

# Analisis kebijakan hubungan klinik provider BPJS Kesehatan dan Praktek Mandiri Bidan sebagai jejaring

Normasatwati Tarigan\*, Mangatas Silaen, Razoki, Chrismis Novalinda Ginting

Fakultas Kedokteran Universitas Prima Indonesia

\*Korespondensi: [norma.tarigan@gmail.com](mailto:norma.tarigan@gmail.com)

DOI: 10.1616/jpms.v2i1.974

© 2020 JPMS. All rights reserved

## Abstrak

Dalam UU No. 1 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, Bidan Praktik Mandiri harus tergabung dalam jejaring FKTP yang telah ditentukan oleh BPJS Kesehatan. Bidan Praktik Mandiri melakukan pengklaiman ke BPJS Kesehatan melalui FKTP setiap bulannya. Namun dana hasil klaim tersebut dikirimkan langsung ke Bidan Praktik Mandiri, dan setelah itu baru Bidan Praktik Mandiri membagi hasil pengklaiman kepada FKTP. Hasil survei pendahuluan pada Klinik Aviati dan Klinik Azizi menemukan bahwa kedua FKTP tersebut merasa kebijakan tersebut kurang efektif karena sebelumnya hasil klaim akan dibayarkan ke klinik pratama lalu disalurkan ke bidan yang tergabung sebagai jejaring. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana kebijakan hubungan Klinik Provider BPJS Kesehatan dan Praktek Mandiri Bidan sebagai jejaring Klinik Aviati dan Klinik Azizi. Desain studi penelitian ini adalah *cross-sectional* dengan metode pendekatan secara kualitatif. Sampel penelitian adalah Klinik Aviati dan Klinik Azizi Medan. Hasil penelitian menemukan bahwa prosedur administrasi pengklaiman yang dilakukan Klinik Provider BPJS Kesehatan dilakukan dengan menyiapkan berkas klaim (kwitansi asli bermaterai, formulir pengajuan klaim, rekapitulasi pelayanan, fotokopi identitas BPJS, partograf, bukti pelayanan yang ditandatangani fasilitas kesehatan) dianggap masih cukup rumit, pengajuan pengklaiman BPJS Kesehatan dilakukan oleh Klinik Provider BPJS Kesehatan, namun pencairan dana di berikan kepada Praktek Mandiri Bidan dan pencairan dana hasil pengklaiman membutuhkan waktu sangat lama dan tidak sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan No 71 tahun 2013. Peneliti menyarankan supaya kebijakan tata hubungan kerjasama dengan klinik provider dan Praktek Mandiri Bidan terlihat jelas dan adil oleh BPJS Kesehatan.

**Kata kunci:** Klaim persalinan, klinik pratama, bidan praktek mandiri

## Abstract

*In Law No. 1 of 2014 concerning the Implementation of Health Insurance, midwife must be incorporated in the primary health care network that has been determined by the BPJS Kesehatan. midwife claims the BPJS Kesehatan through primary health care every month. However, the funds resulting from the claim were sent directly to the midwife, and after that the midwife shared the results of claiming to primary health care. Preliminary survey results at Aviati Clinic and Azizi Clinic found that the two primary health cares felt the policy was less effective because previously the results of the claim would be paid to the clinic and then distributed to midwives who were incorporated as a network. This study aims to determine how the relationship policy BPJS Kesehatan's provider and midwife as a network of Aviati Clinics and Azizi Clinics. The study design of this study was cross-sectional with a qualitative approach. The research sample is Aviati Clinic and Medan Azizi Clinic. The results of the study found that the claim administration procedure by the BPJS Kesehatan's provider was carried out by preparing a claim file (original stamped receipt, claim submission form, service recapitulation, photocopy of insurance identity, partograph, proof of service signed by the health facility), which was considered still quite complicated, submission of claims BPJS Kesehatan is carried out by BPJS Kesehatan's provider, but the disbursement of funds is given to the midwife's practices and the disbursement of claim funds requires a very long time and is not in accordance with the regulations established by Ministry of Health Regulation No. 71 of 2013. Researchers suggest that the relationship policy cooperation with providers and the midwife's practice is clearly and fairly seen by BPJS Kesehatan.*

**Keywords:** Childbirth claims, clinics, midwives

## Pendahuluan

Pada era globalisasi ini pelayanan kesehatan terus berkembang dan bertambah maju seiring dengan berjalannya waktu. Dalam rangka mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi *World Health Association* (WHA) ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage* (UHC) bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).<sup>1</sup>

