

**ANALISIS SISTEM PENGIKATAN POLIS,
PENERIMAAN PEMBAYARAN PREMI DAN
KLAIM DALAM UPAYA MENINGKATKAN
PENGENDALIAN *INTERN***

**(STUDI PADA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KESEHATAN KANTOR KABUPATEN/KOTA BLORA)**

SKRIPSI

**Diajukan untuk Menempuh Ujian Sarjana
pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya**

**DWI NUR INTAN SARI
NIM. 145030201111144**



**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ILMU ADMINISTRASI BISNIS
KONSENTRASI MANAJEMEN KEUANGAN
MALANG
2018**

MOTTO

**"HAL YANG PALING BERAT ADALAH MEMERANGI
PIKIRAN KITA SENDIRI"**

**"BERFIKIRLAH POSITIF MAKA ALAM AKAN MENDUKUNG
APA YANG SEDANG KAMU PIKIRKAN"**



TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul : Analisis Sistem Pengikatan Polis, Penerimaan Pembayaran
Premi dan Klaim dalam Upaya Peningkatan Pengendalian
Intern (Studi pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora)

Disusun oleh : Dwi Nur Intan Sari

NIM : 145030201111144

Fakultas : Ilmu Administrasi

Program Studi : Ilmu Administrasi Bisnis

Konsentrasi/Minat : Keuangan

Malang, 22 Maret 2018

Dosen Pembimbing



Dr. Drs. Moch. Dzulkirom AR
NIP. 19531122198201001

TANDA PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan majelis penguji skripsi, Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, pada:

Hari : Senin

Tanggal : 23 April 2018

Jam : 09:30

Skripsi atas nama: Dwi Nur Intan Sari

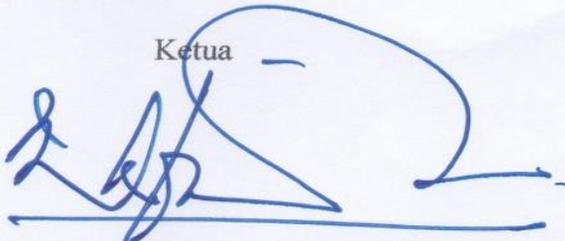
Judul : Analisis Sistem Pengikatan Polis, Penerimaan Pembayaran Premi dan Klaim dalam Upaya Peningkatan Pengendalian Intern (Studi pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora)

dan dinyatakan

LULUS

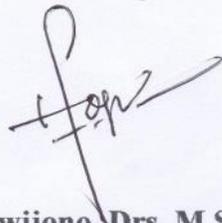
MAJELIS PENGUJI

Ketua



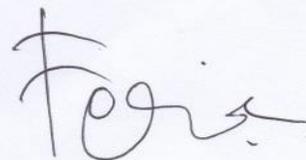
Dr. Drs. Moch. Dzulkirom AR
NIP. 19531122198201001

Anggota



Topowijono, Drs. M.Si.
NIP. 195307041982121001

Anggota



Ferina Nurlaily, SE, MAB., MBA.
NIP. 198802052015042002

PERNYATAAN ORISIONALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah skripsi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh pihak lain untuk mendapatkan karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebut dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU) No 20 Tahun 2003, Pasal 25 ayat 2 dan pasal 70).

Malang, 22 Maret 2018



Dwi Nur Intan Sari
NIM. 145030201111144

CURRICULUM VITAE**DATA PRIBADI**

Nama Lengkap : Dwi Nur Intan Sari
 Tempat/Tanggal Lahir : Blora, 10 Mei 1996
 Agama : Islam
 Status Perkawinan : Belum Menikah
 Pendidikan Terakhir : SI Administrasi Bisnis
 Mobile Phone : 085726637319
 Email : dwinurintan145@gmail.com
 Alamat : Jl. Cendana 18 RT/RW:03/01
 Beran. Blora-Jawa Tengah
 Kode Pos : 58216

PENDIDIKAN FORMAL

2001-2002 : TK Trisula Blora
 2002-2008 : SD Negri Jetis II Blora
 2008-2011 : SMP Negri 2 Blora
 2011-2014 : SMA Negri 1 Tunjungan
 2014-2018 : S1 Universitas Brawijaya

PENGALAMAN ORGANISASI

2015 : Staff Advokesma EM Universitas Brawijaya
 2016 : 1. Staff Ekonomi EM Universitas Brawijaya
 2. Staff Keuangan BEM Universitas Brawijaya

PENGALAMAN MAGANG

2017 : 1. Bagian Keuangan di PT Pertamina (Persero)
 2. Asuransi Jiwa Bumiputera (AJBB) 1912

KEMAMPUAN

Bahasa : Bahasa Indonesia, Bahasa Inggris (*Medium*)
 Komputer : Ms. Word, Ms. Excel, Ms. Powerpoint

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan karunia-NYA peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Analisis Sistem dan Prosedur Pengikatan Polis, Penerimaan Pembayaran Premi dan Klaim dalam Upaya Peningkatan Pengendalian *Intern* (Studi pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora)”**.

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar Sarjana Ilmu Administrasi Bisnis pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, Malang.

Peneliti menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Bapak Prof. Dr. Bambang Supriyono M.S selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
2. Bapak Dr. Drs. Mochammad Al Musadieg, MBA selaku Ketua Jurusan Administrasi Bisnis Fakultas Ilmu Administrasi.
3. Bapak Mohammad Iqbal S.Sos, M.IB, DBA selaku Sekretaris Jurusan Administrasi Bisnis Universitas Brawijaya.
4. Ibu Nila Firdauzi Nuzula, Ph.D selaku Ketua Program Studi Administrasi Bisnis Jurusan Administrasi Bisnis Fakultas Ilmu Administrasi.

5. Bapak Dr. Drs. Moch. Dzulkirom AR selaku Ketua Komisi Pembimbing Skripsi yang telah berkenan memberikan waktu, arahan dan bimbingan hingga terselesainya skripsi ini dengan penuh kesabaran.
6. Bapak Ibu dosen Jurusan Administrasi Bisnis atas ilmu dan nasehatnya yang telah diberikan kepada peneliti selama perkuliahan semoga dapat bermanfaat di masa depan.
7. Seluruh karyawan di BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blera diantaranya Kepala Kantor Layanan Operasional Bu Dita, Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan Pak Prastyo dan Bu Yanti, Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta Pak Rian dan Bu Isma serta Verifikator Penjaminan Manfaat Bu Anjar dan Bu Fatim yang telah memberikan banyak informasi terkait data yang saya butuhkan. Bagian SDM Kantor Cabang Pati Mbak Liza yang membantu saya di awal pengajuan penelitian hingga sampai ke Kantor Wilayah Jateng dan DIY dan tak lupa juga Bu Tria dari Kantor Pusat Jakarta yang memberikan bantuan pengarahan dalam melakukan penelitian.
8. Ibu saya Siti Imro'atin dan saudara perempuan saya Widya Oktarina Wijayanti yang saya cintai, mereka selalu memberikan dukungan motivasi dan doa kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
9. Teman-teman Fakultas Ilmu Administrasi angkatan 2014 yang telah banyak membantu peneliti dalam menyusun skripsi ini khususnya bagi Reyna Thohiroh Ibrahim, Zahra Revina Devi, Lainil Tul'Aimi, Nawang Wulan, Kon'ia Meta Alfiah, Saiful Anam, Karim Indra Admaja, Fachrizal Yusha

Akbar, Gregorius Adikawa Bimantara, Yossi Ahsanul Khuluq, dan Fransiskus Indra.

10. Keluarga Perumahan Istana Gajayana Noor Alvi Laili, Kiki Tazkiya Amira, Mutmainah, Siti Lukmana dan Annisa Dian.
11. Teman-teman dari Blera diantaranya Misda Dewi Utari, Aditya Irvan Prabowo, Faishol Aziz, Ade Clariano, Ishac Taufan Putra Nasrani, dan Dian Umar Rahmat.
12. Keluarga tercintaku di organisasi Eksekutif Mahasiswa Kementerian Advokesma dan Ekonomi, serta Badan Eksekutif Mahasiswa Kementerian Keuangan.
13. Semua pihak yang tidak mungkin peneliti sebutkan satu per satu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Demi kesempurnaan skripsi ini, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat peneliti harapkan. Semoga karya skripsi ini bisa bermanfaat dan dapat memberikan pengetahuan lebih jauh bagi pihak yang membutuhkan.

Malang, 23 Maret 2018

Peneliti

RINGKASAN

Dwi Nur Intan Sari, 2018. **Analisis Sistem Pengikatan Polis, Penerimaan Pembayaran Premi dan Klaim dalam Upaya Meningkatkan Pengendalian *Intern* (Studi pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora)**. Ketua Komisi Pembimbing : Dr. Drs. Moch. Dzulkirom AR. 137 hal + xviii

Asuransi merupakan sektor jasa keuangan yang mempengaruhi pertumbuhan ekonomi dan pembangunan nasional tetapi kesadaran masyarakat Indonesia mengenai asuransi masih rendah. Sistem pada asuransi perlu dioptimalkan supaya target Pemerintah dapat tercapai untuk merealisasikan terdaftarnya seluruh warga Indonesia menjadi peserta BPJS Kesehatan. Aktifitas pengikatan polis, penerimaan kas dari premi dan pengeluaran kas dari klaim di dalam suatu perusahaan perlu dilakukan pengendalian *intern* yang berfungsi sebagai perbaikan operasional sistem yang telah diterapkan dan mengontrol keadaan di suatu perusahaan supaya dapat berjalan lancar dan tidak terjadi kesalahan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan klaim dalam upaya meningkatkan pengendalian *intern* yang diterapkan BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora yang mendukung peningkatan pengendalian *intern* yang baik.

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Fokus pada penelitian ini adalah menganalisis sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan klaim pada BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora serta menganalisis aspek-aspek yang dapat meningkatkan pengendalian *intern* pada BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora.

Hasil dari analisis data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora dapat diketahui bahwa sistem yang diterapkan dalam pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan klaim cukup baik, hal itu dapat dilihat dari: sebagian besar sistem telah dilakukan secara terkomputerisasi sehingga meminimalisir dokumen yang tercetak, adanya pemisahan tugas yang baik, sistem otorisasi yang tepat, pemeriksaan pekerjaan oleh Satuan Pengawas *Intern* (SPI). Namun masih terdapat beberapa kelemahan baik dalam sistem maupun pengendalian *intern* antara lain: pengikatan polis pada peserta mandiri yang belum tertib dalam penerapan *autodebit*, pembagian kinerja belum optimal karena ada 1 fungsi yang kosong, otorisasi online yang dapat dilakukan oleh fungsi lain sehingga kurang terkontrol, folmulir yang tidak memuat nomor urut, audit tidak dilakukan secara mendadak dan ketidakwajiban pengambilan cuti.

Kata Kunci: Sistem, Pengikatan Polis, Premi, Klaim dan Pengendalian *Intern*

SUMMARY

Dwi Nur Intan Sari, 2018. **Analysis of Policy Binding System, Receipt of Premium Payment and Claims in Efforts to Improve Internal Control (Study at Social Health Insurance Implementing Institution of Blora City Office)**. Chair of Supervising Commission: Dr. Drs. Moch. Dzulkirom AR. 137 hal + xviii

Insurance is a financial services sector that affects economic growth and national development but the awareness of the Indonesian citizen about insurance are still low. The system on insurance needs to be optimized so the Government's target can be achieved to realize the enrollment of all Indonesian citizens into BPJS Health participants. The activities of binding policy, cash receipts from premiums and cash disbursements from claims within a company need to carried out internal controls that serve as improvements to operational systems that have been applied and control the situation in a company in order to work well and cut the errors.

The purpose of this research are to know and the system of binding policy, the acceptance of premium payment and claim in order to improve internal control applied by BPJS Health Office of Regency/City of Blora that support the improvement of good internal control.

The type of research used in this research is descriptive with qualitative approach. The focus of this research are to analyze the system of binding policy, the acceptance of premium payment and claims at BPJS Health Office of Blora City and to analyze the aspects that can improve internal control at BPJS Health Office of Blora City.

The results of data analysis obtained from BPJS Health Office Blora City can be seen that the system applied in the binding policy, the acceptance of premium payments and claims quite well, it can be seen from: most of the system has been done computerized so as to minimize printed documents , good separation of duties, proper authorization system, job inspection by Internal Control Unit (SPI). But there are still some weaknesses in both system and internal control, among others: binding of the policy to independent participants who have not been orderly in the application of autodebit, the division of performance is not optimal because there is 1 function empty, online authorization that can be done by other functions so less controlled, which does not contain the serial number, the audit is not done in a sudden and the inability to take leave.

Keywords: System, Binding Policy, Premiums, Claims and Internal Control

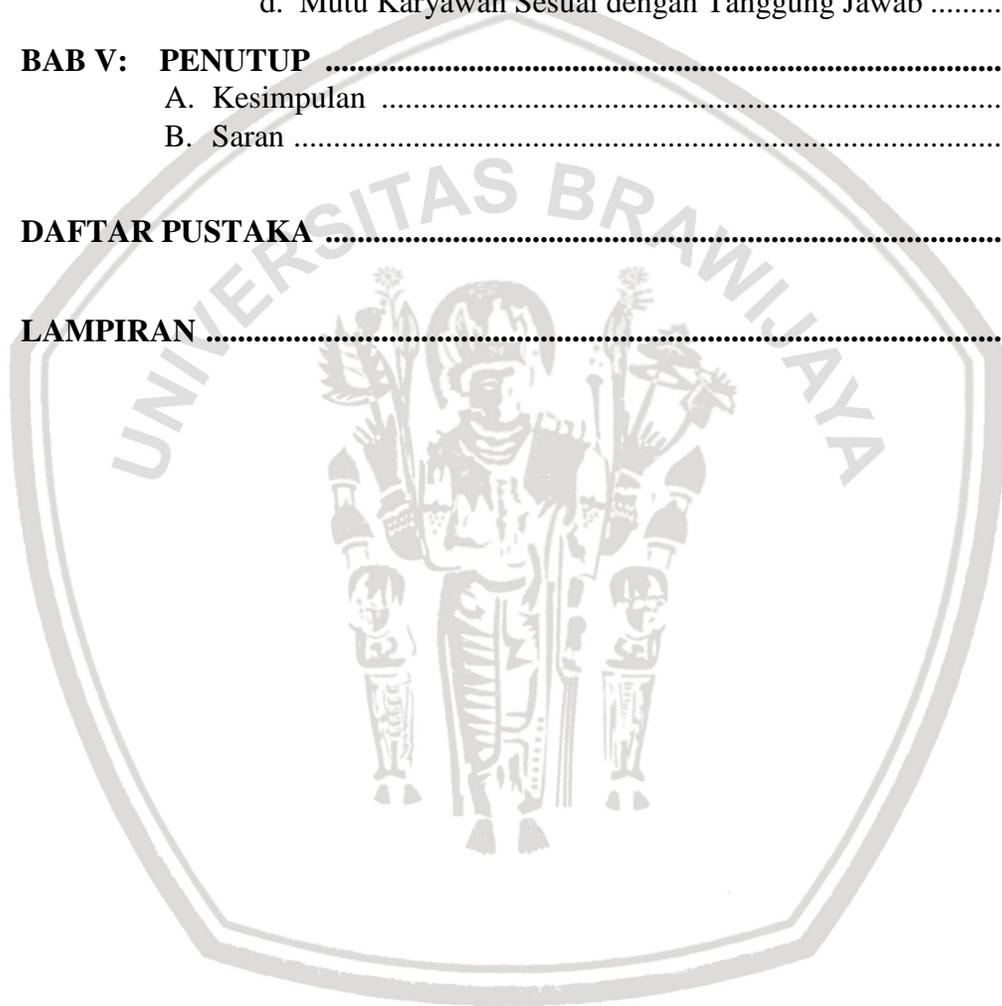
DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|-----------|
| COVER | i |
| MOTTO | ii |
| TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI | iii |
| TANDA PENGESAHAN SKRIPSI | iv |
| PERNYATAAN ORISINAL SKRIPSI | v |
| RINGKASAN | vi |
| SUMMARY | vii |
| KATA PENGANTAR | viii |
| DAFTAR ISI | xi |
| DAFTAR TABEL | xv |
| DAFTAR GAMBAR | xvi |
| LAMPIRAN..... | xvii |
| | |
| BAB I: PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 6 |
| C. Tujuan Penelitian | 6 |
| D. Kontribusi Penelitian | 7 |
| E. Sistematika Pembahasan | 8 |
| | |
| BAB II: TINJAUAN PUSTAKA | 11 |
| A. Sistem Akuntansi | 11 |
| 1. Pengertian Sistem Akuntansi | 11 |
| 2. Unsur-Unsur dari Sistem Akuntansi | 12 |
| 3. Faktor-Faktor yang Perlu Dipertimbangkan dalam Penyusunan Sistem Akuntansi | 13 |
| 4. Tujuan Pengembangan Sistem Akuntansi..... | 14 |
| B. Sistem Informasi Akuntansi (SIA)..... | 15 |
| 1. Pengertian Sistem Informasi Akuntansi (SIA)..... | 15 |
| 2. Tujuan Sistem Informasi Akuntansi (SIA) | 16 |
| C. Konsep Asuransi | 17 |
| 1. Pengertian Asuransi | 17 |
| 2. Jenis Produk Asuransi | 18 |
| 3. Pengertian BPJS | 19 |
| 4. Jenis BPJS | 19 |
| 5. Syarat Risiko yang dapat Diasuransikan..... | 21 |
| D. Pengikatan Polis | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 1. Pengertian Polis..... | 23 |
| E. Sistem Akuntansi Penerimaan Kas atas Pembayaran Premi..... | 24 |
| 1. Pengertian Premi Asuransi..... | 24 |
| 2. Pengertian Sistem Akuntansi Penerimaan Kas dari Piutang..... | 24 |
| 3. Dokumen yang Digunakan..... | 25 |
| 4. Fungsi yang Terkait..... | 27 |
| 5. Unsur Pengendalian <i>Intrn</i> Sistem Akuntansi Penerimaan Kas atas Piutang | 28 |
| F. Sistem Akuntansi Pengeluaran Kas atas Pembayaran Klaim..... | 30 |
| 1. Pengertian Klaim..... | 30 |
| 2. Dokumen yang Digunakan..... | 30 |
| 3. Catatan Akuntansi yang Digunakan..... | 31 |
| 4. Fungsi yang Terkait..... | 32 |
| 5. Jaringan Prosedur yang Membentuk Sistem | 33 |
| 6. Unsur Pengendalian <i>Intern</i> dalam Sistem Akuntansi Pengeluaran Kas..... | 34 |
| 7. Bagán Alir (<i>Flowchart</i>) Klaim Asuransi..... | 37 |
| G. Sistem Pengendalian <i>Intern</i> | 38 |
| 1. Pengertian Pengendalian <i>Intern</i> | 38 |
| 2. Tujuan Pengendalian <i>Intern</i> | 39 |
| 3. Unsur-Unsur Pengendalian <i>Intern</i> | 40 |
| 4. Pengawas Tambahan dalam Sistem Pengendalian <i>Intern</i> | 42 |
| BAB III: METODE PENELITIAN | 44 |
| A. Jenis Penelitian | 44 |
| B. Fokus Penelitian | 45 |
| C. Lokasi Penelitian | 46 |
| D. Sumber Data..... | 46 |
| E. Teknik Pengumpulan Data..... | 48 |
| F. Instrumen Penelitian..... | 49 |
| G. Analisis Data | 50 |
| H. Keabsahan/Validitas Data | 54 |
| BAB IV: HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | 58 |
| A. Gambaran Umum Perusahaan..... | 58 |
| 1. Sejarah Singkat Perusahaan..... | 58 |
| 2. Profil Perusahaan..... | 61 |
| a. Logo BPJS Kesehatan | 61 |
| b. Sasaran BPJS Kesehatan | 62 |
| c. Visi dan Misi | 62 |
| 3. Tata Nilai Organisasi..... | 63 |
| 4. Tenaga Kerja | 65 |

