampai*

*pelayanan baru kita buat pengklaiman” (Informan 2)*

Dapat dikatakan jika bukti rekam medis pasien sangat dibutuhkan saat akan melakukan pengklaiman pada klaim non kapitasi, seperti yang dikatakan oleh staff keuangan di Puskesmas Bumiaji. Berikut hasil wawancaranya

*“ Kalau berkas klaim yang penting itu ada bukti rekam medis pasien, misalnya kalau ngeklaim ambulan itu kan ada disitu jamnya mengantar pasien kayak gitu itu harus lengkap” (Informan 4)*

### **B. Mendokumentasikan Berkas Klaim**

Berdasarkan hasil wawancara pada proses pendokumentasian Klaim Non Kapitasi di Puskesmas Bumiaji didapatkan wawancara sebagai berikut

*“Ya memang saya cek lagi berkasnya kalau sudah dari pelayan kesehatannya” (Informan 1)*

*“Nanti di cek lagi sama yusni” (Informan 2)*

Berdasarkan hasil wawancara untuk pendokumentasian berkas klaim Non Kapitasi di Puskesmas Bumiaji dapat dikatakan cukup teliti.

### **C. Verifikasi Administrasi Klaim**

Verifikasi administrasi klaim Non Kapitasi di Puskesmas Bumiaji dilakukan pengecekan ulang berkas oleh petugas yang bertanggung jawab. Dengan melakukan cek ulang berkas dan memilah kasus yang akan diklaimkan. Hal ini dikatakan oleh informan dengan hasil wawancara sebagai berikut

*“ Oh iya yang memprovokasi misal ada yang kurang lengkap ya saya bilang ke bidangnya memilah mana yang layak diklaimkan mana yang gak bisa, misalnya kayak buku kepotong kan enggak mungkin juga kita klaimkan akhirnya ya disisihkan tidak bisa ikut klaim bulan itu”* (Informan 1)

Tidak semua pelayanan dapat diklaimkan, pada Puskesmas Bumiaji ANC dan KB menjadi kasus yang sering diklaimkan oleh petugas. Berikut hasil wawancaranya

*“Kita setiap pasien, bukan semua pasien tapi yang kita klaimkan biasanya lebih sering kita pengklaiman ANC sama KB gitu, itu baru kita buat klaimnya ”* (Informan 2)

Berdasarkan penjelasan informan keterangan yang telah diberikan

sesuai dengan hasil observasi yang telah dilakukan verifikator dalam meneliti kesesuaian berkas klaim

#### **D. Verifikasi Pelayanan Kesehatan**

Verifikasi pelayanan kesehatan di Puskesmas Bumiaji berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan oleh informan 1 didapatkan hasil sebagai berikut

*“ Kan saya ambil berkas yang diklaimkan dari KIA saya cek kalau tidak lengkap ya terpaksa saya kembalikan lagi ke KIA”* (Informan 1)

Terdapat petugas yang sudah memiliki kewajiban sendiri terhadap pekerjaan yang dilakukan. Berikut hasil wawancaranya

*“ Verifikasinya itu ya ada petugasnya masing masing jadi kalau dalam sebulan hasil klaim kita kita simpan kita tempatkan di suatu tempat nanti diambil sama verifikatornya”* (Informan 2)

Petugas mengarahkan langsung bertanya kepada penanggung jawab. Berikut hasil wawancaranya

*“ Verifikasi pelayanannya nanti ke ibu Suko aja”* (Informan 4)

Berdasarkan penjelasan informan keterangan yang telah diberikan dapat

disimpulkan jika dalam verifikasi pelayanan kesehatan petugas selalu memiliki kewajiban yang berbeda sesuai dengan pekerjaan yang dilakukan.

#### **E. Persetujuan Klaim**

Pada proses persetujuan klaim, petugas verifikator akan mendapat konfirmasi oleh BPJS Kesehatan setelah mengirim pengajuan Klaim Non Kapitasi melalui P-Care. Hal ini dikatakan oleh informan dengan hasil wawancara sebagai berikut

*“ Lewat P-Care, jadi kan saya ngajukan ya, sudah saya kirimkan ke BPJS nanti pihak BPJS konfirmasi ke saya kalau sudah disetujui sama BPJS terus saya tinggal klik setuju aja” (Informan 1)*

Petugas mengarahkan langsung bertanya kepada penanggung jawab. Berikut hasil wawacaranya