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) diselenggarakan dengan mekanisme asuransi sosial di mana setiap peserta wajib membayar iuran guna memberikan perlindungan terhadap peserta atau keluarganya. Dalam SJSN, terdapat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan bentuk komitmen pemerintah terhadap pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat Indonesia seluruhnya. Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menyatakan bahwa BPJS Kesehatan tidak dapat memberi pelayanan kesehatan secara langsung kepada peserta program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Oleh karena itu BPJS Kesehatan menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan (faskes) seperti Klinik dan Rumah Sakit.<sup>2</sup>

Kebijakan BPJS Kesehatan yang memutuskan kontrak kerjasama sejumlah faskes menjadi bahan pemberitaan. BPJS Kesehatan mencatat per 1 Januari 2019 sebanyak 19 Rumah Sakit dan 3 Klinik tidak diperpanjang kontraknya. Salah satu alasan pemutusan kerjasama itu karena faskes belum memenuhi persyaratan seperti akreditasi. Namun pemutusan kontrak kerjasama itu bakal tertunda karena Menteri Kesehatan telah menerbitkan 2 surat rekomendasi. Melalui surat tersebut Kementerian Kesehatan merekomendasikan kerjasama antara sejumlah faskes itu dengan BPJS Kesehatan tetap dilanjutkan.<sup>3</sup>

Pelayanan kesehatan bagi peserta yang dijamin oleh BPJS Kesehatan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, dan Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan, Pelayanan Kesehatan bagi peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis dimulai dari fasilitas tingkat pertama. Sebagaimana tercantum dalam Permenkes RI

No.71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.<sup>4</sup>

Berdasarkan panduan praktis pelayanan kebidanan dan neonatal BPJS Kesehatan Tahun 2004, JKN merupakan upaya untuk menjamin dan melindungi proses kehamilan, persalinan, pasca persalinan, penanganan pendarahan pasca keguguran dan pelayanan Keluarga Berencana (KB) pasca salin pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kebidanan dan neonatal dapat dimanfaatkan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terdiri dari Puskesmas, Klinik Pratama dan Dokter praktek perorangan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat melakukan klaim non kapitasi pada BPJS Kesehatan, untuk mengajukan klaim persalinan FKTP harus memasukkan data pelayanan dan identitas peserta dalam aplikasi *Primary Care* (PCare), dilanjutkan dengan mencetak Formulir Pengajuan Klaim (FPK), disertakan rekapitulasi pelayanan dan kuitansi. Klaim persalinan diajukan paling lambat tanggal 10 pada bulan berikutnya.<sup>5</sup>

Klinik Pratama membuat MOU (*Memo-randum Of Understanding*) dengan BPJS Kesehatan sebagai provider sesuai syarat yang telah ditentukan dan menyetujui kapitasi yang telah ditetapkan dari BPJS. Sedangkan Bidan Praktik Mandiri (BPM) dapat menjadi jejaring BPJS kesehatan melalui kerjasama dengan Klinik Pratama dan membuat MOU terhadap Klinik Pratama. Bidan Praktik Mandiri (BPM) boleh menjadi jejaring fasilitas kesehatan tingkat pertama lebih dari satu fasilitas kesehatan.

Proses pengklaiman non kapitasi yang dilalui FKTP untuk mendapatkan biaya klaim dari BPJS harus sesuai dengan ketentuan dan alur pengajuan klaim yaitu seperti klaim persalinan, rawat inap dan rujukan oleh fasilitas kesehatan tingkat I adalah berkas persalinan, rawat inap dan rujukan dari bidan praktek mandiri yang diserahkan ke FKTP yang telah bekerjasama dengan bidan tersebut sebelumnya, kemudian FKTP meneruskan klaim non kapitasi ke BPJS Kesehatan Setelah itu BPJS Kesehatan melakukan verifikasi berkas dan melakukan pembayaran klaim yang sudah diverifikasi dan pembayaran klaim dibayarkan ke Klinik Pratama BPJS Kesehatan yang memiliki jejaring Bidan Praktek Mandiri BPJS kesehatan langsung membayar klaim ke BPM