| | |
|--|-----|
| 5. Produk yang Ditawarkan | 66 |
| B. Penyajian Data | 67 |
| 1. Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora | 67 |
| 2. <i>Job Description</i> | 70 |
| 3. Sistem Pengikatan Polis BPJS Kesehatan..... | 84 |
| a. Prosedur Sistem Akuntansi yang Terkait Sistem Pengikatan Polis | 84 |
| b. Bagan Alir yang Digunakan pada Sistem Pengikatan Polis | 87 |
| c. Fungsi yang Terkait pada Sistem Pengikatan Polis..... | 89 |
| d. Folmulir dan Berkas yang Digunakan pada Sistem Pengikatan Polis | 91 |
| 4. Sistem Penerimaan Pembayaran Premi BPJS Kesehatan | 94 |
| a. Prosedur Sistem Akuntansi yang Terkait Sistem Penerimaan Pembayaran Premi | 94 |
| b. Bagan Alir yang Digunakan pada Sistem Penerimaan Pembayaran Premi | 95 |
| c. Fungsi yang Terkait pada Sistem Penerimaan Pembayaran Premi | 96 |
| d. Folmulir dan Berkas yang Digunakan pada Sistem Penerimaan Pembayaran Premi | 97 |
| 5. Sistem Pengeluaran Kas atas Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan.. | 98 |
| a. Prosedur Sistem Akuntansi yang Terkait Sistem Pembayaran Klaim..... | 98 |
| b. Bagan Alir yang Digunakan pada Sistem Pengeluaran Kas atas Pembayaran Klaim..... | 100 |
| c. Fungsi yang Terkait pada Sistem Pembayaran Klaim..... | 103 |
| d. Folmulir dan Berkas yang Digunakan pada Sistem Pembayaran Klaim..... | 105 |
| 6. Sistem Pengendalian <i>Intern</i> pada Pengikatan Polis, Penerimaan Pembayaran Premi dan Klaim di BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora..... | 107 |
| a. Struktur Organisasi yang Memisahkan Tanggung Jawab Fungsional Secara Tegas | 107 |
| b. Sistem Wewenang dan Prosedur Pencatatan..... | 109 |
| c. Praktik Sehat dalam Pelaksanaan Tugas dan Fungsi dari Setiap Unit Organisasi | 111 |
| d. Mutu Karyawan Sesuai dengan Tanggung Jawab..... | 113 |
| C. Analisis dan Interpretasi Data | 113 |
| 1. Analisis Terhadap Sistem Pengikatan Polis..... | 113 |
| a. Pengikatan Polis BPJS Kesehatan | 114 |
| b. Sistem Penerimaan Pembayaran Premi BPJS Kesehatan..... | 116 |

| | |
|---|------------|
| c. Sistem Pengeluaran Kas atas Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan..... | 118 |
| 2. Sistem Pengendalian <i>Intern</i> pada Pengikatan Polis, Penerimaan Pembayaran Premi dan Klaim..... | 120 |
| a. Analisis Terhadap Struktur Organisasi yang Memisahkan Tanggung Jawab Fungsional Secara Tegas | 120 |
| b. Analisis Terhadap Sistem Wewenang dan Prosedur Pencatatan..... | 124 |
| c. Analisis Terhadap Praktik Sehat dalam Pelaksanaan Tugas dan Fungsi dari Setiap Unit Organisasi | 126 |
| d. Mutu Karyawan Sesuai dengan Tanggung Jawab | 130 |
| BAB V: PENUTUP | 133 |
| A. Kesimpulan | 133 |
| B. Saran | 135 |
| DAFTAR PUSTAKA | 138 |
| LAMPIRAN | 143 |



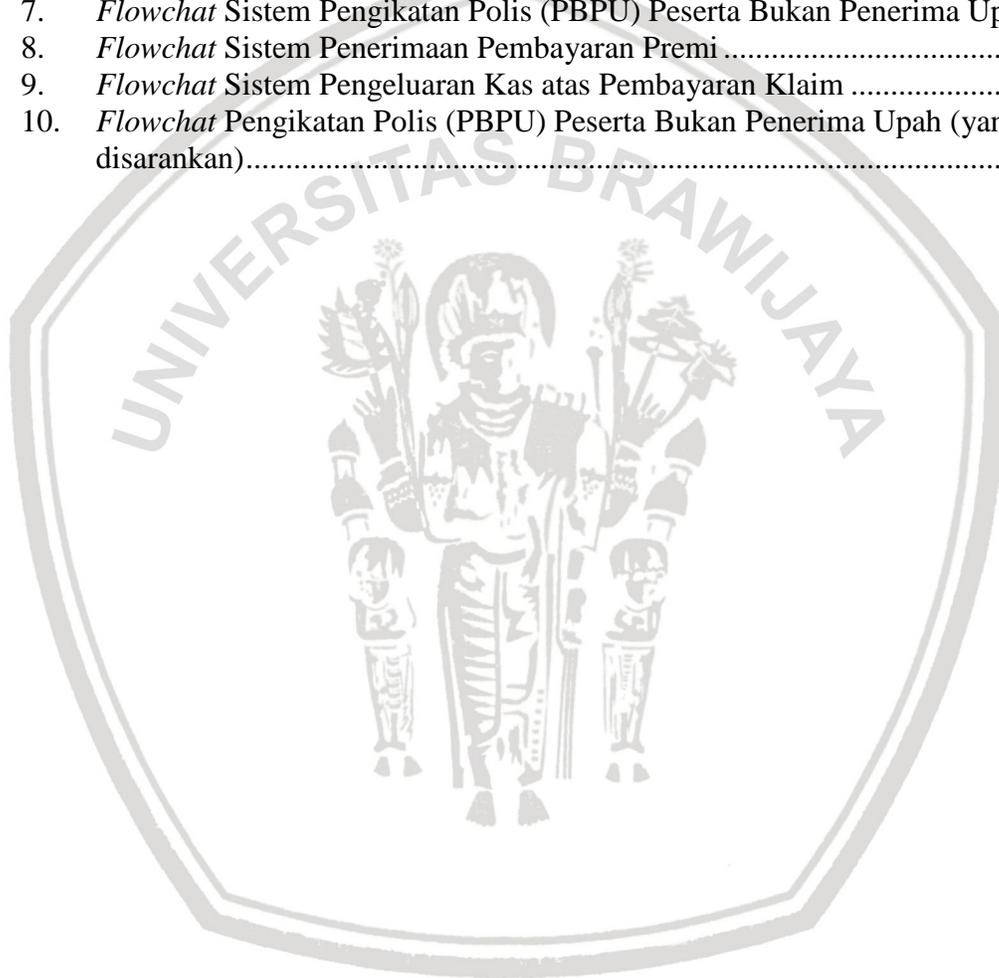
DAFTAR TABEL

| No | Judul | Halaman |
|----|---|---------|
| 1. | Tenaga Kerja Berdasarkan Jabatan di BPJS Kesehatan..... | 65 |
| 2. | Jam Kerja di BPJS Kesehatan..... | 66 |



DAFTAR GAMBAR

| No | Judul | Halaman |
|-----------|--|----------------|
| 1. | Bagan Alir (<i>Flowchart</i>) Klaim Asuransi | 37 |
| 2. | Komponen dalam Analisis Data (<i>Interactive model</i>) | 51 |
| 3. | Triangulasi Sumber Data | 55 |
| 4. | Logo BPJS Kesehatan..... | 61 |
| 5. | Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora..... | 69 |
| 6. | <i>Flowchat</i> Sistem Pengikatan Polis (PPU) Peserta Penerima Upah | 87 |
| 7. | <i>Flowchat</i> Sistem Pengikatan Polis (PBPU) Peserta Bukan Penerima Upah | 88 |
| 8. | <i>Flowchat</i> Sistem Penerimaan Pembayaran Premi | 95 |
| 9. | <i>Flowchat</i> Sistem Pengeluaran Kas atas Pembayaran Klaim | 100 |
| 10. | <i>Flowchat</i> Pengikatan Polis (PBPU) Peserta Bukan Penerima Upah (yang disarankan)..... | 115 |



LAMPIRAN

| No | Judul | Halaman |
|-----|---|---------|
| 1. | Aplikasi Administrasi Kepesertaan BPJS Kesehatan | 143 |
| 2. | Aplikasi Pemasaran Kantor Cabang BPJS Kesehatan | 144 |
| 3. | Aplikasi Keuangan Kantor Cabang BPJS Kesehatan | 145 |
| 4. | Aplikasi Elektronik Data Badan Usaha..... | 146 |
| 5. | Aplikasi <i>Primary Care</i> di Fasilitas Kesehatan Pertama..... | 147 |
| 6. | Aplikasi V-Klaim di Fasilitas Kesehatan Lanjutan..... | 148 |
| 7. | Aplikasi <i>Primary Care</i> di BPJS Kesehatan | 149 |
| 8. | Aplikasi E-Klaim di Fasilitas Kesehatan Pertama | 150 |
| 9. | Aplikasi Vedika (Verifikasi Digital)..... | 151 |
| 10. | Form Registrasi Badan Usaha | 152 |
| 11. | Dokumen Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP) | 153 |
| 12. | Dokumen Tanda Daftar Perusahaan (TDP) | 154 |
| 13. | Dokumen Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)..... | 155 |
| 14. | Daftar Gaji Karyawan | 156 |
| 15. | Lembar Konfirmasi Karyawan..... | 157 |
| 16. | Dokumen Nomor <i>Virtual Account</i> | 158 |
| 17. | Syarat Pekerja Penerima Upah/Badan Usaha | 159 |
| 18. | Surat Tagihan Badan Usaha | 160 |
| 19. | Surat Kuasa <i>Autodebit</i> | 161 |
| 20. | Bukti Pembayaran BPJS Kesehatan melalui ATM dan <i>Teller Bank</i> | 162 |
| 21. | Surat Rujukan dari Fasilitas Kesehatan Pertama | 163 |
| 22. | Dokumen Luaran Aplikasi V-Klaim | 164 |
| 23. | Dokumen Pelayanan Aplikasi <i>Primary Care</i> | 165 |
| 24. | Dokumen Folmulir Pengajuan Klaim (FPK) | 166 |
| 25. | Dokumen Rekap Folmulir Pengajuan Klaim (FPK) | 167 |
| 26. | Dokumen Kwitansi Bermaterai | 168 |
| 27. | Dokumen Bukti Pelayanan yang Sudah Ditandatangani | 169 |
| 28. | Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak Pengajuan Klaim | 170 |
| 29. | Dokumen Umpan Balik Fasilitas Kesehatan Pertama | 171 |
| 30. | Dokumen Umpan Balik Fasilitas Kesehatan Lanjutan | 172 |
| 31. | Dokumen Berita Acara Fasilitas Kesehatan Lanjutan | 173 |
| 32. | Folmulir Daftar Isian Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) Lembar 1 <i>Form</i> Depan | 174 |
| 33. | Folmulir Daftar Isian Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) Lembar 1 <i>Form</i> Belakang..... | 175 |
| 34. | Folmulir Daftar Isian Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) Lembar 2 <i>Form</i> Depan | 176 |
| 35. | Folmulir Daftar Isian Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) Lembar 2 <i>Form</i> Belakang..... | 177 |
| 36. | Folmulir Daftar Isian Peserta (DIP) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), Investor dan Pemberi Kerja <i>Form</i> Depan | 178 |

| No | Judul | Halaman |
|-----|---|---------|
| 37. | Folmulir Daftar Isian Peserta (DIP) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), Investor dan Pemberi Kerja <i>Form</i> Belakang..... | 179 |
| 38. | Folmulir Penambahan Anggota Keluarga Pekerja Penerima Upah (PPU) <i>Form</i> Depan | 180 |
| 39. | Folmulir Penambahan Anggota Keluarga Peserta Penerima Upah (PPU) <i>Form</i> Belakang..... | 181 |
| 40. | Folmulir Penambahan Anggota Keluarga Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU), Investor dan Pemberi Kerja <i>Form</i> Depan..... | 182 |
| 41. | Folmulir Penambahan Anggota Keluarga Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU), Investor dan Pemberi Kerja <i>Form</i> Belakang | 183 |
| 42. | Folmulir Daftar Isian Perubahan Data Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), dan Peserta Bukan Pekerja <i>Form</i> Depan | 184 |
| 43. | Folmulir Daftar Isian Perubahan Data Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), dan Peserta Bukan Pekerja <i>Form</i> Belakang | 185 |
| 44. | Folmulir Perubahan Data Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) <i>Form</i> Depan | 186 |
| 45. | Folmulir Perubahan Data Peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) <i>Form</i> Belakang..... | 187 |
| 46. | Surat Pernyataan <i>Membercheck</i> Kepala Layanan Operasional BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora | 188 |
| 47. | Hasil Wawancara dari Kepala Kantor Layanan Operasional BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora..... | 189 |
| 48. | Surat Pernyataan <i>Membercheck</i> Verifikator Penjaminan Manfaat BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora | 197 |
| 49. | Hasil Wawancara dari Verifikator Penjaminan Manfaat BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora..... | 198 |
| 50. | Surat Pernyataan <i>Membercheck</i> Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora | 205 |
| 51. | Hasil Wawancara dari Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora | 206 |
| 52. | Surat Izin Penelitian | 211 |
| 53. | Surat Persetujuan Penelitian..... | 212 |
| 54. | Surat Telaah Staf Izin Penelitian..... | 213 |
| 55. | <i>Curriculum Vitae</i> | 214 |



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan bisnis asuransi di Indonesia memiliki potensi yang sangat besar hal ini dapat dilihat dari pendapatan premi yang dihimpun pelaku usaha asuransi setiap tahunnya. CNN Indonesia, 2017 menyatakan bahwa pada tahun 2016 pertumbuhan ekonomi mencapai 5,02% artinya industri asuransi menghasilkan pertumbuhan premi sedikitnya Rp 700 miliar dikarenakan setiap 1% pertumbuhan ekonomi mampu menghasilkan premi sebesar Rp 160,7 miliar. Hal ini didukung dengan perkembangan jumlah penduduk golongan menengah ke atas yang sadar akan pentingnya berasuransi. Negara Indonesia membutuhkan investasi asing di bidang asuransi karena perusahaan asuransi domestik (dalam negeri) diperkirakan tidak mampu memenuhi permintaan masyarakat ke depannya.