*“ Tanya bu yusni aja ya saya gatau kalo itu” (Informan 2)*

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti dan informan ke 4 sebagai staff keuangan Puskesmas Bumiaji, didapatkan jika proses persetujuan klaim setelah di setuju oleh BPJS Kesehatan akan

dikirim melalui Dinas Kesehatan kemudian akan disetorkan ke kasda melalui bank Jatim. Berikut hasil wawacaranya

*“Jadi kalau klaim yang diajukan ke BPJS udah di acc sama pihak BPJS itu biasanya uangnya kan cair ya lewatnya itu lewat bendahara penerimaan yang ada di dinas kesehatan ya nanti di puskesmas dibuatkan beita acara bahwa sudah menerima uang itu. Nah uang itu nanti akan disetor kembali ke kasda melalui bank jatim untuk dimasukkan ke PAD (Pendapatan Asli Daerah), jadi nanti dari situ akan dibuatkan bukti setoran setiap kali ada pencairan dari BPJS, jadi uang itu langsung disetor kembali ke kasda hari itu juga” (Informan 4)*

Berdasarkan penjelasan informan , keterangan yang telah diberikan sesuai dengan peraturan BPJS Kesehatan No. 07 Tahun 2018.

### **3. OUTPUT**

#### **A. Kelengkapan Dan Ketepatan Waktu Penyerahan Berkas Ke BPJS Kesehatan**

Pada bulan pengamatan yaitu bulan September, Oktober dan Desember untuk klaim non

kapitasi tidak pernah mengalami status pending. Hanya saja petugas pernah mengirim klaim lebih dari tanggal 10 berikut cuplikan wawancaranya :

*“Sejauh ini dari 12 bulan kan paling lambat tanggal 10 ya, mungkin satu atau dua kali saya lebih dari tanggal 10 itupun kalo ga tanggal 11 ya 12 soalnya kepotong hari minggu tapi ya termasuk tepat sih ” (Informan 1)*

Petugas entri klaim non kapitasi memberi tenggat waktu kepada pelayan kesehatan dalam pengumpulan berkas klaim non kapitasi. Berikut hasil wawancaranya

*“ Ya dari kita itu dikasih tenggat waktu pengumpulan sama bu yusni biasanya tanggal 25 sih” (Informan 2)*

Petugas entri klaim non kapitasi selalu mengirim klaim kepada BPS Kesehatan dengan tepat waktu, hal itu dikarenakan jumlah klaim yang dientri tidak terlalu banyak

## **B. Ketepatan waktu pembayaran BPJS Kesehatan kepada puskesmas**

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan 1 menyatakan jika BPJS Kesehatan selalu membayar dengan tepat waktu melalui dinkes sebesar 40% yang kemudian akan diterima oleh bagian keuangan. Berikut wawancaranya :

*“Ya untuk pembayarannya sih BPJS selalu membayar ya dek dengan menyetorkan ke dinkes kemudian 40% dikasih ke puskesmas diterima di bagian keuangan tapi saya gatau lagi sih dek ” (Informan 1)*

Hasil wawancara oleh informan 3 dan 4 didapatkan bahwa BPJS Kesehatan selalu membayar tepat waktu. Berikut hasil wawancaranya :

*“ Dibayar tepat waktu kok jadi aman” (Informan 3)*

*“ Ngirim uangnya yaitu kalau berkasnya sudah lengkap ya cepet 1 kali 24 jam sih mbak” (Informan 4)*

Berdasarkan penjelasan informan keterangan yang telah diberikan sesuai dengan hasil observasi yang telah dilakukan



## PEMBAHASAN

### 1. INPUT

#### A. Sumber Daya manusia (SDM)

Berdasarkan hasil penelitian ini, pada aspek SDM dapat dikatakan bahwa dalam proses entri Klaim Non Kapitasi masih tidak mempunyai petugas khusus yang bertanggung jawab. Petugas yang melakukan proses entri Klaim Non Kapitasi yaitu perawat yang berjaga, perawat yang ditunjuk oleh kepala Puskesmas ini memiliki tugas untuk berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan terkait proses pengajuan klaim non kapitasi. Merangkap jabatan yang terjadi pada Puskesmas Bumiaji tidak membuat Puskesmas kekurangan SDM untuk proses entri Klaim Non kapitasi. Hal ini disebabkan karena jumlah klaim yang dientrikan tidak banyak dan proses entri dapat dilakukan diwaktu senggang, maka dari itu petugas yang bertanggung jawab tidak merasa terbebani dan kewalahan. Hal ini berbanding

terbalik dengan penelitian Rahmatiq & Zaimi (2022) yang mengatakan bahwa adanya petugas yang merangkap akan menyulitkan dalam membagi waktu sehingga produktifitas kerja menurun khususnya dalam melaksanakan prosedur Klaim Non kapitasi. Dalam sebuah perusahaan ataupun organisasi harus didukung oleh pegawai yang kompeten dan handal, karena sumber daya manusia (SDM) memiliki peran yang sangat penting dalam mendukung pencapaian dan keberhasilan perusahaan. Menurut (Kuruppu, C.S., and N. 2021) dalam (Suryani et al, 2023)