tanpa informasi Klinik Pratama.<sup>5</sup>

Hasil dari survei pendahuluan melalui wawancara dengan Klinik Pratama dalam hal ini yaitu Klinik Aviati dan Klinik Azizi sebagai *provider* BPJS Kesehatan dan jejaring terhadap Bidan Praktik Mandiri (BPM) menyatakan bahwa untuk menjadi Provider BPJS kesehatan sekarang sangat sulit dan dapat merugikan pihak klinik. Hal ini disebabkan karena Bidan Praktik Mandiri (BPM) yang melaksanakan jejaring terhadap Klinik Pratama melakukan pengklaiman melalui Klinik Pratama setiap bulannya, selanjutnya Klinik Pratama yang akan mengklaim langsung kepada BPJS Kesehatan. Namun pencairan dana yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan terhadap pengklaiman tersebut dikirimkan langsung ke Bidan Praktik Mandiri (BPM), setelah itu baru Bidan Praktik Mandiri (BPM) membagi hasil pengklaiman kepada Klinik Pratama. Permasalahan lainnya adalah terkadang Bidan Praktik Mandiri (BPM) lama memberikan pencairan dana tersebut kepada Klinik Pratama sehingga Klinik Pratama merasa rugi dan tidak adil terhadap kebijakan dari BPJS Kesehatan. Sebelumnya, pada tahun 2017 BPJS kesehatan langsung mengirimkan dana melalui Klinik Pratama. Namun mulai pada tahun 2018 terjadi perubahan di mana BPJS Kesehatan mengirimkan pencairan dana pengklaiman langsung ke Bidan Praktik Mandiri (BPM). Penelitian ini bertujuan menganalisis Kebijakan Hubungan Klinik Provider BPJS Kesehatan dan Praktek Mandiri Bidan Sebagai Jejaring Klinik Aviati dan Azizi di Medan.

### Metode Penelitian

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross-sectional* dengan pendekatan kualitatif. Penelitian dilaksanakan di Klinik Aviati dan Klinik Azizi Medan pada bulan November 2018. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh Klinik Provider BPJS kesehatan di Kota Medan. Sampel penelitian adalah petugas atau penanggung jawab Klinik Aviati dan Klinik Azizi Medan.

Penentuan informan penelitian menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Misalnya orang tersebut yang dianggap paling tahu tentang apa yang diharapkan, atau mungkin dia sebagai penguasa sehingga akan memudahkan peneliti men-

jelajahi obyek/situasi sosial yang diteliti.

Data primer diperoleh dengan wawancara mendalam untuk memperoleh data tentang jadwal pengklaiman, peraturan dan kebijakan dari BPJS, data Bidan Praktek Mandiri yang kerja sama, dan lain-lain. Wawancara mendalam dilakukan terhadap dua klinik yang telah menjadi klinik provider BPJS kesehatan yaitu Klinik Aviati Medan dan Klinik Azizi Medan dan telah menjangkau hubungan dengan Bidan Praktik Mandiri. Sedangkan data sekunder diperoleh dari laporan-laporan, catatan atau dokumen, rekam medis dari Klinik Aviati dan Klinik Azizi Medan. Untuk menjaga validitas data yang didapat dari wawancara mendalam, maka dalam penelitian ini dilakukan metode triangulasi yang berupa triangulasi metode yaitu dengan membandingkan data dari hasil pengamatan kegiatan yang diteliti dengan hasil wawancara dari informan dan isi dokumen yang berhubungan dengan penelitian ini. Selanjutnya dilakukan triangulasi sumber yaitu dengan membandingkan data dan hasil wawancara dengan berbagai informan.

### Hasil dan Pembahasan

Penelitian ini dimaksudkan menggali informasi secara mendalam mengenai kebijakan hubungan antara klinik provider BPJS kesehatan dengan praktik mandiri bidan sebagai jejaring BPJS kesehatan. Wawancara dilakukan dengan informan kunci (Klinik Aviati Medan dan Klinik Azizi Medan) dan informan pendukung (Bidan Praktik Mandiri). Berdasarkan kerangka pemikiran yang peneliti gunakan, maka wawancara dalam penelitian ini diarahkan ke dalam 2 variabel yaitu klinik provider BPJS kesehatan dan BPJS kesehatan, serta variabel dependen yaitu bidan praktik mandiri (BPM).

Klinik provider BPJS Kesehatan merupakan klinik yang telah membuat MOU (Memorandum Of Understanding) kepada BPJS kesehatan terhadap penjaminan pasien yang menggunakan BPJS Kesehatan dan telah dilayani di klinik tersebut. Hasil tanggapan dari dua Klinik Provider BPJS Kesehatan ini diperoleh dari informan dengan mengacu pada hasil analisis *gap*.