Perusahaan asuransi dimiliki oleh pihak swasta dan nasional, namun asuransi nasional berbentuk Badan Usaha Milik Negara (BUMN) berbeda halnya dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang terdiri dari 2 jenis yakni: BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah lembaga peralihan dari PT Askes berbentuk badan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada Pemerintah untuk menangani masalah asuransi masyarakat Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) program pelayanan yang dimiliki oleh Pemerintah berwujud BPJS Kesehatan dengan prinsip gotong royong atau subsidi silang. BPJS tidak mematkan asuransi

swasta yang sedang berkembang di Indonesia melainkan dapat membantu meningkatkan kesadaran masyarakat Indonesia akan pentingnya berasuransi. Peraturan Pemerintah yang mewajibkan seluruh masyarakat Indonesia menjadi anggota BPJS dapat membuka *mindset* masyarakat Indonesia bahwasanya tambahan pengalihan risiko di perusahaan asuransi lain selain BPJS perlu dilakukan.

Selain asuransi swasta atau BUMN, BPJS Kesehatan juga melakukan prosedur yang sama dalam melakukan pengikatan polis. Pengikatan polis dalam BPJS Kesehatan dibagi menjadi 2 pelayanan yaitu pertama bagian pelayanan peserta mandiri atau Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan kedua bagian Badan Usaha yang ingin mendaftarkan seluruh karyawannya di BPJS Kesehatan melalui pelayanan Pekerja Penerima Upah (PPU). Pembayaran premi di BPJS Kesehatan telah dibagi menurut kelas perawatan bagi masing-masing peserta berdasarkan besarnya premi yang ditanggung antara lain premi kelas 1 sebesar Rp 80.000, premi kelas 2 Rp 51.000, dan premi kelas 3 Rp 25.500 (BPJS Kesehatan, 2018). Penggolongan kelas pada Pekerja Penerima Upah (PPU) dan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) sudah ditentukan tergantung pangkat jabatan atau besarnya pendapatan peserta setiap bulannya. Khususnya Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang mendapatkan bantuan dana dari Pemerintah dapat melakukan pelayanan meskipun peserta tidak membayar premi setiap bulannya. Guna mempermudah akses peserta, BPJS Kesehatan memperluas *channel* pembayaran premi BPJS Kesehatan melalui ATM, SMS *banking* dan internet

banking, meningkatkan kerjasama *Payment Point Online Banking* (PPOB) Tradisional maupun *Modern* di supermarket, minimarket, Kantor Pos, hingga Tokopedia. Pengembangan aplikasi yang baru diresmikan di *smartphone* melalui Mobile JKN dimana terdapat fitur layanan pendaftaran, cek iuran, *skrining* riwayat kesehatan, lokasi fasilitas kesehatan, serta fitur perubahan data peserta yang dapat mempermudah masyarakat.

Peserta BPJS Kesehatan tetap dapat mengaktifkan Kartu JKN-KIS dengan catatan wajib melakukan pembayaran premi setiap bulannya. Kartu JKN-KIS yang telah aktif dapat digunakan untuk melakukan pelayanan dan pemeriksaan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti Puskesmas, Klinik, Rumah sakit kelas D (Rumah Sakit yang didirikan di desa tertinggal, perbatasan atau kepulauan) dan Praktik Dokter atau Dokter Gigi maupun di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) seperti Rumah Sakit Umum, Klinik Spesialis dan Rumah Sakit Khusus (Pusat Informasi Jaminan Kesehatan Indonesia, 2018). Awalnya biaya pelayanan dan pemeriksaan peserta akan ditanggung oleh masing-masing fasilitas kesehatan, selanjutnya dilakukan pengumpulan data setiap bulan dan data dikirim ke Kantor BPJS Kesehatan untuk dilakukan pengajuan klaim. Klaim menurut Sula (2004:259) adalah proses dimana peserta dapat memperoleh pertanggunganan dan hak-hak atas kerugian yang tersedia berdasarkan perjanjian.

Timbulnya beberapa transaksi yang telah terkomputerisasi pada BPJS Kesehatan membutuhkan sebuah sistem akuntansi yang baik. Menurut Mulyadi (2016:3) sistem akuntansi adalah sebuah pengorganisasian formulir

catatan dan laporan yang dikoordinasikan untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan oleh pihak manajemen perusahaan dengan tujuan merancang dan mengembangkan sistem informasi menggunakan salah satu komponen sistem yang berguna untuk mempermudah pengelolaannya. Sistem akuntansi menyediakan informasi keuangan yang dibutuhkan oleh manajemen untuk mempermudah pengelolaan perusahaan yang menghasilkan laporan supaya tetap bisa diawasi. Pengendalian *intern* tetap perlu dilakukan oleh perusahaan untuk memperbaiki sistem yang sudah ada bukan merubah sistem yang ada dengan tujuan mengawasi operasional perusahaan. Informasi keuangan memerlukan pengendalian *intern* dengan cara pengecekan rutin untuk mengetahui, mengawasi dan mengambil keputusan dalam menjalankan operasional perusahaan apabila terjadi penurunan. Bahkan pengendalian *intern* bermanfaat bagi pihak *ekstern* untuk melihat keadaan *finansial* perusahaan dimana informasi tersebut penting bagi investor, kreditur dan pihak lain. Sistem pengendalian *intern* menekankan tujuan yang hendak dicapai bukan pada unsur yang membentuk sistem tersebut.

Permasalahan yang muncul adalah masyarakat yang mendaftar sebagai anggota BPJS Kesehatan belum menyeluruh baik itu dari peserta PPU ataupun PBP. Berdasarkan data jumlah peserta JKN-KIS per Januari 2018, Kabupaten Pati sebanyak 69.27% atau 886.613 jiwa dari total jumlah penduduk 1.279.950 jiwa, Kabupaten Rembang sebanyak 82.23% atau 513.253 jiwa dari total jumlah penduduk 624.168 jiwa, sedangkan Kabupaten Blora sebanyak 62.95% atau 561.090 jiwa dari total jumlah penduduk

891.320 jiwa (News Jamkes, 2017). Adanya kondisi tersebut mendorong beberapa upaya yang harus dilakukan oleh BPJS Kesehatan untuk membantu meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya berasuransi dengan cara melakukan sosialisasi. Penerapan sosialisasi belum maksimal karena jumlah karyawan BPJS Kesehatan terbatas sehingga *double job* terjadi di dalam dan di luar aktivitas kantor, maka dari itu dibutuhkannya kader JKN sebagai alat sosialisasi BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan perlu melakukan penertiban pembayaran secara *autodebit* bagi peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) khusus kelas 1 dan 2 perlu karena pada kenyataannya hal itu belum terlaksana secara maksimal. Adanya penertiban tersebut dapat meminimalisir permasalahan penerimaan premi/iuran yang terjadi karena terhutang mulai bulan Mei sampai November tahun 2017 tunggakan premi/iuran BPJS Kesehatan Karisidenan Pati sebesar Rp 22,8 miliar diantaranya Pati menunggak sebanyak Rp 13,2 miliar, Blora Rp 5,2 miliar, dan Rembang Rp 4,3 miliar (detiknews, 2017). Permasalahan lain yang sering dikeluhkan oleh peserta BPJS Kesehatan dalam mengajukan pelayanan kesehatan ke FKTP atau FKTL adalah peserta masih dibebani dengan beberapa persyaratan administrasi, hal ini akan memperlambat pelayanan peserta yang sedang sakit serta pelayanan mitra BPJS Kesehatan yang kurang memuaskan misalnya keterbatasan jumlah kamar dan kosongnya persediaan obat yang sedang dibutuhkan.

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan di atas maka, peneliti tertarik untuk meneliti secara detail dan ingin menuangkan dalam sebuah

karya tulis dengan judul “**Analisis Sistem Pengikatan Polis, Penerimaan Pembayaran Premi dan Klaim dalam Upaya Peningkatan Pengendalian Intern**” (Studi Pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora).

B. Rumusan Masalah

Perumusan masalah dalam suatu penelitian penting dilakukan untuk dapat memfokuskan suatu permasalahan pokok agar dapat mempermudah dalam membahas suatu permasalahan sehingga sasaran dan tujuan yang diharapkan akan dapat dicapai. Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka peneliti menetapkan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana penerapan sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan klaim oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora?
2. Bagaimana peningkatan pengendalian *intern* terhadap penerapan sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan klaim di BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk menjawab rumusan masalah yang diteliti yaitu:

1. Untuk mengetahui dan menjelaskan penerapan sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan klaim oleh BPJS Kantor Kesehatan Kabupaten/Kota Blora

2. Untuk mengetahui dan menjelaskan peningkatan pengendalian *intern* terhadap penerapan sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan klaim oleh BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora

D. Kontribusi Penelitian

Melalui hasil karya tulis ini diharapkan dapat memberikan manfaat dan kontribusi bagi perusahaan atau pihak yang bersangkutan dalam penelitian dan juga berguna bagi peneliti baik secara teoritis maupun secara praktis yaitu berupa:

1. Kontribusi Akademis

- a. Bagi peneliti, dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan untuk mempelajari secara langsung mengenai pengendalian *intern* yang berkaitan dengan sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan pengajuan pembayaran klaim serta dapat mengenali secara detail mengenai produk yang ditawarkan yakni di bidang kesehatan serta dapat mengetahui kinerja pelayanan mitra yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora. Manfaat selanjutnya dapat dijadikan acuan penelitian selanjutnya jikalau peneliti ingin melakukan penelitian di bidang yang sama secara mendalam.
- b. Bagi peneliti lain, dapat memberikan informasi lebih lanjut dalam mengembangkan pemikiran bagi pihak yang berminat untuk melakukan penelitian di bidang yang sama yaitu asuransi tepatnya pada judul

sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan klaim dalam meningkatkan pengendalian *intern*.

2. Kontribusi Praktis

Bagi perusahaan, dapat mengetahui peningkatan pengendalian *Intern* terhadap sistem pengikatan polis, penerimaan kas yang diperoleh dari pembayaran premi dan pengecekan persyaratan dokumen pengajuan pembayaran klaim yang disebabkan karena adanya pengeluaran kas. Penyempurnaan saran dalam pelaksanaan operasional sangat diperlukan untuk mendapatkan pengendalian *intern* supaya lebih baik yang efektif.

E. Sistematika Pembahasan

Secara garis besar, susunan sistematika pembahasan dari skripsi ini terdiri dari lima bab, dimana masing-masing bab berisikan uraian sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN

Bab ini tentang latar belakang masalah yang akan dikaji dalam skripsi. Penyajiannya dilampirkan alasan mengapa memilih judul tersebut disertai data pendukung, rumusan masalah yang akan dikaji, batasan masalah sebagai pedoman untuk membatasi lingkup penelitan dan pembahasan, tujuan penelitian, dan kontribusi penelitian.

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan teori-teori yang menjadi landasan masalah yang akan diteliti dalam memecahkan masalah yang ada, yaitu

sistem akuntansi, sistem informasi akuntansi, konsep asuransi, pengikatan polis, sistem akuntansi penerimaan kas atas piutang, sistem akuntansi pengeluaran kas atas pembayaran klaim, dan sistem pengendalian *intern*. Beberapa teori menurut para ahli dan undang-undang dicantumkan, setelah itu dibuat kesimpulan menurut peneliti untuk memperkuat *argument* yang dipaparkan.

BAB III : METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan mengenai metode penelitian yang digunakan peneliti yaitu jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif karena proses penelitian dilakukan dengan cara terjun ke lapangan secara langsung. Bab ini juga membahas mengenai fokus penelitian mengenai apa saja yang akan menjadi fokus peneliti saat terjun ke lapangan, lokasi penelitian mengapa memilih lokasi penelitian tersebut dibandingkan obyek penelitian yang lain, sumber data yang digunakan untuk mengolah data yang akan dibahas di Bab IV, teknik pengumpulan data menjelaskan bagaimana cara peneliti mengumpulkan data dari hasil penelitian tersebut, instrumen penelitian menyebutkan alat pendukung yang digunakan peneliti dalam melakukan penelitian dan analisis data yang dilengkapi dengan langkah-langkah yang akan dilakukan peneliti dalam melakukan penelitian.

BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang pembahasan masalah yang menjadi fokus utama penelitian meliputi gambaran umum sejarah perusahaan, profil perusahaan meliputi logo dan visi misi perusahaan, tata nilai organisasi, tenaga kerja dan produk yang ditawarkan. Bagian penyajian data berisi tentang struktur organisasi, uraian *job description*, sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan klaim terkait dengan bagan alir, prosedur, fungsi yang terkait, dokumen yang digunakan, dan sistem pengendalian *intern* perusahaan. Pada bab ini juga diuraikan tentang hasil penelitian, analisis dan interpretasi data yang telah diperoleh dan diolah oleh peneliti guna menjawab perumusan masalah.

BAB V : PENUTUP

Menyampaikan hasil dari analisis dan evaluasi yang dilakukan terhadap sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi, dan klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora serta berisikan kesimpulan yang dapat ditarik oleh peneliti. Merekomendasikan saran-saran untuk memperbaiki kekurangan yang ditemukan dan memberikan masukan bagi pihak-pihak yang memerlukan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sistem Akuntansi

1. Pengertian Sistem Akuntansi

Hal penting yang perlu diperhatikan oleh perusahaan dalam menjalankan dan memajemen suatu kegiatan operasional perlu informasi yang jelas mengenai kondisi perusahaan apakah kondisinya baik atau buruk guna menunjang kemajuan perusahaan. Mahatmyo (2014:8-9) mengungkapkan sistem akuntansi merupakan rangkaian bukti dokumen; catatan, laporan serta alat akuntansi; prosedur; kebijakan; sumberdaya manusia atau sumberdaya lain yang dikoordinasikan untuk mencapai tujuan perusahaan. Pengertian lain menurut Mulyadi (2016:3) di dalam bukunya Sistem Akuntansi:

Sistem akuntansi adalah organisasi folmulir, catatan, dan laporan yang dikoordinasikan sedemikian rupa untuk menyediakan informasi keuangan yang dibutuhkan oleh manajemen guna memudahkan pengelolaan perusahaan. Sehingga manajemen menggunakan salah satu sistem informasi dari berbagai sistem informasi dengan beberapa komponen guna untuk merancang dan mengembangkan sistem informasi.

Sedangkan menurut Ranatarisza dan Max (2013:1) sistem akuntansi adalah pengorganisasian dokumen atau folmulir, catatan akuntansi seperti jurnal dan laporan yang dikoordinasikan untuk menghasilkan laporan keuangan yang dibutuhkan oleh manajemen. Beberapa definisi para ahli di atas dapat disimpulkan bahwa pengertian sistem akuntansi adalah pengorganisasian folmulir, catatan dan laporan yang dapat menghasilkan informasi keuangan

untuk memudahkan pengelolaan perusahaan dalam pengambilan keputusan sesuai tujuan perusahaan.

2. Unsur-Unsur dari Sistem Akuntansi

Menurut Baridwan (1991:6) suatu sistem akuntansi utama terdiri dari empat unsur, yaitu: klarifikasi rekening, buku besar dan buku pembantu, laporan dan bukti transaksi. Pembahasan setiap unsur sistem akuntansi dapat dijelaskan lebih lanjut guna mengetahui hal yang dibutuhkan dalam sebuah sistem akuntansi, antara lain:

a. Klarifikasi rekening

Rekening yang dibubuhi nomor kode disebut kerangka rekening yang nantinya akan dikelompokkan secara terpisah antara rekening neraca dan rekening rugi laba.

b. Buku besar dan buku pembantu

Buku besar digunakan sebagai dasar penyusunan laporan keuangan dan pencatatan akhir dalam sistem akuntansi. Berbeda halnya dengan buku pembantu yang dapat merinci suatu rekening buku besar.

c. Jurnal

Catatan transaksi pertama kali yang dibuat sesuai tanggal transaksi, dan jurnal khusus digunakan untuk transaksi berfrekuensi tinggi.

d. Bukti transaksi

Pencatatan manual bukti transaksi dalam sistem akuntansi digunakan sebagai dasar pencatatan jurnal dan rekening pencatatan transaksi (data

recording) sehingga ada *output* bukti tertulis dari transaksi yang terjadi. Beberapa unsur sistem akuntansi ini mempunyai peranan penting untuk menjaga aktiva dan utang perusahaan karena dapat mengurangi kemungkinan kesalahan dalam pencatatan, memudahkan dalam penyusunan rencana kegiatan sehingga dapat menghindari terjadinya duplikasi dalam pengumpulan data keuangan serta menentukan hasil kegiatan.

3. Faktor-Faktor yang Perlu Dipertimbangkan dalam Penyusunan Sistem Akuntansi

Guna mencapai tujuan sistem akuntansi tersebut maka dalam penyusunan sistem akuntansi perlu memperhatikan beberapa faktor penting yang harus dipenuhi penyusunan sistem akuntansi seperti yang dikemukakan oleh Baridwan (1991:7) adalah:

- a. Prinsip cepat, artinya sistem akuntansi harus menghasilkan informasi yang diperlukan dalam waktu yang tepat, memenuhi kebutuhan pihak yang membutuhkan informasi dan kualitas informasi yang sesuai yang diharapkan.
- b. Prinsip aman, artinya sistem akuntansi perlu mempertimbangkan prinsip pengawasan *intern* dalam berbagai aktivitas operasional perusahaan salah satunya untuk menjaga keamanan harta milik perusahaan.
- c. Prinsip murah, artinya biaya untuk menyelenggarakan sistem akuntansi itu dapat diminimalisir artinya relatif tidak mahal. Intinya biaya pengeluaran

tidak boleh melebihi manfaat yang dihasilkan dalam memperoleh suatu informasi, untuk itu perlu adanya pertimbangan dari perusahaan.