#### B. Sarana dan prasarana

Seiring dengan zaman yang semakin canggih segala sesuatu dirancang untuk mempermudah dengan menggunakan teknologi yang semakin canggih. Hal ini juga terjadi pada proses entri klaim Non Kapitasi. Pada Puskesmas Bumiaji dapat dikatakan bahwa sarana dan prasarana sudah mencukupi karena pada proses entri sudah berbasis website. 21 komputer dengan dilengkapi dengan internet dan

printer sudah cukup untuk menunjang proses entri klaim Non kapitasi.

Sarana dan prasarana merupakan hal yang sangat penting bagi sebuah fasilitas kesehatan, hal ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Pardede & Andipo (2018) tentang Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Non kapitasi Puskesmas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kota Padang yang mengatakan 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.

### **C. Metode**

Berdasarkan hasil penelitian ini, pada aspek metode sangat diperlukan pada proses entri Klaim Non Kapitasi. Hal ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewi et al (2021) pada Rahmatika & Zaimi (2022) yang mengatakan 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 dan memungkinkan koordinasi disegala unit organisasi serta memperjelas pekerjaan apa yang harus dilakukan. 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 yang sudah dijalankan. Hal ini juga dibenarkan dalam penelitian yang dilakukan oleh Pardede & Andipo (2018) yang mengatakan 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.

#### **D. Kebijakan**

Hasil penelitian didapatkan informasi bahwa tidak ada pedoman khusus yang dibuat puskesmas untuk proses pengajuan klaim non kapitasi. Proses pengajuan Klaim Non Kapitasi hanya berdasarkan kebijakan yang telah dibuat oleh BPJS Kesehatan. Menurut petugas acuan yang digunakan dari BPJS Kesehatan sudah cukup jelas dan lengkap untuk menunjang proses entri klaim non Kapitasi mulai dari proses entri kunjungan hingga pengajuan Klaim Non Kapitasi. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh (Pardede & Andipo, t.t.) (2018) yang berjudul Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Non Kapitasi di Puskesmas Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan kota Padang, dimana

pada puskesmas tersebut terdapat SOP yang yang dibuat oleh puskesmas untuk petunjuk dan aturan prosedur pelaksanaan klaim non kapitasi.

Standar Operasional Prosedur sendiri merupakan sebuah pedoman yang digunakan untuk acuan dalam proses pengajuan klaim non kapitasi agar sesuai dengan peraturan yang telah disepakati juga meminimalisir terjadinya kesalahan dalam proses pengajuan klaim non kapitasi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmatika & Zaimi (2022) yang mengatakan bahwa dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi memiliki kebijakan sebagai dasar dalam implementasinya sehingga dapat berjalan sesuai dengan sesuai harapan. Puskesmas Bumiaji sudah melakukan tahapan yang sesuai dengan aturan

#### **2. Proses**

##### **A. Melengkapi berkas klaim**

Tahap pertama dalam prosedur klaim adalah melengkapi berkas klaim, proses tahapan pengajuan klaim Non kapitasi pada Puskesmas Bumiaji dimulai dari

pengumpulan berkas atau dokumen bukti pelayanan pasien yang telah dilakukan. Pengajuan dalam proses entri Klaim Non Kapitasi terdapat 2 bagian yaitu persyaratan umum dan persyaratan khusus. Yang termasuk persyaratan umum yaitu a) FPK, b) Rekapitulasi Pelayanan, c) Kwitansi Asli Bermaterai, d) Surat Tanggung Jawab Mutlak hal ini sudah sesuai dengan peraturan BPJS Kesehatan No 07 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, untuk persyaratan khusus terdapat persyaratan penunjang untuk masing-masing klaim yang berbeda. Pada Puskesmas Bumiaji persyaratan pengajuan klaim dipenuhi dengan benar sesuai dengan peraturan yang ada. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusniawan & Seha (2021) yang mengatakan permasalahan pada proses verifikasi berkas yaitu kurangnya persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan oleh puskesmas kepada BPJS Kesehatan yang kemudian

berdampak terhadap pendapatan di puskesmas Nanggulan.