Berdasarkan hasil wawancara di klinik Aviati Medan, informan mengatakan bahwa Klinik Aviati telah bergabung menjadi Provider

BPJS Kesehatan sejak tahun 2014 sampai saat ini. Klinik Aviati melayani pasien sesuai dengan kebutuhan pasien dan memberikan fasilitas yang aman dan nyaman terhadap pasien demi kenyamanan dan mempercepat pemulihan pasien. Klinik Aviati juga telah menyediakan tenaga medis yang profesional seperti dokter umum, dokter gigi dan perawat yang sudah terlatih.

*“...klinik Aviati telah bekerjasama dengan BPJS kesehatan sejak awal tahun 2014 dan sejak itu klinik Aviati melayani pasien BPJS kesehatan sesuai dengan keluhannya.”*

*“...klinik Aviati telah bekerjasama juga dengan beberapa bidan praktik mandiri.”*

Selain memberikan fasilitas dan pelayanan yang bagus kepada pasien, Klinik Aviati juga telah membuat program kesehatan seperti dokter rumah tangga, melayanani konsultan psikologis dan lain sebagainya. Dengan adanya program-program baru ini, pasien semakin termotivasi dalam melakukan pemeriksaan kesehatan.

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan terhadap informan, ditemukan hasil bahwa menjadi provider BPJS Kesehatan sangat rumit khususnya dalam masalah pengklaiman. Pengklaiman harus dilakukan dengan teliti terutama dalam pengisian data pasien yang telah dilayani, misalnya pasien ibu melahirkan harus diisikan partograf dengan baik dan benar, dan harus dilaksanakan bersamaan sesuai dengan fase melahirkan. Setiap kejadian dalam proses persalinan harus tercatat jelas dalam patograf.

*“...proses pengklaiman ke BPJS kesehatan sama dengan klinik provider yang lainnya, paling maksimal tanggal 10 awal bulan sudah mengirimkan berkas-berkas yg berkaitan dengan pengklaiman ke BPJS Kesehatan.”*

*“BPM yang telah kerjasama dengan klinik Aviati melakukan pengklaiman ke BPJS kesehatan melalui klinik Aviati, di mana setiap awal bulan paling lama tanggal 5 sudah memberikan berkas pengklaiman kepada klinik Aviati dan setelah itu klinik*

*Aviati yang akan mengirimkan berkasnya ke BPJS Kesehatan.”*

Penelitian Kartini (2013) menemukan bahwa partograf harus menggambarkan persalinan terjadi secara normal. Hal ini mendorong bidan untuk membuat partograf tidak setiap habis pemeriksaan untuk memantau kemajuan persalinan. Pada kenyataannya sering kali kala I fase aktif berjalan dengan tidak sebagaimana mestinya, hal ini disebabkan berbagai faktor seperti kelelahan dari ibu, pembukaan serviks yang lambat namun tiba-tiba pembukaan serviks lengkap.<sup>6</sup>

Selain banyaknya persyaratan dalam proses pengklaiman, ditemukan juga hasil bahwa pencairan hasil pengklaiman membutuhkan waktu cukup lama untuk sampai ke klinik provider BPJS Kesehatan. Ini berhubungan dengan perubahan prosedur pengiriman dana tidak langsung ke klinik provider BPJS Kesehatan namun langsung diberikan kepada praktek mandiri bidan. Dengan adanya prosedur tersebut yang di mulai pada tahun 2018 yang lalu, maka klinik provider BPJS Kesehatan mengalami kendala dalam segi dana.

*“Pencairan dana pengklaiman awalnya tidak begitu lama langsung diberikan kepada klinik Aviati baru klinik Aviati membagikan hasil pencairan dana kepada BPM yang telah bekerjasama dengan klinik Aviati. Namun pada awal tahun 2018 terjadi perubahan, di mana hasil pencairan lama baru diberikan kepada klinik karena dana dari BPJS kesehatan langsung ke BPM dikirimkan dan BPM tidak langsung memberikan ke klinik provider setelah menerimanya.”*

*“...kendala yang klinik Aviati alami salah satunya adalah belum adanya kebijakan dari pihak BPJS kesehatan khususnya dalam pengklaiman dan pengiriman dana hasil pengklaiman, karena klinik provider lah melakukan pengklaiman. Seharusnya dana pengklaiman dikirim ke klinik provider bukan ke BPM.”*