Ketiga faktor tersebut harus dipertimbangkan bersama-sama pada waktu menyusun sistem akuntansi perusahaan, sehingga jalannya sistem akuntansi dapat sesuai dengan kebutuhan perusahaan atau organisasi dengan begitu tidak ada salah satu faktor yang terlewatkan.

4. Tujuan Pengembangan Sistem Akuntansi

Terdapat beberapa tujuan yang diharapkan dari sebuah sistem dan prosedur hal ini dilakukan oleh perusahaan guna memberikan kualitas operasional yang baik menurut Mulyadi (2016:15-16), yaitu sebagai berikut:

- a. Menyediakan informasi bagi pengelolaan kegiatan usaha baru.

Hal ini diperlukan terutama pada perusahaan manufaktur baru yang memerlukan pengembangan sistem akuntansi yang lengkap.

- b. Memperbaiki informasi yang dihasilkan oleh sistem yang sudah ada.

Perkembangan usaha menuntut sistem akuntansi dapat menghasilkan laporan sesuai mutu informasi, tepat penyajian dan struktur informasi yang sesuai dengan kebutuhan manajemen perusahaan.

- c. Memperbaiki pengendalian akuntansi dan pengecekan *intern*

Pengembangan sistem akuntansi digunakan untuk melindungi asset perusahaan supaya dapat dipertanggungjawabkan dan memperbaiki audit internal supaya informasi yang dihasilkan dapat dipercaya.

- d. Mengurangi biaya klerikal dalam penyelenggaraan catatan akuntansi

Pengorbanan sumber daya penyedia informasi harus sebanding dengan manfaat yang didapatkan guna untuk menghemat biaya.

B. Sistem Informasi Akuntansi (SIA)

1. Pengertian Sistem Informasi Akuntansi (SIA)

Suatu Sistem Informasi Akuntansi (SIA) pasti berkaitan dengan prosedur-prosedur tertentu karena dalam menjalankannya menggunakan prosedur dengan tujuan memperoleh informasi. Sistem Informasi Akuntansi (SIA) merupakan sekelompok struktur dalam sebuah *entitas* yang mengelola sumber daya fisik dan sumber daya lain untuk mengubah data ekonomi menjadi informasi akuntansi, supaya dapat memenuhi informasi yang dibutuhkan dari berbagai pihak (Mahatmyo, 2014:9). Pendapat lain menurut Fauzi (2017:25) Sistem Informasi Akuntansi (SIA) adalah suatu komponen organisasi yang mengumpulkan, mengklasifikasikan, memproses, menganalisis, mengomunikasikan informasi pengambilan keputusan dengan orientasi *finansial* yang relevan bagi pihak luar dan pihak dalam perusahaan. Sedangkan definisi lain menurut Sarosa (2009:13) Sistem Informasi Akuntansi (SIA) adalah sebuah sistem yang mengumpulkan, mencatat, menyimpan, dan memproses data sehingga menghasilkan informasi yang berguna dalam membuat keputusan dapat berupa kertas dan alat tulis (manual) maupun terkomputerisasi penuh (serba otomatis) atau kondisi diantara keduanya. Beberapa definisi di atas dapat ditarik kesimpulan bahwasannya

Sistem Informasi Akuntansi adalah kegiatan mengumpulkan, memproses, menganalisis dan mencatat data secara manual ataupun terkomputerisasi untuk diubah menjadi informasi akuntansi yang dapat memberikan keputusan dengan tujuan memenuhi kebutuhan berbagai pihak.

2. Tujuan Sistem Informasi Akuntansi

Menurut Mahatmyo (2014:12) ada 3 tujuan yang diharapkan dari terciptanya Sistem Informasi Akuntansi, antara lain:

a. Mendukung kegiatan operasi sehari-hari (*Transaction Processing System*)

User dari *Automatic Identification System* (AIS), terkait dengan *Transaction Processing Systems* (TPS) dalam menjalankan aktivitas dasar yang dilakukan selama operasi bisnis antara lain:

1) *Internal*

Pihak *internal* yang menjalankan operasional perusahaan adalah manajer dan *employee*.

2) *Eksternal*

Pihak luar yang berhubungan langsung dengan perusahaan antara lain konsumen (tagihan), pemasok (*order* pembelian dan cek), karyawan (cek gaji), bank (laporan keuangan dan pembayaran utang).

b. Mendukung pengambilan keputusan oleh pengambil keputusan *internal*

Keputusan yang akan diambil oleh pihak yang memiliki wewenang dalam perusahaan tersebut. Hal ini akan berkaitan dengan jalannya aktivitas

operasional perusahaan. Misalnya: keputusan perusahaan untuk membeli atau membuat sendiri sesuatu yang sedang dibutuhkan.

c. Memenuhi kewajiban terkait dengan pertanggungjawaban perusahaan

Aktivitas yang harus dilakukan oleh perusahaan karena adanya pertanggungjawaban kepada pihak yang lebih berwenang. Misalnya: membayar pajak ke Negara maka perlu menyusun laporan keuangan (bagi perusahaan yang *go public*).

C. Konsep Asuransi

1. Pengertian Asuransi

Asuransi berasal dari bahasa Belanda *assurantie* (asuransi) dalam bahasa Belanda disebut *verzekering* artinya pertanggungan. Jika dilihat dalam bahasa Inggris disebut *insurance* yang diadopsi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia yang artinya pertanggungan. Banyak definisi baku tentang asuransi atau pertanggungan menurut Yustisia (2014:106), yaitu:

Perjanjian, dimana penanggung mengikat diri terhadap tertanggung dengan memperoleh premi, untuk memberikan kepadanya ganti rugi karena suatu kehilangan, kerusakan, atau tidak mendapat keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan diderita karena suatu peristiwa yang tidak pasti.

Menurut Messier dkk (2014:14) mendefinisikan jasa *assurance* adalah jasa profesional independen yang meningkatkan kualitas informasi atau konteks informasi untuk pengambil keputusan yang kualitas baik informasi keuangan maupun non keuangan, kualitas dapat ditingkatkan melalui peningkatan

kepercayaan dalam keandalan dan relevansi informasi. Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa asuransi merupakan jasa independen yang bertindak sebagai penanggung terhadap pihak tertanggung untuk menerima pengganti kerugian jika suatu saat terjadi risiko, penanggung perlu meningkatkan kualitas kepercayaan dalam keandalan dan relevansi sangat diperlukan.

2. Jenis Produk Asuransi

Keberhasilan penjualan jenis asuransi didasarkan pada pemahaman manfaat asuransi yang diberikan. Menurut Widodo (2016:249-250) jenis produk asuransi antara lain:

a. Asuransi jiwa kredit

Manfaat yang diberikan adalah perlindungan jaminan pembayaran kewajiban (sisa kredit) sejak tertanggung meninggal, karena sis kredit semakin kecil maka manfaat yang didapatkan juga semakin kecil. Asuransi ini menguntungkan pihak pemberi kredit, di sisi lain keuntungan ahli waris terhindar dari tuntutan kredit bank.

b. Asuransi Kesehatan

Produk ini umumnya untuk perusahaan pemerintahan yang diberikan untuk jaminan kesehatan karyawan. Semakin besar risiko kerugian yang akan dialami, maka semakin besar pula premi yang harus dibayar. Adanya asuransi ini dapat mengatur pengeluaran dana secara terencana dan lebih efisien terutama dalam hal perawatan kesehatan karyawan.

c. Anuitas

Menjamin tersedianya sejumlah dana kepada tertanggung yang telah meninggal atau masih hidup sampai masa pension atau sampai masa kontrak berakhir. Asuransi ini bertujuan untuk menyediakan dana setelah memasuki masa pension.

3. Pengertian BPJS

Menurut Tarmizi (2018:345) BPJS adalah program pemerintah untuk menjamin kesehatan, menjadikan murah dan terjangkau hal itu merupakan asuransi jiwa maka dari itu mengacu pada hukum asuransi. Pendapat lain yang diatur UU No. 24 Tahun 2011 dikutip oleh Sadi (2015:16) bahwasanya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang sengaja dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial berdasarkan dengan tujuan terselenggaranya pemberian, pemenuhan kebutuhan dasar hidup layak bagi masyarakat. Kesimpulan dari beberapa definisi di atas mengenai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah program pemerintah yang berbentuk badan hukum bertujuan untuk menjamin kesehatan masyarakat secara layak.

4. Jenis BPJS

BPJS yang kini dibentuk oleh Pemerintah pada tahun 2014 adalah peralihan dari PT Askes dan PT Jamsostek, keduanya adalah jaminan kesehatan nasional di Indonesia. Berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011 Pasal 5 ayat 2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial terbagi menjadi 2 lembaga besar

yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan, masing-masing penjelasannya sebagai berikut:

a. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk secara khusus untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia (Santoso dan Ronny, 2016:46-48), terdapat 2 macam keanggotaan peserta BPJS Kesehatan yakni:

1) Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan

Peserta jaminan kesehatan untuk orang tidak mampu sesuai dengan UU SJSN sehingga preminya ditanggung oleh Pemerintah.

2) Bukan Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan

a) Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya

Seorang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah.

b) Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya

Setiap orang yang bekerja atas usahanya sendiri atau pekerja mandiri.

c) Bukan pekerja dan anggota keluarganya

Kategori bukan pekerja adalah investor, pemberi kerja, penerima pension dan bukan pekerja lain yang memenuhi kriteria bukan pekerja penerima upah.

b. Menurut Yustisia (2016:97) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Ketenagakerjaan merupakan program perlindungan dasar bagi tenaga kerja

dan keluarganya karena suatu ketika tenaga kerja dapat mengalami risiko saat menjalankan pekerjaan dengan demikian kelangsungan hidupnya perlu mendapat perhatian dan negara wajib memberikan kehidupan yang layak. Jenis program BPJS Ketenagakerjaan (Yustisia, 2014:5-12) meliputi:

1) Jaminan Hari Tua (JKT)

Simpanan yang digunakan oleh peserta jika dikemudian hari seseorang yang berpenghasilan berhenti karena sebab tertentu.

2) Jaminan Kematian (JK)

Biaya yang dipergunakan untuk meringankan biaya pemakaman dan uang santunan kepada ahli waris (bukan karena kecelakaan kerja).

3) Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK)

Risiko yang mungkin terjadi dimanapun dan dalam bidang kerja apapun, oleh karena itu pengalihan risiko kepada BPJS Ketenagakerjaan dengan biaya ditanggung perusahaan dapat memberikan rasa aman kepada pekerja.

4) Jaminan Pensiun (JP) yang dinyatakan oleh PP RI Nomor 45 Tahun 2015 yaitu:

“Jaminan sosial yang bertujuan mempertahankan kehidupan yang layak bagi peserta dan /atau ahli warisnya dengan memberikan penghasilan setelah peserta memasuki usia pension, mengalami cacat total tetap, atau meninggal dunia”.

5. Syarat Risiko yang dapat Diasuransikan

Manajemen risiko memperlihatkan asuransi sebagai cara terakhir sebelum seseorang memutuskan untuk mengambil risiko tersebut karena tidak semua risiko dapat diasuransikan. Oleh karena itu, menurut Thabrany (2015:75) ada beberapa syarat risiko supaya dapat diasuransikan, antara lain:

a. Risiko tersebut bersifat murni (*pure*)

Risiko yang tidak disengaja, secara spontan, tidak dibuat-buat atau tidak dicari-cari bahkan tidak dapat dihindari dalam dalam jangka waktu yang pendek. Risiko ini muncul karena ada unsur kebetulan (*accidental*) dan akibat perbuatan spekulatif.

b. Risiko bersifat definitive

Risiko yang dapat ditentukan dari kejadian pasti dan jelas serta dipahami berdasarkan bukti kejadiannya.

c. Risiko bersifat statis

Probabilitas kejadian relative statis atau konstan tanpa dipengaruhi oleh perubahan politik ekonomi di suatu negara, namun dalam jangka panjang akan mempengaruhi.

d. Risiko berdampak finansial

Transfer risiko dilakukan dengan cara membayar premi kepada perusahaan asuransi yang akan memberikan ganti rugi apabila di waktu yang akan datang terjadi risiko yang menimpa masalah finansial.

e. Risiko *measurable* atau *quantifiable*

Besarnya kerugian finansial akibat risiko dapat diperhitungkan secara akurat. Jumlah pergantian biaya harus disepakati oleh pemegang polis/peserta dan asuradur/BPJS yang dituliskan dalam kontrak pertanggungjawaban/jaminan/polis, penentuan jumlah tertentu disebut *quantifiable* yang akan dijadikan dasar perhitungan premi.

f. Derajat risiko harus lebih besar (*large* atau *severe*)

Derajat risiko (*severe*) memang relative dan dapat berbeda dari satu tempat ke tempat yang lain dan dapat pula berubah dari satu waktu ke waktu yang lain. Sebuah sistem asuransi perlu menilai kelompok asuransi risiko yang akan diasuransikan secara cermat.

D. Pengikatan Polis

1. Pengertian Polis

Pengikatan polis dimaksudkan tanda bukti diterbitkannya polis seorang tertanggung yang mengikatkan dirinya kepada pihak penanggung (Aqimuddin dan Kusmagi, 2010:107). Muhammad (2006:59) menyatakan polis adalah suatu bukti telah terjadi kesepakatan antara tertanggung dan penanggung, undang-undang mengharuskan pembuktian dengan alat bukti tertulis berupa akta.

Menurut 19 ayat 1 PP No. 73 tahun 1992 yang dikutip dalam ojk.go.id adalah:

Polis atau bentuk perjanjian asuransi dengan nama apapun, berikut lampiran yang merupakan kesatuan dengannya, tidak boleh mengandung kata, atau kalimat yang dapat menimbulkan penafsiran yang

berbeda mengenai risiko yang ditutup asuransinya, kewajiban penanggung dan kewajiban tertanggung, atau dapat mempersulit tertanggung mengurus haknya.

Menurut Indonesia (2014:36) Polis asuransi (*insurance policy*) adalah bentuk bukti tertulis atas pembayaran premi untuk menutup pertanggung risiko yang secara tegas dituliskan dalam kontrak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa polis asuransi adalah suatu bukti tertulis yang menjadi dasar perikatan dalam asuransi antara pihak tertanggung dan pihak penanggung dalam sebuah akta tertulis.

E. Sistem Akuntansi Penerimaan Kas atas Pembayaran Premi

1. Pengertian Premi Asuransi

Premi menjadi dasar pemakaian asuransi, premi dibayarkan oleh tertanggung kepada perusahaan asuransi dengan sistem yang disepakati di awal perjanjian dan tidak bisa ditarik kembali. Menurut pasal 246 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang yang dikutip oleh Sastrawidjaja (1997:30) premi merupakan kewajiban tertanggung untuk membayar kepada pihak penanggung sebagai kontrapretasi dari ganti rugi yang akan penanggung berikan padanya. Sedangkan menurut Pasal 257 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang yang dikutip oleh Ganie dan ANZIF (2013:109) premi sebagai perjanjian yang bersifat timbal balik, kewajiban masing-masing pihak dimulai sejak perjanjian asuransi berlaku atau risiko mulai diasuransikan meskipun polis belum diterbitkan. Kesimpulan yang dapat ditarik dari

beberapa pengertian dari premi adalah kewajiban yang harus dibayar berupa tarif sesuai perhitungan ganti rugi pengalihan risiko yang dilakukan oleh pihak bertanggung kepada pihak penanggung, premi sudah mulai berlaku meskipun polis asuransi belum terbit.

2. Pengertian Sistem Akuntansi Penerimaan Kas dari Piutang

Kas adalah alat pembayaran yang selalu siap dan bebas digunakan untuk kegiatan perusahaan karena memiliki sifat yang liquid dan pendek artinya dalam waktu yang singkat dapat dikonfersikan ke dalam kas tanpa mengalami perubahan nilai (Sugiono dkk, 2010:149). Sistem akuntansi penerimaan kas adalah satu jaringan prosedur yang dibuat menurut pola yang terpadu untuk melaksanakan kegiatan penerimaan kas dari penjualan rutin dan tidak rutin berdasarkan ketentuan-ketentuan dari perusahaan yang bersangkutan (Mulyadi, 2016:456). Sedangkan pendapat lain mengenai penerimaan kas atau kas masuk (*cash inflow*) menurut Johar dan Heru (2006:166) adalah uang yang benar-benar diterima oleh perusahaan dari berbagai sumber diantaranya penerimaan rutin dari penjualan barang atau jasa secara tunai; penerimaan dari hasil penagihan piutang secara kredit; pendapatan lain dari bunga bank, deviden, jasa giro dan lain-lain, penjualan aktiva yang sudah tidak ekonomis dan restitusi pajak pertambahan nilai (PPN).