#### **B. Mendokumentasikan berkas klaim**

Berdasarkan hasil penelitian ini, pada aspek pendokumentasian berkas klaim akan diteliti kembali oleh petugas yang terlibat. Dengan adanya proses pendokumentasian berkas ini maka akan meminimalisir kekurangan berkas sehingga tidak akan terjadi pending klaim maupun keterlambatan proses entri klaim kepada BPJS Kesehatan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Al Aufa, 2018) yang mengatakan Penyelenggaraan rekam medis dapat mendukung peningkatan mutu dan pelayanan kesehatan, yaitu melakukan pendokumentasian secara cepat dan tepat. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Pardede & Andipo (2018) 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, hal ini bisa terjadi dikarenakan banyaknya klaim yang harus di entri

### **C. Verifikasi administrasi klaim**

Berdasarkan hasil penelitian ini, pada aspek verifikasi administrasi klaim adalah melakukan verifikasi administrasi kepesertaan, dengan melakukan tahapan 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 mengecek kelengkapan administrasi (FPK, rekapitulasi pelayanan, surat tanggung jawab mutlak dan kwitansi asli yang bermatrai) setelah itu dilakukannya proses verifikasi pelayanan kesehatan. Pada hasil observasi Puskesmas tidak pernah mengalami pending

ataupun pengembalian berkas, hal ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh Pardede & Andipo (2018) yang mengatakan 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.

### **D. Verifikasi pelayanan kesehatan**

Berdasarkan hasil penelitian ini, pada aspek verifikasi pelayanan kesehatan adalah cek berkas klaim dengan cara mencocokkan pelayanan yang diberikan dengan berkas yang ada, melakukan pengecekan terhadap keabsahan pelayanan yang diberikan. 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. Hal ini sesuai dengan penelitian Pardede & Andipo (2018) yang mengatakan Verifikasi pelayanan kesehatan sudah berjalan sesuai dengan panduan dan pedoman verifikasi, menurut peneliti hal ini sangat bagus dilakukan untuk tetap menjaga kualitas pelayanan agar peserta mendapatkan pelayanan yang terbaik.

#### **E. Persetujuan klaim**

Berdasarkan hasil penelitian ini, pada aspek persetujuan klaim hasil penelitian menyatakan bahwa prosedur yang dilakukan setelah proses verifikasi dokumen adalah membuat daftar biaya yang ditanggung oleh Klaim Non Kapitasi. Dalam hal ini BPJS tidak akan membayar klaim ke faskes akan tetapi pihak BPJS akan melakukan pembayaran melalui bendahara penerimaan Dinas Kesehatan kemudian Puskesmas akan diberi berita acara yang nantinya akan disetor kembali ke Kasda yang dikirim melalui bank Jatim, hal ini sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan No 28 Tahun 2014 tentang Pedoman

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional . Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Pardede & Andipo (2018) yang mengatakan 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.

### **3. OUTPUT**

#### **A. Kelengkapan dan ketepatan waktu penyerahan berkas ke BPJS Kesehatan**

Berdasarkan hasil pada 3 bulan penelitian untuk klaim non kapitasi pada Puskesmas Bumiaji tidak terdapat pending atau pengembalian berkas, dilihat dari pembayaran pada bulan Oktober sebesar Rp. 120.000, bulan November sebesar Rp. 210.000 dan pada

bulan Desember sebesar Rp. 340.000, tarif penyetoran klaim ini sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan No 3 Tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan . Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian dari Kusniawan & Seha (2021) yang mengatakan Pengajuan klaim BPJS non kapitasi di puskesmas terdapat kendala terkait kelengkapan berkas yang harus di ajukan ke kantor BPJS Kesehatan. Karena adanya kendala dalam kelengkapan berkas pengajuan klaim menyebabkan proses pengajuan klaim menjadi terlambat beberapa hari dari hari yang seharusnya

#### **B. Ketepatan waktu pembayaran BPJS Kesehatan kepada puskesmas**

Berdasarkan hasil penelitian ini, BPJS Kesehatan selalu tepat waktu dalam proses pengiriman uang untuk Klaim Non Kapitasi di Puskesmas Bumiaji, hal ini dikarenakan Puskesmas selalu

melengkapi keperluan berkas klaim dan selalu tepat waktu dalam pengiriman berkas klaim ke BPJS Kesehatan. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusniawan & Seha (2021) yang mengatakan Karena adanya kendala dalam kelengkapan berkas pengajuan klaim menyebabkan proses pengajuan klaim menjadi terlambat beberapa hari dari hari yang seharusnya, serta dalam cairnya dana klaim non kapitasi terbilang cukup lama karena proses klaim dan persetujuan dari kantor BPJS Kesehatan itu sendiri.