Penelitian Mayona (2014) mengenai persepsi tentang prosedur klaim, hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang

menyatakan mudah 8 orang (13,3%), dan sulit 52 orang (86,7%). Sebagian besar responden menyatakan prosedur administrasi mempengaruhi kemauan bidan untuk mengikuti program.<sup>7</sup>

Klinik Azizi telah lama menjadi provider BPJS Kesehatan dan melakukan pelayanan kesehatan terhadap pasien BPJS Kesehatan, baik pelayanan di Klinik maupun rujukan ke Faskes yang lebih tinggi lagi. Klinik Azizi tidak hanya melakukan pelayanan terhadap ibu dan anak, namun memberikan pelayanan atau pengobatan bagi masyarakat baik yang menggunakan jaminan BPJS Kesehatan maupun biaya pribadi.

*"...klinik Azizi sudah bekerjasama dengan BPJS kesehatan selama 4 tahun sejak tahun 2015 dan sudah melayani pasien BPJS kesehatan sejak MOU diterbitkan."*

Klinik Azizi juga memiliki beberapa jejaring Bidan Praktek Mandiri dan telah melakukan kerjasama dalam pelayanan khususnya penjaminan BPJS Kesehatan.

*"Ya, klinik Azizi telah kerjasama dan membuat jejaring terhadap beberapa bidan praktik mandiri, salah satunya adalah klinik Nauli."*

Setiap bulannya bidan praktek mandiri melakukan pengklaiman melalui Klinik Azizi, kemudian Klinik Azizi melakukan pengklaiman ke BPJS Kesehatan paling lama tanggal 10 setiap awal bulan.

Namun demikian, berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap informan ditemukan bahwa pengklaiman yang dilakukan klinik tidak langsung memperoleh dana hasil klaim, tapi BPJS Kesehatan langsung memberikannya ke Bidan Praktek Mandiri, dan waktu pengiriman dana pun termasuk lama setelah pengklaiman.

*"pencairan dana hasil pengklaiman klinik provider tergantung pada lama proses dari tim verifikator dalam menyelesaikan verifikasinya."*

*"kendalanya adalah keterlambatan penerimaan dana hasil pengklaiman dari BPJS. Dan satu tahu terakhir ini semakin lama*

*kami menerima hasil pengklaiman berhubung pihak BPJS kesehatan mengirimkan dana langsung ke BPM dan pihak BPM tidak langsung memberikan bagian untuk klinik providernya."*

Hal ini tentu tidak sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 di mana pihak BPJS paling lama 15 hari kerja harus memberikan pembayaran klaim setelah dokumen diterima lengkap.

### Kesimpulan

1. Prosedur administrasi pengklaiman yang dilakukan Klinik Provider BPJS Kesehatan harus dilakukan berupa menyiapkan berkas klaim (kwitansi asli bermaterai, formulir pengajuan klaim, rekapitulasi pelayanan, fotokopi identitas BPJS, partograf, bukti pelayanan yang ditandatangani faskes) dianggap masih cukup rumit. Hal ini diakibatkan oleh banyaknya berkas klaim yang harus dilengkapi oleh bidan.
2. Pengajuan pengklaiman BPJS Kesehatan dilakukan oleh Klinik Provider BPJS Kesehatan, namun pencairan dana diberikan kepada Praktek Mandiri Bidan.
3. Pencairan dana hasil pengklaiman membutuhkan waktu sangat lama dan tidak sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013.

### Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta. 2014.
2. Pemerintah Republik Indonesia. Undang Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Nasional. Jakarta. 2004.
3. Mahendra KAP. Tinjauan Yuridis Hubungan Kerjasama Antara Pihak BPJS Kesehatan Dengan Klinik dr. Maria. Fakultas Hukum Universitas Muhammadiyah Surakarta. 2019.
4. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2015. Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta. 2015.

5. BPJS Kesehatan. Panduan Praktis. Pelayanan Kebidanan dan Neonatal. Jakarta. 2014.
6. Kartini F. Pengisian Partograf di Bidan Praktik Swasta. Media Ilmu Kesehatan. 2(1):10-15. 2013.
7. Mayona H, Nasution SK, Rusmalawaty. Pengaruh Persepsi Bidan Praktek Swasta Tentang Program Jampersal Terhadap Kemauan Bidan Menjadi Provider Program Jampersal di Kota Binjai. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. 2012.