Piutang adalah klaim yang dilakukan kepada perusahaan, perseroan atau pihak lain supaya pihak tersebut membayar uang/jasa dalam jangka waktu yang telah ditentukan (Supriyati, 2016:15). Sedangkan menurut Sugiono dkk

(2010:161) piutang adalah semua tagihan yang ditujukan kepada seseorang atau badan usaha yang akan menimbulkan satuan mata uang dikarenakan adanya transaksi di masa lalu yang belum terbayar. Kesimpulan yang dapat ditarik dalam sistem akuntansi penerimaan kas atas piutang adalah suatu jaringan prosedur berdasarkan ketentuan perusahaan dalam menangani tagihan pembayaran secara kredit akibat transaksi yang belum dibayar, sehingga mengakibatkan timbulnya satuan mata uang dalam saldo perusahaan.

3. Dokumen yang Digunakan

Setiap transaksi penerimaan kas membutuhkan dokumen untuk dijadikan bukti *output* yang nantinya dapat dicocokkan dengan jumlah kas di perusahaan secara nyata. Dokumen yang digunakan tiap transaksi berbeda supaya bagian kasa mudah dalam melakukan pengarsipan. Menurut Mulyadi (2016:407-409) dokumen yang digunakan dalam sistem penerimaan kas dari piutang adalah:

a. Surat Pemberitahuan.

Tembusan bukti kas keluar disertakan cek melalui penagih per pos, sehingga pencatatan piutang perusahaan dapat berkurang.

b. Daftar Surat Pemberitahuan.

Daftar surat pemberitahuan penerimaan dari piutang dikirim ke fungsi kas untuk pembuatan bukti setor bank dan di fungsi akuntansi dibutuhkan dokumen pendukung jurnal penerimaan kas setelah direkap oleh fungsi penagihan/sekertariat.

c. Bukti Setor Bank.

Dokumen bukti penyetoran kas sebanyak 3 lembar oleh fungsi kas dan diterima dari piutang ke bank. Fungsi kas menyerahkan bukti setor bank untuk diserahkan ke fungsi akuntansi yang nantinya dicatat di jurnal penerimaan kas.

d. Kwitansi.

Dokumen tanda penerimaan kas bukti pembayaran hutang. Sistem perbankan tidak mengembalikan *cancelled check* kepada *check issuer*, jika kwitansi dikembalikan fungsinya digunakan oleh *cancelled check*.

4. Fungsi yang Terkait

Menurut Mulyadi (2016:407) fungsi yang terkait dalam sistem penerimaan kas dari piutang adalah:

a. Fungsi sekretariat.

Fungsi ini bertanggung jawab dan menerima daftar surat pemberitahuan yang diterima dengan cek dari para debitur.

b. Fungsi penagihan.

Fungsi yang bertanggung jawab untuk melakukan penagihan berdasarkan daftar piutang yang dibuat oleh fungsi akuntansi.

c. Fungsi kas.

Penerimaan cek yang dilakukan melalui penerimaan kas dari piutang yang dilakukan oleh fungsi sekretariat atau penagih perusahaan, sehingga berbagai fungsi menyetorkan jumlah kas ke bank dalam jumlah penuh.

d. Fungsi akuntansi.

Pencatatan penerimaan dan pengeluaran kas dari piutang ke kartu piutang.

e. Fungsi pemeriksa *Intern*.

Penghitungan kas yang ada di tangan fungsi kas secara periodik dan melakukan rekonsiliasi bank untuk mengecek ketelitian catatan kas oleh fungsi akuntansi.

5. Unsur Pengendalian *Intern* Sistem Akuntansi Penerimaan Kas Atas Piutang

Menurut Mulyadi (2016:409-411) unsur pengendalian *intern* dalam sistem akuntansi penerimaan kas atas piutang adalah:

a. Organisasi

- 1) Fungsi Akuntansi harus terpisah dari Fungsi Penagihan dan Penerimaan Kas.

Fungsi penagihan yang bertugas untuk menagih dan menerima cek dalam menciptakan *intern check*, harus dipisahkan dari fungsi penerimaan kas yang bertugas untuk menyetorkan cek atau uang hasil penagihan untuk *endorsement* di bank.

- 2) Fungsi Penerimaan Kas harus terpisah dari Fungsi Akuntansi.

Menghindari kemungkinan kecurangan dalam catatan akuntansi yang dapat memanipulasi catatan piutang kepada debitur.

b. Sistem Otorisasi dan Prosedur Pencatatan

- 1) Debitur diminta untuk melakukan pembayaran dalam bentuk cek atas nama atau dengan cara pemindahbukuan (*giro bilyet*).

Pembayaran diwajibkan menggunakan cek atas nama perusahaan (*giro bilyet*) untuk menghindari kecurangan.

- 2) Fungsi penagihan melakukan penagihan hanya atas dasar daftar piutang yang harus ditagih yang dibuat oleh fungsi akuntansi.

Fungsi penagihan dicek melalui sistem dan melakukan penagihan, sehingga dapat menghindari penggunaan uang penagihan untuk kepentingan pribadi.

- 3) Pengkreditan rekening pembantu piutang oleh fungsi akuntansi (bagian piutang) harus didasarkan atas surat pemberitahuan yang berasal dari debitur.

Catatan akuntansi pengurangan piutang perlu di dukung dengan dokumen yang valid sebagai surat pemberitahuan yang diterima dari debitur dan cek.

c. Praktik yang Sehat

- 1) Hasil perhitungan kas direkam dalam berita acara penghitungan kas dan disetor penuh ke bank dengan segera.

Perhitungan kas dilakukan oleh fungsi pemeriksaan bagian *intern* secara periodik setelah itu kas disetorkan secara penuh ke bank, maka status kas di bagian kasir disebut setoran dalam perjalanan.

2) Para penagih dan kasir harus diasuransikan (*Fidelity Bond Insurance*).

Asuransi digunakan jika karyawan melakukan kecurangan, maka penanggung kerugian bukan perusahaan tersebut tetapi perusahaan asuransi.

3) Kas dalam perjalanan (baik yang ada ditangan bagian kasa maupun ditangan penagihan perusahaan) harus diasuransikan (*cash-in-safe* dan *cash-in-transit insurance*).

Perusahaan harus memiliki beberapa cara untuk menghindari kerugian yang akan timbul untuk mengcover jika terjadi kecurangan yang dilakukan oleh karyawan perusahaan.

F. Sistem Akuntansi Pengeluaran Kas atas Pembayaran Klaim

1. Pengertian Klaim

Ada beberapa kasus yang menyebabkan pemegang polis mengajukan klaim, pihak tersebut dinamakan *claimant*. Menurut Supriyati (2016:39) klaim asuransi adalah besarnya nilai pertanggungan yang akan diterima oleh pemegang polis karena telah menanamkan dananya guna memperoleh jaminan tertentu (kesehatan, kematian, kecelakaan, dan masa depan) atau kontrak asuransi telah habis. Definisi lain mengenai klaim menurut Sula (2004:259) adalah proses dimana peserta dapat memperoleh pertanggungan dan hak-hak

atas kerugian yang tersedia berdasarkan perjanjian. Kesimpulan yang dapat ditarik dari definisi klaim di atas adalah pembayaran uang pertanggungan atau nilai tunai atau sebagian nilai tunai dari perusahaan asuransi (penanggung) kepada pemegang polis (tertanggung) terhadap hak-hak atas kerugian yang tersedia berdasarkan perjanjian. Pengajuan klaim membutuhkan dokumen pendukung dari pihak tertanggung untuk memenuhi syarat administrasi.

2. Dokumen yang digunakan

Dokumen yang digunakan dalam sistem akuntansi pengeluaran kas menurut Mulyadi (2016:426-428), yaitu:

a. Bukti kas keluar

Perintah pengeluaran kas kepada bagian kasa sejumlah uang yang tercantum dalam dokumen, sebagai surat pencatatan dan sumber berkurangnya utang.

b. Cek

Dokumen yang digunakan untuk memerintahkan bank melakukan pembayaran sejumlah uang kepada orang atau organisasi yang namanya tercantum di dalam cek.

c. Permintaan cek (*Check request*)

Dokumen yang berfungsi sebagai permintaan dari fungsi yang memerlukan pengeluaran kas kepada fungsi akuntansi untuk membuat bukti kas keluar. Bukti kas keluar sebagai perintah kepada fungsi keuangan untuk membuat cek sejumlah yang tercantum di dalam dokumen.

Dokumen pengeluaran kas sangat diperlukan bagi perusahaan guna memberikan bukti telah berkurangnya asset perusahaan berupa kas, transaksi ini perlu dilakukan pemantauan secara rutin untuk meminimalisir kesalahan perhitungan.

3. Catatan Akuntansi yang digunakan

Catatan akuntansi yang digunakan dalam sistem akuntansi pengeluaran kas dengan cek, menurut Mulyadi (2016:428-429) adalah:

a. Jurnal pengeluaran kas

Dokumen yang digunakan sebagai dasar pencatatan dalam jurnal pengeluaran kas adalah faktur yang telah dicap “lunas” oleh fungsi kas.

b. Register cek

Pencatatan utang pembelian menggunakan 2 jurnal, yaitu: register bukti kas keluar digunakan untuk mencatat utang dan register cek untuk mencatat pengeluaran kas dengan cek.

4. Fungsi yang terkait

Menurut Mulyadi (2016:429-430), fungsi yang terkait dalam sistem akuntansi pengeluaran kas dengan cek yaitu:

a. Fungsi yang memerlukan pengeluaran kas

Fungsi yang bersangkutan mengajukan permintaan cek kepada fungsi akuntansi, tetapi permintaan cek harus mendapatkan persetujuan dari kepala fungsi yang bersangkutan.

b. Fungsi kas

Bertanggung jawab mengisi cek, memintakan otorisasi atas cek dan mengirimkan cek kepada kreditur melalui pos atau secara langsung.

c. Fungsi akuntansi

Fungsi yang bertanggung jawab atas pengeluaran kas dengan cek, diantaranya:

- 1) Pencatatan pengeluaran yang menyangkut biaya dan persediaan, fungsi yang bertugas adalah bagian kartu persediaan dan kartu biaya.
- 2) Pencatatan transaksi pengeluaran kas dalam jurnal pengeluaran kas, fungsi yang bertugas bagian jurnal.
- 3) Pembuatan bukti kas keluar yang memberikan otorisasi kepada fungsi kas untuk mengeluarkan cek sebesar nominal yang tercantum di dokumen dan verifikasi dasar pembuatan bukti kas keluar (dokumen pendukung).

d. Fungsi pemeriksaan *intern*

Melakukan perhitungan kas, mencocokkan hasil perhitungan saldo kas menurut catatan akuntansi serta memeriksa saldo kas yang ada di tangan maupun membuat rekonsiliasi secara mendadak yang dilakukan secara periodik.

5. Jaringan Prosedur yang Membentuk Sistem

Menurut Mulyadi (2016:430) sistem akuntansi pengeluaran kas yang memerlukan permintaan cek yang terdiri dari jaringan prosedur, yaitu:

- a. Prosedur permintaan cek.

Mengajukan permintaan kas untuk pengeluaran kas dengan mengisi permintaan cek yang di otorisasi oleh kepala fungsi yang bersangkutan dan dikirim ke fungsi akuntansi (bagian utang).

b. Prosedur pembuatan bukti kas keluar.

Perintah kepada fungsi kas untuk mengisi cek sejumlah nominal yang ada di dokumen untuk diberikan kepada kreditur.

c. Prosedur pembayaran kas.

Fungsi kas mengisi cek dan meminta tanda tangan yang berwenang selanjutnya dikirim ke kreditur.

d. Prosedur pencatatan pengeluaran kas.

Fungsi akuntansi mencatat di jurnal pengeluaran kas atau register cek serta penerbitan yang timbul dari transaksi dicatat di buku pembantu (kartu beban dan persediaan).

6. Unsur Pengendalian *Intern* dalam Sistem Akuntansi Pengeluaran Kas

Menurut Mulyadi (2016:432-436) menerangkan bahwa unsur pengendalian *Intern* dalam sistem akuntansi pengeluaran kas dirancang dalam merinci unsur organisasi, sistem otorisasi, prosedur pencatatan dan praktik yang sehat antara lain:

a. Organisasi

- 1) Fungsi penyimpanan kas harus terpisah dari fungsi akuntansi.

Pemisahan catatan akuntansi yang dilakukan oleh fungsi akuntansi dapat berfungsi sebagai pengawas semua pemindahan kas yang disimpan oleh fungsi penyimpanan.

- 2) Transaksi pengeluaran kas tidak boleh dilaksanakan sendiri oleh bagian kasa sejak awal sampai akhir, tanpa campur tangan dari fungsi lain.

Kas perusahaan dapat terjamin keamanannya dan data akuntansi dalam catatan akuntansi dapat dijamin ketelitian serta keandalannya.

b. Sistem otorisasi dan prosedur pencatatan

- 1) Pengeluaran kas harus mendapat otorisasi dari pejabat yang berwenang. Bukti kas keluar berkurang dan catatan akuntansi dimutakhirkan (*updated*).
- 2) Pembukaan dan penutupan rekening bank harus mendapat persetujuan dari pihak yang berwenang.
Jika tanpa otorisasi dikhawatirkan penyaluran penerimaan kas perusahaan ke rekening giro tidak sah dan pengeluaran kas perusahaan untuk kepentingan pribadi.
- 3) Pencatatan dalam jurnal kas (atau dalam metode pencatatan tertentu dalam register cek) harus didasarkan atas bukti kas keluar yang telah mendapat otorisasi dari pejabat yang berwenang dan yang dilampiri dengan dokumen pendukung yang lengkap.

c. Praktik yang sehat

- 1) Saldo kas yang ada di perusahaan harus dilindungi dari kemungkinan pencurian dan penggunaan yang tidak semestinya.

Cara menyimpan kas dalam lemari besi dan menempatkan kasir di suatu ruangan terpisah.

- 2) Dokumen dasar dan dokumen pendukung transaksi pengeluaran kas harus dibubuhi cap “lunas” oleh bagian kasa setelah transaksi pengeluaran kas dilakukan.

Bukti kas keluar dibuat oleh fungsi akuntansi (bagian utang) yang mendapat perintah dari pejabat yang berwenang kepada fungsi keuangan.

- 3) Penggunaan rekening koran bank merupakan informasi ketiga untuk mengecek ketelitian catatan kas oleh fungsi yang tidak terlibat dalam pencatatan dan penyimpanan kas.

Sistem pengendalian *intern* mengharuskan rekonsiliasi bank yang dilakukan oleh fungsi pemeriksaan *intern* yaitu pihak yang tidak menyelenggarakan catatan kas dan tidak memegang fungsi penyimpanan kas.

- 4) Semua pengeluaran kas harus dilakukan dengan cek atas nama perusahaan penerimaan pembayaran atau pemindahbukuan.

Hal ini bertujuan untuk memperoleh kepastian bahwa kas yang dikeluarkan sampai ke alamat yang dituju (tidak ke tangan pribadi penagih atau karyawan).

- 5) Pengeluaran kas dalam jumlah kecil bisa dilakukan melalui dana kas kecil yang pencatatan akuntansinya diselenggarakan dengan *imprest system*.

Setiap penerimaan kas harus segera disetor penuh ke bank dan setiap pengeluaran dilakukan dengan cek.

- 6) Pencocokan jumlah fisik kas yang ada di tangan dengan jumlah kas di catatan secara periodik.

Menurut keputusan direktur keuangan dikurangi dengan jumlah dana kas kecil yang telah dikeluarkan tetapi belum diganti.

- 7) Kas yang ada di tangan (*cash in life*) dan kas yang ada diperjalanan (*cash in transit*) harus diasuransikan dari kerugian.

- 8) Kasir diasuransikan (*fidelity bond insurance*).

Menghindari kerugian dari penyelewengan kas yang dilakukan sebagai penyimpanan kas.