### **PENUTUP**

#### **1. KESIMPULAN**

Tidak terdapat petugas khusus dalam proses entri klaim non kapitasi, sarana dan prasarana sudah cukup baik, metode yang digunakan sudah cukup baik dan tidak ada SOP dalam proses entri klaim. Proses melengkapi berkas hingga persetujuan klaim berjalan dengan baik sesuai dengan aturan BPJS Kesehatan. Puskesmas dan BPJS Kesehatan sudah menjalankan tugas dengan sesuai dan tidak pernah

terlambat dalam pengiriman berkas maupun pencairan dana non kapitasi

## **2. SARAN**

### **A. Bagi Puskesmas**

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

### **B. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Peneliti berikutnya diharapkan dapat melakukan penelitian yang sama dengan diharapkan untuk mengkaji lebih banyak sumber maupun referensi yang terkait dengan klaim non kapitasi proses pembelajaran agar hasil penelitiannya dapat lebih baik dan lebih lengkap lagi.

### **C. Bagi BPJS Kesehatan**

Diharapkan agar BPJS Kesehatan dapat memberi alur yang lebih mudah untuk proses pencairan dana non kapitasi

Lubis, A. S., Sabrina, D., Ginting, N. G. B., Amini, S., & Gurning, F. P. (2022). *ANALISIS*

*PERKEMBANGAN FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA DAN FASILITAS KESEHATAN RUJUKAN TINGKAT LANJUTAN PADA TAHUN 2022. 1(9).*

Pardede, R., & Andipo, W. (t.t.-a). *ANALISIS PELAKSANAAN PROSEDUR KLAIM NON KAPITASI PUSKESMAS BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN KOTA PADANG.*

Pardede, R., & Andipo, W. (t.t.-b). *ANALISIS PELAKSANAAN PROSEDUR KLAIM NON KAPITASI PUSKESMAS BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN KOTA PADANG.*

Rijali, A. (2019). *ANALISIS DATA KUALITATIF. Alhadharah: Jurnal Ilmu Dakwah, 17(33), 81.*

<https://doi.org/10.18592/alhadharah.v17i33.2374>

Susanti, Y. (t.t.). *Analisis Sistem Dan Prosedur Penagihan Klaim Asuransi Kesehatan. 1(1).*

## **DAFTAR PUSTAKA**



*Widada et al. - 2017—Peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Ke.pdf. (t.t.).*

Wulansari, I. R., Suprayogi, A., & Nugraha, A. L. (2015). *Jurnal Geodesi Undip. 4.*

Al Aufa, B. (2018). ANALISIS FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP KETIDAKTEPATAN WAKTU PENGEMBALIAN BERKAS REKAM MEDIS RAWAT INAP DI RS X BOGOR. *Jurnal Vokasi Indonesia, 6(2).*

<https://doi.org/10.7454/jvi.v6i2.124>  
*Alur penelitian kualitatif.pdf. (t.t.).*

Kusniawan, H., & Seha, H. N. (2021a). *ANALISIS PENGAJUAN KLAIM BPJS KESEHATAN NON KAPITASI PUSKESMAS NANGGULAN KABUPATEN KULON PROGO. 01.*

Kusniawan, H., & Seha, H. N. (2021b). *ANALISIS PENGAJUAN KLAIM BPJS KESEHATAN NON KAPITASI PUSKESMAS NANGGULAN KABUPATEN KULON PROGO. 01.*

Kusniawan, H., & Seha, H. N. (2021c). *ANALISIS PENGAJUAN KLAIM BPJS KESEHATAN NON KAPITASI PUSKESMAS NANGGULAN KABUPATEN KULON PROGO. 01.*

Pardede, R., & Andipo, W. (t.t.). *ANALISIS PELAKSANAAN PROSEDUR KLAIM NON KAPITASI PUSKESMAS BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN KOTA PADANG.*

Rahmatiq, C., & Zaimi, S. (2022). *ANALISIS MANAJEMEN INPUT PELAKSANAAN PROSEDUR KLAIM NON KAPITASI PESERTA JKN-KIS. 13.*