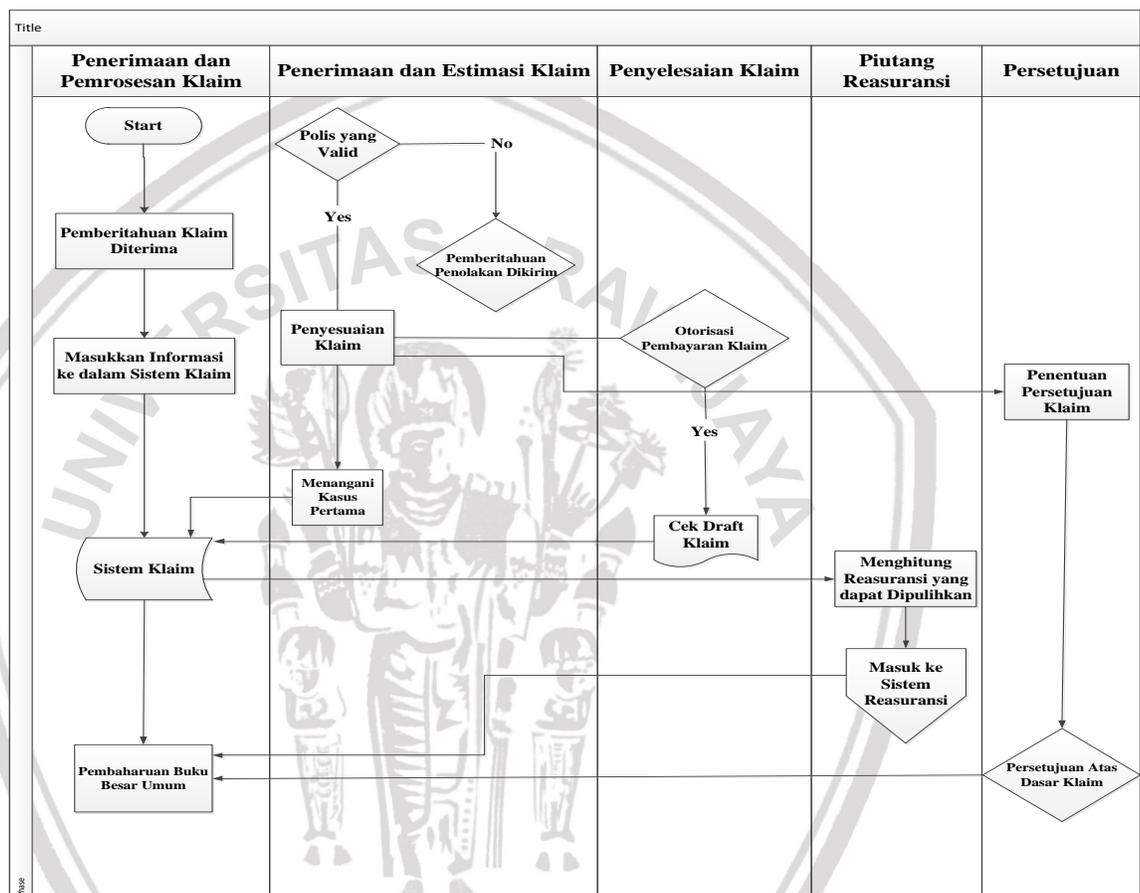
- 9) Kasir dilengkapi dengan alat yang mencegah terjadinya pencurian terhadap kas yang ada di tangan (misalnya: mesin register kas, lemari besi, dan *strong room*).

- 10) Semua nomor cek harus dipertanggungjawabkan oleh bagian kasir.

Bagian ini bertugas untuk mengisi cek berdasarkan bukti kas keluar yang diterbitkan oleh fungsi pencatat utang dan memintakan otorisasi atas cek tersebut.

7. Bagan Alir (*Flowchart*) Klaim Asuransi

Menurut AICPA (*Committee on Auditing Procedure American Institute of Certified Public Accountant*) (2016:177) bagan alir (*flowchart*) proses klaim suatu perusahaan asuransi dalam memproses klaim dari *claimant* untuk mendapatkan manfaat dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. Bagan Alir Proses Klaim Asuransi
Sumber : AICPA, 2016

G. Sistem Pengendalian *Intern*

1. Pengertian Pengendalian *Intern*

Suatu perusahaan atau organisasi pasti mempunyai masalah *internal* yang sering terjadi. Perusahaan memiliki cara untuk mengendalikan dan

mengarahkan perilaku karyawan guna mencapai tujuan perusahaan. Pengendalian *intern* sangat dibutuhkan untuk mengatur perusahaan supaya lebih efektif dan efisien sesuai dengan kebijaksanaan yang telah ditetapkan.

Menurut AICPA (*Committee on Auditing Procedure American Institute of Certified Public Accountant*) yang dikutip oleh (Hall, 2009:181) mengemukakan bahwa pengendalian *intern* mencakup rencana organisasi dan semua metode serta tindakan yang telah digunakan dalam perusahaan untuk mengamankan aktivitya, mengecek kecermatan dan keandalan data akuntansi, memajukan efisiensi operasi, dan mendorong ketaatan pada kebijakan yang ditetapkan. Sistem pengendalian *intern* menurut Mulyadi (2016:129) meliputi struktur organisasi, metode, dan ukuran-ukuran yang dikoordinasikan untuk menjaga *asset* organisasi, mengecek ketelitian dan keandalan data akuntansi, mendorong efisiensi dan mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen. Pengendalian *intern* merupakan peranan penting untuk mengarahkan, mengawasi, dan mengukur sumber daya suatu organisasi untuk mencegah, mendeteksi penggelapan (*fraud*) dan melindungi berbagai sumber daya organisasi baik yang berwujud maupun tidak berwujud (Renatarisza dan Max, 2013:161). Dilihat dari beberapa definisi di atas, pengendalian *intern* merupakan rencana dan tindakan organisasi dalam mengarahkan, mengawasi serta mengukur sumber daya yang dikoordinasikan untuk menjaga *asset* organisasi; mengecek ketelitian dan keandalan data akuntansi; dan mendorong ketaatan pada kebijakan yang ditetapkan.

2. Tujuan Pengendalian *Intern*

Menurut Mardi (2014:59) pengendalian *intern* yang dirumuskan pada suatu perusahaan harus memiliki tujuan dari pengendalian *intern*, antara lain:

- a. Menjaga keamanan harta milik perusahaan.
- b. Memeriksa ketelitian dan kebenaran informasi akuntansi.
- c. Meningkatkan efisiensi operasional perusahaan.
- d. Membantu menjaga kebijaksanaan manajemen yang telah ditetapkan.

Setiap perusahaan memiliki kepentingan yang berbeda sesuai tujuan yang ingin dicapai, maka TMBooks (2015:49) mengemukakan tujuan pengendalian *intern* meliputi: efisiensi dan efektivitas operasi, reliabilitas pelaporan keuangan, kepatuhan pada peraturan dan hukum yang berlaku, dan menjaga keamanan *asset*. Oleh karena itu manajemen seharusnya menyusun tujuan pengendalian *intern* secara rinci untuk setiap siklus transaksi yang ada. Guna mencapai tujuan pengendalian *intern* dibutuhkannya jaminan yang memadai agar kebijakan manajemen dipatuhi oleh karyawan perusahaan.

3. Unsur-Unsur Pengendalian *Intern*

Pendukung pelaksanaan sistem dalam pengendalian *intern* memerlukan beberapa unsur yang diperhatikan dan dijalankan dengan baik sehingga dapat menghasilkan pengendalian *intern* yang baik bagi operasional perusahaan. Menurut Mulyadi (2016:130-136) unsur-unsur sistem pengendalian *intern* adalah sebagai berikut:

a. Struktur organisasi yang memisahkan tanggung jawab fungsional secara tegas didasarkan prinsip berikut ini:

1) Fungsi-fungsi operasi dan penyimpanan harus dipisahkan dari fungsi akuntansi.

Kedua fungsi memiliki wewenang dan otorisasi dari manajer untuk menyimpan aktiva. Oleh karena itu, perlu dipisahkan dengan fungsi akuntansi yang tugasnya mencatat transaksi keuangan untuk menghindari kecurangan.

2) Suatu fungsi tidak boleh diberi tanggung jawab penuh untuk melaksanakan semua tahap suatu transaksi.

Terutama pada fungsi operasi dan fungsi penyimpanan, dikhawatirkan terjadi kesalahan dalam pencatatan sehingga data akuntansi yang dihasilkan tidak dapat dipercaya dan keamanan *asset* organisasi tidak terjamin.

b. Sistem wewenang dan prosedur pencatatan yang memberikan perlindungan yang cukup terhadap *asset*, utang, pendapatan, dan beban.

Diperlukannya otorisasi untuk menyetujui dan mengatur sistem pembagian wewenang dalam pembuatan transaksi menggunakan formulir serta diperlukannya pengawasan. Bagi pihak lain formulir berfungsi untuk mencatat akuntansi dengan tingkat ketelitian dan keandalan yang tinggi.

c. Praktik yang sehat dalam pelaksanaan tugas dan fungsi dari setiap unit organisasi.

Pembagian tanggung jawab fungsional sistem wewenang dan prosedur pencatatan praktik yang sehat perusahaan perlu melakukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Penggunaan formulir bernomor urut harus dipertanggung jawabkan sesuai terlaksananya transaksi untuk melaksanakan pengendalian pemakaian.
- 2) Pemeriksaan mendadak (*surprised audit*), dapat mendorong karyawan melaksanakan fungsinya sesuai dengan tanggung jawab.
- 3) Pelaksanaan transaksi perlu dilakukan campur tangan dari unit lain sehingga setiap unit melaksanakan praktik yang sehat dalam pelaksanaan tugasnya.
- 4) Perputaran jabatan (*job rotation*) yang rutin akan menjaga kebebasan karyawan dalam melaksanakan tugasnya sehingga tidak ada persengkongkolan antar karyawan.
- 5) Kewajiban pengambilan cuti untuk mengungkapkan kecurangan yang mungkin terjadi pada departemen yang bersangkutan.
- 6) Pencocokan fisik *asset* dan catatannya secara periodik untuk menjaga, mengecek ketelitian dan keandalan catatan akuntansi.
- 7) Pembentukan unit organisasi untuk melaksanakan tanggung jawab fungsi terhadap direktur utama yang bertugas untuk mengecek efektivitas unsur-unsur sistem pengendalian *intern* yang lain.

d. Mutu karyawan sesuai dengan tanggung jawab.

Karyawan yang kompeten dan jujur dapat mengurangi penyimpangan yang terjadi dengan begitu perusahaan dapat melakukan cara sebagai berikut:

- 1) Seleksi karyawan berdasarkan syarat yang memenuhi kriteria tuntutan manajemen.
- 2) Adanya pelatihan kerja sesuai dengan tuntutan pekerjaan.

Tujuan sistem pengendalian *intern* tidak akan tercapai apabila karyawan tidak kompeten dan tidak jujur, meskipun tiga unsur pengendalian yang lain cukup kuat. Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa dari semua unsur yang ada unsur yang peranannya paling besar adalah karyawan yang mutunya sesuai dengan tanggung jawabnya. Hal ini dikarenakan karyawanlah yang menjalankan, sedangkan yang lain hanyalah sistem dan prosedural.

4. Pengawas Tambahan dalam Sistem Pengendalian *Intern*

Menurut Baridwan (1991:16-17) ada beberapa pengawasan tambahan yang digunakan dalam sistem pengendalian *intern* guna menjamin berlakunya sistem pengawasan *intern* dengan baik sehingga diperlukannya pengawasan tambahan yang terdiri dari laporan, standar atau *budget*, dan suatu staf audit *intern*:

- a. Laporan merupakan alat perusahaan untuk mempertanggungjawabkan tugas-tugasnya, supaya atasan dapat mengetahui progress pekerjaan yang sudah terlaksana. Laporan-laporan disusun secara periodik.
- b. Standar atau *Budget* merupakan alat untuk mengukur realisasi. Laporan bisa disusun dengan membandingkan antara realisasi dengan *budget* atau standarnya, sehingga akan diketahui penyimpangan yang terjadi di perusahaan.
- c. Staff audit *intern* merupakan bagian dalam perusahaan yang tugasnya melakukan pemeriksaan pelaksanaan prosedur-prosedur yang telah ditetapkan sebagai alat pengawasan *intern* yang lain. Fungsi lain untuk mengetahui pelaksanaan dan keadaan baik buruknya suatu perusahaan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian menyesuaikan obyek penelitian, karena metode digunakan sebagai bahan dasar dan panduan untuk mencapai tujuan. Jenis penelitian yang digunakan peneliti adalah deskriptif. Menurut Timotius (2017:51) penelitian deskriptif adalah penelitian yang memberikan uraian tentang permasalahan atau suatu keadaan di suatu obyek penelitian tanpa adanya perlakuan terhadap obyek tersebut. Pendapat lain penelitian deskriptif adalah mengkaji bentuk aktivitas, karakteristik, perubahan, hubungan, persamaan dan perbedaannya dengan fenomena lain (Nana Staodih Sukmadinata 2010 yang dikutip oleh Baharudin, 2014:6)

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif. Creswell (2012:16) yang dikutip oleh Ahmadi (2016:16) menegaskan bahwa penelitian kualitatif sangat cocok untuk memecahkan suatu masalah penelitian tanpa diketahui variabelnya dan penelitian ini perlu eksplorasi fenomena dari sebuah perspektif. Pendapat lain, metode kualitatif adalah jenis penelitian yang temuannya tidak boleh menggunakan prosedur statistik atau berbentuk hitungan lainnya (bersifat deskriptif) sehingga dapat mengungkapkan peristiwa secara holistik-kontekstual melalui pengumpulan data secara langsung dan memanfaatkan diri peneliti sebagai instrument kunci (Sugiarto, 2015:8).

Kesimpulan dari beberapa definisi di atas, penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif untuk mengeksplorasi peristiwa yang ada di lapangan secara sistematis dengan fakta-fakta dan interpretasi guna mengetahui perbedaan dengan fenomena lain. Sedangkan metode studi kasus berupa kondisi yang dapat diamati secara langsung dapat menemukan kebenaran sehingga dapat dipelajari dan mengimplementasikan solusi yang ditawarkan oleh peneliti.

B. Fokus Penelitian

Fokus penelitian penting untuk membatasi studi kasus dalam penelitian sehingga bahasan dalam penelitian tidak melebar dan searah dengan rumusan masalah. Hal ini akan mempermudah peneliti karena dengan begitu peneliti mengetahui hal-hal yang diutamakan untuk diketahui dan dibahas dalam melakukan penelitian. Fokus penelitian dalam penyusunan skripsi ini adalah:

1. Sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan pengajuan pembayaran klaim pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora, meliputi:
 - a. Dokumen yang digunakan.
 - b. Fungsi yang terkait.
 - c. Jaringan prosedur yang membentuk sistem (bagan alir yang digunakan).
2. Peningkatan pengendalian *intern* pada sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan pengajuan pembayaran klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora melalui:
 - a. Struktur organisasi.

- b. Sistem wewenang dan prosedur pencatatan.
- c. Praktik yang sehat.
- d. Mutu karyawan dilihat dari tanggung jawabnya.

C. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora yang berlokasi di Jalan Gunung Sumbing No 24 Blora 58211, Jawa Tengah. Ada beberapa alasan peneliti memilih obyek penelitian tersebut karena banyaknya masyarakat yang belum memahami secara betul sistem prosedur BPJS Kesehatan sehingga menyebabkan banyaknya tunggakan premi yang belum terbayarkan sebesar Rp 5,3 M, rendahnya minat masyarakat Blora untuk mendaftar di BPJS Kesehatan sebanyak 62,95% dibandingkan Rembang 82,23% dan Pati 69,27% serta belum dilakukannya pendekatan ke Pemerintah Daerah untuk melakukan sosialisasi ke masyarakat sehingga peraturan di Undang-Undang belum tercapai.

D. Sumber Data

“Sumber data penelitian dapat diartikan subyek yang menyediakan data penelitian atau data siapa dan dimana data penelitian itu diperoleh” (Muharto dan Arisandy, 2016:82). Tokan (2016:75) mengemukakan 2 jenis sumber data yaitu sumber data primer dan sumber data sekunder. Menurut Yusuf (2014:369) seorang peneliti perlu memilih cara untuk menentukan sumber data yang akan dijadikan subyek penelitian yaitu menggunakan *purposive sampling* dilandasi dengan tujuan atau pertimbangan tertentu terlebih dahulu, oleh karena itu

pengambilan informasi dari seorang informan didasarkan pada maksud, tujuan dan kegunaan yang telah ditetapkan sebelumnya yakni dengan pihak-pihak yang berkaitan langsung dalam pelaksanaan pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan penanganan klaim. Penelitian ini menggunakan dua sumber data, yaitu:

1. Data primer

Data primer merupakan sumber data penelitian yang diperoleh secara langsung dari lokasi penelitian (tidak melalui media perantara). Data primer dapat berupa opini subyek secara individual atau kelompok. Data primer dalam penelitian ini dihasilkan dari proses wawancara. Sumber data yang berkepentingan sebagai *key* antara lain Dita Utaminingsih (32 tahun) selaku Kepala Kantor Layanan Operasional, Ginanjar Rahayu (36 tahun) selaku Verifikator Penjaminan Manfaat serta Prasetyo Pambudi (25 tahun) selaku Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan. Data primer yang diambil berupa fungsi yang terkait mengenai pengikatan polis yang dilakukan oleh peserta, pembayaran premi yang dilakukan oleh peserta setiap bulannya dan pengajuan pembayaran klaim yang dilakukan oleh pihak fasilitas kesehatan.

2. Data sekunder

Data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh peneliti secara tidak langsung melalui perantara (diperoleh dan dicatat oleh pihak lain) tetapi tetap memiliki relevansi. Data sekunder berupa bukti, catatan, atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip (data dokumenter) yang

dipublikasikan dan tidak dipublikasikan. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari website, dokumen yang berkaitan dengan sistem pengikatan polis (prosedur pendaftaran peserta BPJS Kesehatan), penerimaan pembayaran premi, dan pengajuan pembayaran klaim.

E. Teknik Pengumpulan Data

Menurut Sugiyono (2012:225) ada 4 macam teknik pengumpulan data yaitu teknik observasi, wawancara, dokumentasi, dan gabungan/triangulasi. Namun teknik yang digunakan peneliti untuk melakukan penelitian ada 2 macam, yaitu:

1. Pengumpulan data primer:

Pengumpulan data menggunakan teknik wawancara yang dilakukan di obyek penelitian secara langsung dengan proses interaksi atau komunikasi secara langsung antara peneliti dan responden dengan tujuan untuk mengumpulkan data primer (Yusuf, 2014:372). Jenis wawancara yang digunakan oleh peneliti adalah wawancara semi-terstruktur (*semistructured interview*) yaitu jenis wawancara yang dilakukan lebih mendalam dibandingkan wawancara terstruktur tujuannya untuk menemukan permasalahan lebih terbuka dalam menggali informasi dari seorang informan baik dari segi pendapat dan idenya, sehingga peneliti harus mendengarkan secara teliti dan mencatat informasi yang telah disampaikan (Sugiyono 2012:233).

2. Pengumpulan data sekunder

Data yang tidak diperoleh dari obyek penelitian secara langsung tetapi sumber tersebut telah dikumpulkan oleh pihak lain dengan begitu peneliti menggunakan teknik pengumpulan data sekunder dengan cara studi dokumentasi dan literatur (Hayadi, 2016:42). Langkah yang harus dilakukan peneliti adalah mengumpulkan dokumen, laporan dan catatan perusahaan yang berhubungan dengan data yang dibutuhkan untuk diteliti lebih lanjut. Oleh karena itu, peneliti perlu terjun langsung ke lokasi penelitian untuk mengetahui keadaan perusahaan secara detail.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat untuk mengambil data yang dapat dilakukan dengan pedoman wawancara atau pedoman dokumenter atau pedoman pengamatan atau pedoman kuisioner (Gulo, 2008:123). Ada 3 instrumen penelitian yang digunakan antara lain :

1. Peneliti Sendiri

Berdasarkan penelitian kualitatif, peneliti merupakan instrumen yang paling utama dan mendasar, karena peneliti memiliki peran sebagai perencana, pelaksana, penganalisis data, serta menjadi pelopor dari hasil kegiatan penelitiannya.

2. Pedoman Wawancara

Langkah yang dilakukan adalah mengumpulkan data dengan cara tanya jawab secara langsung dengan pihak-pihak yang terkait seperti Kepala Kantor Layanan Operasional, Verifikator Penjaminan Manfaat serta Staf Perluasan

Peserta dan Kepatuhan. Tanya jawab di *list* terlebih dahulu walaupun dalam proses wawancara peneliti dapat mengembangkan pertanyaannya sesuai topik. Pertanyaan ini ditunjukkan kepada unit yang terkait dengan kebutuhan peneliti.

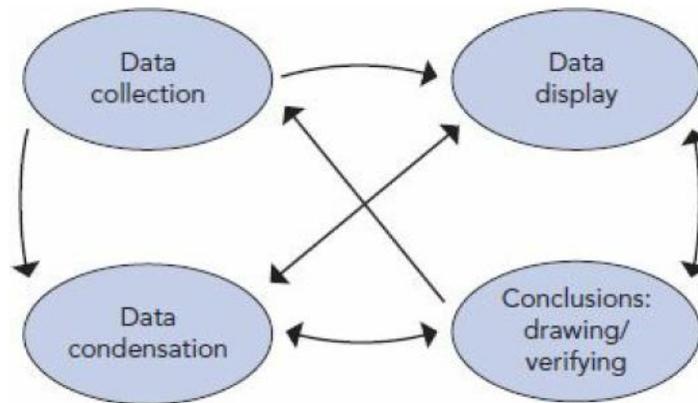
3. Pedoman Dokumentasi

Langkah yang dilakukan dengan cara mencatat informasi dan mengarahkan dalam pengumpulan data dari sumber yang sudah tercetak dalam perusahaan seperti formulir dan dokumen terkait dengan data yang dibutuhkan oleh peneliti. Instrumen penunjang lainnya seperti *handphone* untuk merekam informasi yang diperoleh selama penelitian di lapangan. Kesimpulannya jumlah variabel yang diteliti akan mempengaruhi jumlah instrumen penelitian. Sehingga instrumen penelitian dapat mengukur fenomena secara spesifik yang dinamakan variabel penelitian. Hal tersebut dapat diberikan definisi operasional dan dilakukan pengukuran.

G. Analisis Data

Analisis data yang digunakan adalah kualitatif. Menurut Siyoto & Muhammad (2015:109) “analisis data adalah pengelolaan dan penafsiran data dengan kegiatan penelaahan, pengelompokan, sistematisasi, penafsiran dan verifikasi supaya suatu fenomena dapat mempunyai nilai sosial, akademis dan ilmiah”. Sehingga analisis data dilakukan oleh peneliti untuk menggambarkan kejadian sebenarnya di obyek penelitian dengan didukung beberapa informasi yang mendukung. Menurut Miles dkk (2014:8-10) ada 3 tahapan pengumpulan

data dan masing-masing komponen akan dieksplorasi secara lebih mendalam pada gambar 2.



Gambar 2. Komponen dalam Analisis Data (*Interactive model*)
 Sumber : Miles dkk (2014:17)

1. *Data collection* (pengumpulan data)

Pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti dari berbagai sumber yaitu sumber data primer yang diambil dari hasil wawancara dengan nara sumber dan dokumen yang diambil dari arsip (data dokumenter) perusahaan.

2. *Data condensation* (data kondensasi)

Kondensasi data mengacu pada proses memilih, memfokuskan, menyederhanakan, mengabstrakkan dan mentransformasi data yang telah diperoleh dari lapangan baik itu berasal dari catatan lapangan yang ditulis, hasil wawancara, dokumentasi dan data empiris lainnya. Data proses kondensasi/transformatasi berlanjut setelah penelitian lapangan selesai sampai laporan akhir lengkap. Setelah itu data tersebut diatur untuk ditarik sebuah kesimpulan dan diversifikasi.

3. Data *display* (penyajian data)

Penelitian kualitatif penyajian data dapat dilakukan dengan cara terorganisir dan mengumpulkan informasi yang terkompresi. Tampilan data ini dirancang untuk mengumpulkan data yang telah diorganisasikan supaya dapat diakses sehingga peneliti dapat menganalisis sesuai keadaan di lapangan sehingga dapat menyimpulkannya atau bahkan beralih ke analisis selanjutnya.

4. *Conclusions: drawing/verifying* (kesimpulan dan verifikasi)

Penelitian disebut *kredibel* jika kesimpulan awal di dukung dengan bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan dengan menggunakan konfirmabilitas yaitu keabsahannya. Sehingga kesimpulan dalam penelitian kualitatif adalah temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada karena deskripsi atau gambaran suatu obyek belum jelas.

Setelah data dari hasil wawancara dan dokumen yang dibutuhkan telah terkumpul selanjutnya dilakukan langkah-langkah analisis data dalam penelitian yang mencakup hal-hal sebagai berikut:

1) Menganalisis sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan pengajuan pembayaran klaim di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora. Analisis yang akan dilakukan mencakup beberapa hal yaitu:

a) Bagan alir (*flowchart*)

Analisis dilakukan dengan cara menganalisis bagan alir (*flowchart*) sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan pengajuan

pembayaran klaim. Peneliti menggali informasi sistem yang ditetapkan di perusahaan dan mengamati apakah sistem yang dijalankan BPJS Kesehatan sudah baik atau belum.

b) Dokumen yang Digunakan

Analisis yang akan dilakukan peneliti dengan cara menganalisis semua dokumen transaksi yang digunakan dalam sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan pengajuan pembayaran klaim, peneliti menggali informasi dokumen atau berkas yang digunakan sudah sesuai dengan teori atau belum.

c) Fungsi yang Terkait

Analisis yang akan dilakukan peneliti dengan cara menganalisis semua fungsi yang berkaitan dengan sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan pengajuan pembayaran klaim, peneliti ingin mengetahui apakah setiap fungsi sudah berjalan dengan baik dan sesuai dengan masing-masing tanggung jawabnya.

- 2) Menganalisis pengendalian *intern* yang telah dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora. Kegiatan ini dilakukan untuk menciptakan pengendalian *intern* yang baik guna meminimalisir kesalahan yang biasa terjadi. Hal-hal yang berkaitan dengan pengendalian *intern* sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan pengajuan pembayaran klaim.

a) Struktur Organisasi

Analisis yang dilakukan oleh peneliti dengan cara menganalisis pemisahan tanggung jawab masing-masing fungsi secara jelas yang berkaitan dengan sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan pengajuan pembayaran klaim guna mengetahui secara detail *job description*.

b) Sistem Wewenang dan Prosedur Pencatatan

Analisis yang dilakukan oleh peneliti dengan cara menganalisis otorisasi pada sistem pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan pengajuan pembayaran klaim sehingga data yang dihasilkan bersifat akurat karena telah diotorisasi oleh pihak yang berwenang di fungsi yang berkaitan.

c) Praktik yang sehat

Peneliti dengan melakukan analisis praktik pengendalian *intern* yang baik dengan cara antara lain: penggunaan formulir yang bernomor urut, pemeriksaan mendadak, keharusan pengambilan cuti dan pencocokan kekayaan fisik dan catatan akuntansi.

d) Mutu karyawan sesuai dengan tanggung jawabnya.

Analisis dilakukan dengan cara melihat tingkat kompetensi yang dimiliki masing-masing karyawan, hal itu dapat dilakukan dengan cara seleksi ketat yang dilakukan perusahaan dari awal penerimaan karyawan sesuai syarat kompetensi yang dibutuhkan oleh perusahaan sampai

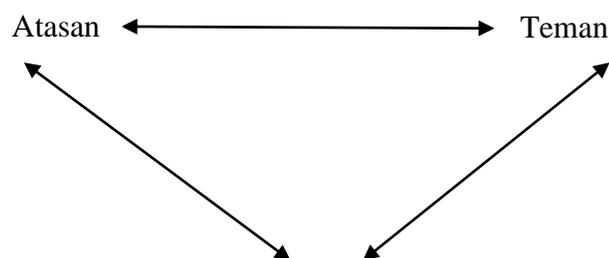
pengembangan kemampuan dan tanggung jawab karyawan selama menjadi karyawan perusahaan.

H. Keabsahan/Validitas Data

Data adalah sesuatu yang diuji dalam penelitian kualitatif dan uji keabsahan data selalu ditekankan pada aspek validitas untuk mengetahui keabsahan data yang diperoleh selama proses penelitian. Menurut Sugiyono (2012:270-277) keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji *credibility* (validitas internal), *transferability* (validitas eksternal), *dependability* (reliabilitas), dan *confirmability* (obyektivitas). Penelitian kualitatif, temuan atau data dapat dinyatakan valid apabila tidak ada (*gap*) perbedaan antara hasil penelitian dengan apa yang sesungguhnya terjadi di obyek penelitian.

Beberapa cara yang digunakan dalam uji kredibilitas data atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif antara lain melalui perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan, triangulasi, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negatif dan *membercheck* yang nyata di obyek penelitian secara langsung serta menginterpretasi data autentik (Sugiyono, 2012:270). Sesuai jenis dan tujuan penelitian, teknik yang sesuai dengan penelitian ini menggunakan triangulasi data/sumber dan *membercheck* dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Triangulasi Data/Sumber



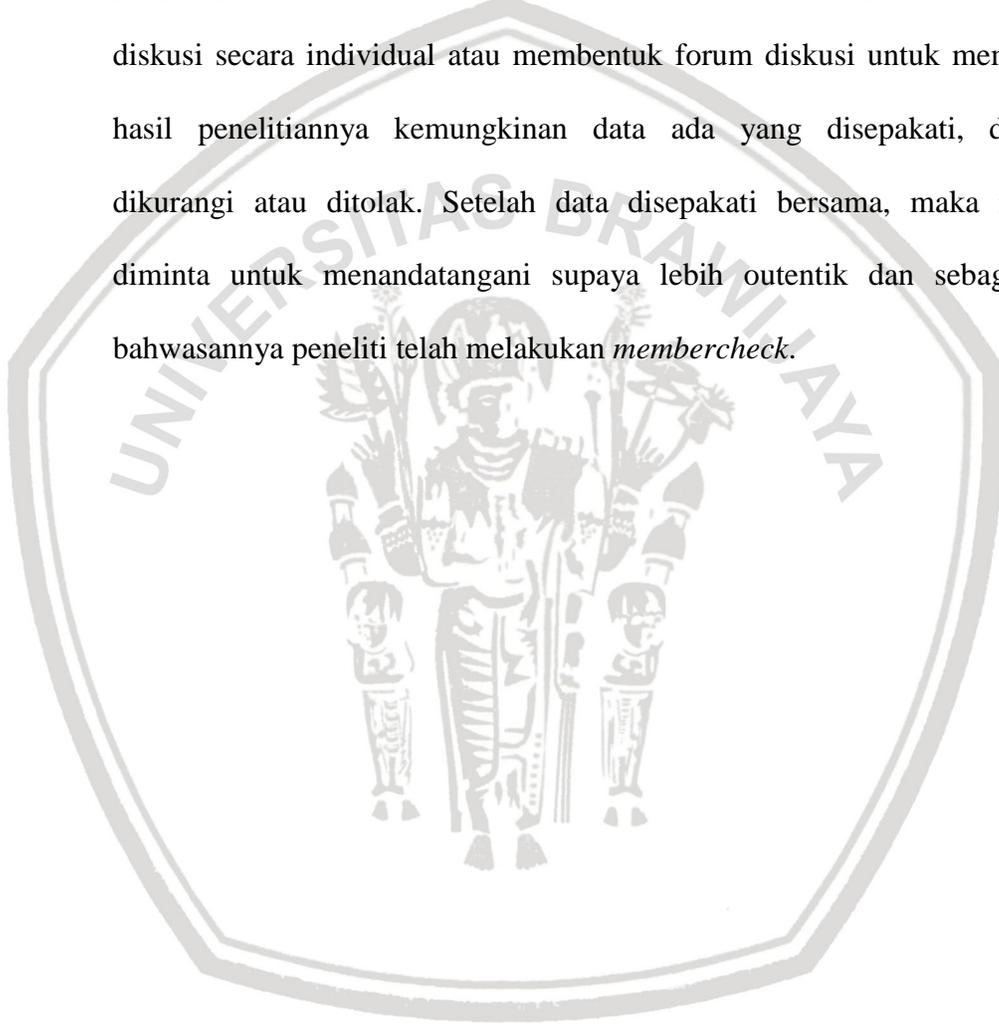
Bawahan

Gambar 3. Triangulasi sumber data
Sumber : Sugiyono, 2012

Membandingkan dan mengecek baik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan cara yang berbeda dalam metode kualitatif dengan cara membandingkan data pengamatan dengan hasil wawancara, membandingkan apa yang dikatakan di publik dengan yang dikatakan secara pribadi, membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakan sepanjang masa, membandingkan berbagai perspektif, dan membandingkan hasil wawancara dengan isi dokumen yang berkaitan (Moleong, 2006 dan Bardiansyah, 2006) yang dikutip Bungin, (2007:264-265). Peneliti melakukan perbandingan melalui berbagai sumber informan dari jenis data yang dihasilkan oleh fungsi yang berbeda, sehingga ditemukan pendapat yang sesuai kenyataan dan apa adanya saat pelaksanaan penelitian. Peneliti melakukan wawancara terhadap tiga informan atau narasumber di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora.

2. *Membercheck*

Membercheck adalah proses pengecekan data yang diperoleh peneliti dari informan dengan tujuan mengetahui seberapa jauh data yang diperoleh sesuai dengan apa yang diberikan oleh informan sehingga valid dan dapat digunakan dalam penulisan laporan. Pelaksanaan *membercheck* ini dapat dilakukan jika pengumpulan data telah selesai dilakukan selanjutnya peneliti melakukan diskusi secara individual atau membentuk forum diskusi untuk memaparkan hasil penelitiannya kemungkinan data ada yang disepakati, ditambah, dikurangi atau ditolak. Setelah data disepakati bersama, maka informan diminta untuk menandatangani supaya lebih outentik dan sebagai bukti bahwasannya peneliti telah melakukan *membercheck*.



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Perusahaan

1. Sejarah Singkat Perusahaan

Berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968 mengeluarkan kebijakan yang mengatur tentang pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya. Prof. Dr. G.A. Siwabessy sebagai Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang dinyatakan sebagai cikal-bakal Asuransi Kesehatan Nasional. Tahun 1984 untuk meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan dapat dikelola secara profesional, Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya dengan perubahan status badan penyelenggara menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti. Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 tentang status Perum yang telah diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri. PT. Askes (Persero) diberi tugas oleh Pemerintah melalui Departemen Kesehatan RI, sesuai Keputusan Menteri



Kesehatan RI Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005, sebagai Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM/ASKESKIN). Atas dasar Prinsip Penyelenggaraan yang mengacu pada :

- 1) Diselenggarakan secara serentak di seluruh Indonesia dengan asas gotong royong sehingga terjadi subsidi silang.
- 2) Mengacu pada prinsip asuransi kesehatan sosial.
- 3) Pelayanan kesehatan dengan prinsip *managed care* dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang.
- 4) Program diselenggarakan dengan prinsip nirlaba.
- 5) Menjamin adanya probabilitas dan ekuitas dalam pelayanan kepada peserta.
- 6) Adanya akuntabilitas dan transparansi yang terjamin dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektifitas.

Sehingga mulai tanggal 1 Januari 2014, PT Askes Indonesia (Persero) berubah nama menjadi BPJS Kesehatan, masa persiapan transformasi tersebut selama 2 tahun terhitung mulai 25 November 2011 sampai dengan 31 Desember 2013. Dewan Komisaris dan Direksi PT Askes (Persero) dalam masa persiapan transformasi ditugasi untuk menyiapkan operasional BPJS Kesehatan, menyiapkan pengalihan *asset*, liabilitas, pegawai serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan. Penyiapan operasional BPJS Kesehatan mencakup:

- 1) Penyusunan sistem dan prosedur operasional BPJS Kesehatan

- 2) Sosialisasi kepada seluruh pemangku kepentingan
- 3) Penentuan program jaminan kesehatan yang sesuai dengan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN)
- 4) Koordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk mengalihkan penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).
- 5) Koordinasi dengan KemHan, TNI dan POLRI untuk mengalihkan penyelenggaraan program pelayanan kesehatan bagi anggota TNI/POLRI dan PNS di lingkungan KemHan, TNI/POLRI.
- 6) Koordinasi dengan PT Jamsostek (Persero) untuk mengalihkan penyelenggaraan program jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek.

Menteri Keuangan mengesahkan laporan posisi keuangan pembuka BPJS Kesehatan dan laporan keuangan pembuka dana jaminan kesehatan. Mulai 1 Januari 2014, program-program jaminan kesehatan sosial yang telah diselenggarakan oleh pemerintah dialihkan kepada BPJS Kesehatan. Sejak beroperasinya BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat, Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Republik Indonesia tidak lagi menyelenggarakan program pelayanan kesehatan bagi pesertanya, kecuali untuk pelayanan kesehatan tertentu berkaitan dengan kegiatan operasionalnya yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden dan PT Jamsostek (Persero) tidak lagi menyelenggarakan program jaminan pemeliharaan kesehatan.

2. Profil Perusahaan

a. Logo BPJS Kesehatan



E

Gambar 4. Logo BPJS Kesehatan

Sumber : BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora

Elemen disain logo BPJS Kesehatan berupa jenis huruf, warna dan ketentuan penggunaan, mencerminkan dan memperkuat inti dari sebuah organisasi. Makna logo BPJS Kesehatan adalah:

- 1) Makna visual logo terdiri dari 4 elemen, yaitu:
 - a) Pemerintah
 - b) Fasilitas Kesehatan
 - c) Peserta BPJS Kesehatan
 - d) Instansi/ Penyelenggara BPJS Kesehatan
- 2) Bentuk dasar logo dengan 4 elemen penting yang saling berkaitan erat, hal ini dapat divisualisasikan 4 orang yang saling bergandengan, saling merangkul, saling berpelukan, dan gotong royong mengitari 4 panah berputar-*whitecross* yang membentuk siklus *escher** secara terus menerus dan tidak pernah berhenti dalam melayani-melindungi-menjamin kesehatan nasional yang berkualitas sehingga BPJS Kesehatan menjadi badan penyelenggara kesehatan nasional yang handal, unggul dan terpercaya. Di sisi lain logo ini

juga mencerminkan sebuah kepedulian, kebersamaan, serta kepercayaan dalam memberikan kepastian pelayanan, perlindungan dan jaminan kesehatan sebagai dasar kebaikan untuk seluruh masyarakat Indonesia.

- 3) Makna warna biru pada logo melambangkan kejujuran dan kedamaian sedangkan warna hijau pada logo melambangkan kemurnian dan kesehatan. BPJS Kesehatan senantiasa menciptakan masyarakat yang sehat sehingga tercipta suasana kedamaian dan kesejahteraan.

b. Sasaran BPJS Kesehatan

- 1) Tercapainya kepesertaan semesta sesuai peta jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional tahun 2019.
- 2) Tercapainya jaminan pemeliharaan kesehatan yang optimal dan berkesinambungan.
- 3) Terciptanya kelembagaan BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

c. Visi dan Misi

Visi

“Cakupan Semesta 2019”

Paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar

kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

Misi

- 1) Membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- 2) Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan.
- 3) Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.
- 4) Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.
- 5) Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen risiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan.
- 6) Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung keseluruhan operasionalisasi BPJS Kesehatan.

3. Tata Nilai Organisasi

BPJS Kesehatan memiliki beberapa prinsip tata nilai organisasi yang

baik guna meningkatkan perkembangan organisasi sehingga perlu adanya kesesuaian dengan aturan perundang-undangan, sehingga perlu adanya 4 tata nilai ini. Tujuan diterapkannya tata kelola yang baik antara lain supaya dapat bersaing, mendorong pengelolaan organisasi secara profesional, pengambilan keputusan didasarkan pada undang-undang, meningkatkan kontribusi JKN dengan melibatkan mitra dan menjalankan amanah secara transparan menurut peraturan perundang-undangan. Tata Kelola yang dijalankan BPJS Kesehatan, antara lain:

a. Integritas

Yaitu prinsip dalam menjalankan setiap tugas dan tanggung jawab melalui keselarasan berpikir, berkata dan berperilaku sesuai keadaan sebenarnya. Hal ini berkaitan dengan hati kemampuan olah nurani yang mencakup antara lain kejujuran, ketulusan, komitmen dan sebagainya.

b. Profesional

Yaitu karakter dalam menjalankan tugas dengan kesungguhan, sesuai kompetensi dan tanggung jawab yang diberikan. Perlunya kompetensi yang mendasari kinerja seseorang sehingga dalam melakukan suatu pekerjaan dapat dipahami secara detail.

c. Pelayanan Prima

Yaitu tekad dalam memberikan pelayanan terbaik dengan ikhlas kepada seluruh peserta BPJS Kesehatan.

d. Efisiensi Operasional

Yaitu upaya untuk mencapai kinerja optimal melalui perencanaan yang

tepat dan penggunaan anggaran yang rasional sesuai kebutuhan.

4. Tenaga Kerja

Sumber daya yang berperan penting dalam menjalankan aktivitas operasional di dalam suatu perusahaan adalah tenaga kerja. Jumlah tenaga kerja di BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota terbilang masih minim jika dibandingkan dengan jumlah *load* kerja yang dilakukan, rinciannya sebagai berikut:

Tabel 1. Tenaga Kerja Berdasarkan Jabatan di BPJS Kesehatan

| No | Jabatan | Jumlah |
|----|--|--------|
| 1 | Kepala Kantor Layanan Operasional | 1 |
| 2 | Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan | 2 |
| 3 | Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta | 2 |
| 4 | Verifikator Penjaminan Manfaat. | 2 |
| 5 | Satpam | 3 |
| 6 | Tenaga Kebersihan | 1 |
| 7 | <i>Driver</i> | 1 |

Sumber: BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora

Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten/Kota Blora berstatus KLO dikarenakan wilayah Kota Blora dikategorikan penduduknya sedikit sehingga wilayah Kabupaten/Kota Blora dan Rembang dibawah oleh Kantor Cabang Pati. Sehingga, tenaga kerja di Kantor Kabupaten/Kota berstatus staf, salah satu dari mereka tidak ada yang berperan menjadi kepala bidang dikarenakan struktur organisasi Kantor Cabang dan Kantor Kabupaten/Kota masih berkesinambungan.

Tenaga kerja di BPJS Kesehatan memiliki 5 hari kerja dan 2 hari libur dalam 1 minggu seperti kantor-kantor pada umumnya. Jam kerja yang ditampilkan hanya sebatas formalitas belaka, karena pasalnya diluar jam tersebut karyawan masih mengerjakan tanggung jawabnya yang belum terselesaikan. Adapun penggunaan jam kerjanya, sebagai berikut:

Tabel 2. Jam Kerja BPJS Kesehatan

| Hari Kerja | Jam Kerja | Jam Istirahat |
|------------------------------------|---------------------|---------------------|
| 1. Senin-Kamis | Pukul 07:30 – 16:30 | Pukul 12:00 – 13:00 |
| 2. Jumat | Pukul 07:30 – 17:00 | Pukul 11:30 – 13:00 |
| 3. Sabtu, Minggu dan Tanggal Merah | LIBUR | LIBUR |

Sumber: BPJS Kesehatan Kabupaten/Kota Blora

5. Produk yang Ditawarkan

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan yang dibentuk oleh badan hukum pemerintah supaya masyarakat Indonesia memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar premi. BPJS Kesehatan menawarkan beberapa kualitas pelayanan dan pemeriksaan di setiap fasilitas kesehatannya tergantung golongan yang dipilihnya. Pelayanan ini juga memberikan kebebasan premi kepada masyarakat yang kurang mampu dan dapat digolongkan dalam Penerima Bantuan Iuran (PBI) tetapi peserta PBI hanya dapat melakukan pelayanan dan pemeriksaan di fasilitas kesehatan tingkat ketiga. Biaya premi/iuran peserta PBI akan dibayarkan oleh Pemerintah yang disalurkan melalui dana Anggaran Pendapatan dan

Anggaran Belanja Negara (APBN) dan Anggaran Pendapatan dan Anggaran Belanja Daerah (APBD) bayaknya anggaran yang dianggarkan tergantung kondisi wilayah dan jumlah penduduknya.

Masyarakat yang sudah mempunyai kartu JKN-KIS bisa mendapatkan pelayanan berobat gratis di Fasilitas Kesehatan Pertama dan Lanjutan yang sudah menjadi mitra BPJS Kesehatan dengan prosedur berjenjang. Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilakukan sesuai dengan kebutuhan medis, pada pelayanan tingkat pertama peserta berobat ke fasilitas kesehatan primer (pertama) seperti Puskesmas, Klinik, Rumah Sakit Kelas D (Rumah Sakit yang didirikan di desa tertinggal, perbatasan atau kepulauan), dan Praktik Dokter atau Dokter Gigi. Apabila peserta memerlukan pelayanan lebih lanjut, maka Fasilitas Kesehatan Pertama membuat surat rujukan yang dapat digunakan di Fasilitas Kesehatan Lanjutan seperti Rumah Sakit Umum, Klinik Spesialis dan Rumah Sakit Khusus.

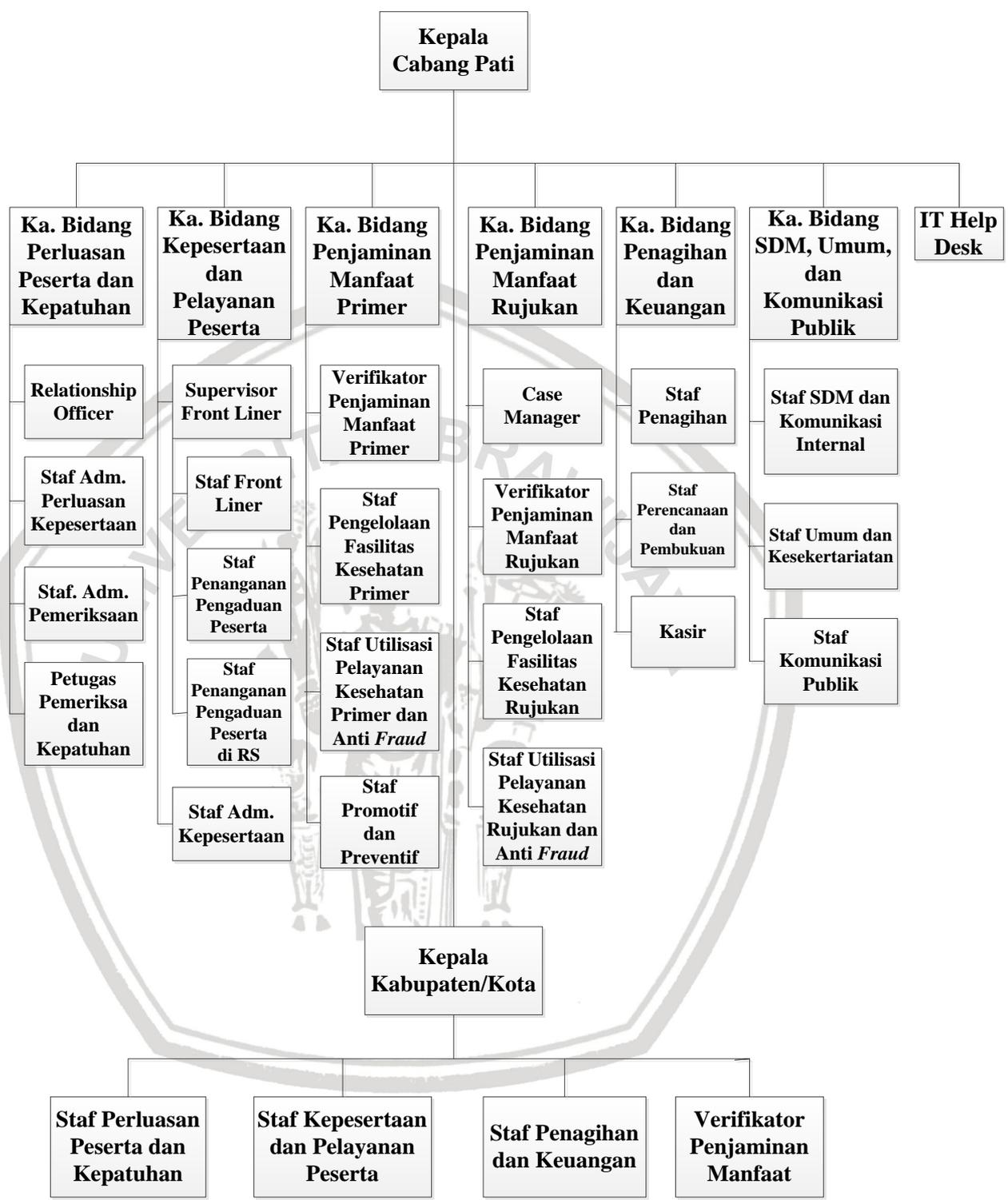
B. Penyajian Data

1. Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora

Peran struktur organisasi dalam suatu organisasi sangat penting guna mengetahui secara jelas tugas dan wewenang yang harus dilakukan oleh setiap karyawan ataupun seorang pimpinan kantor. Semua kantor pusat suatu perusahaan berada di Jakarta, meskipun BPJS Kesehatan baru dibentuk tahun 2014 namun Kantor Wilayah, Kantor Cabang bahkan

Kantor Layanan Operasional sudah tersebar di Indonesia hal ini bertujuan untuk menjangkau seluruh masyarakat dalam memberikan pelayanan. Kantor wilayah BPJS Kesehatan membawahi beberapa Kantor Cabang di suatu provinsi dan Kantor Cabang membawahi beberapa Kantor Layanan Operasional di setiap Kabupaten/Kota. Misalnya Kantor Cabang Pati yang membawahi 2 Kantor Layanan Operasional (KLO) yaitu Kota Rembang dan Kota Blora. Sebelum masuk Kantor Cabang Pati, Kota Blora ikut Kantor Cabang Kudus yang membawahi Kota Kudus, Pati, Grobogan, Jepara, Rembang dan Blora karena banyaknya pelayanan yang perlu dilakukan maka, Kantor Cabang Kudus dibagi menjadi 2 yaitu KC Kudus dan KC Pati. Pembagian wilayah ini ditentukan dari banyaknya jumlah penduduk dan Badan Usaha yang dimiliki suatu wilayah tersebut.

Sistem yang diterapkan di BPJS telah terkomputerisasi, sehingga memudahkan proses kinerja karyawan dan memberikan kemudahan koordinasi secara langsung dengan kantor pusat. Struktur organisasi dibentuk guna untuk menjalankan tujuan perusahaan yang bermanfaat bagi masyarakat. Bentuk struktur organisasi di BPJS Kesehatan bisa dikatakan ramping karena mengingat Kota Blora adalah kota kecil yang memiliki jumlah penduduk yang sedikit. Namun, dengan keadaan jumlah penduduk Kabupaten Blora sebanyak 891.320 jiwa diperlukan jumlah tenaga kerja BPJS Kesehatan yang memadai untuk menghindari adanya *double job*. Berikut bentuk struktur organisasi BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora yang dapat dilihat pada gambar 5.



Gambar 5. Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora
Sumber: BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora



2. Job Description

Deskripsi masing-masing jabatan di BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora dan Kepala Cabang Pati, sebagai berikut:

a. Job Description Kepala Cabang.

Kepala Cabang bertanggung jawab kepada Kepala Wilayah yang membawahi Kepala Kabupaten/Kota.

Tugas dari Kepala Cabang, yaitu:

- 1) Sasaran-sasaran yang akan memberikan kontribusi terhadap pencapaian misi jabatan
- 2) Memastikan tercapainya peningkatan jumlah peserta {Catatan: Badan Usaha Milik Negara (BUMN), Badan Usaha (BU) Swasta dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)}
- 3) Memastikan peningkatan pelayanan peserta BPJS Kesehatan yang optimal
- 4) Memastikan tersedianya validitas data peserta
- 5) Memastikan efektivitas peningkatan utilisasi realisasi utilisasi sesuai pedoman yang ditetapkan
- 6) Memastikan efektivitas peningkatan utilisasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
- 7) Memastikan penyerapan biaya pelkes sesuai alokasi anggaran yang sudah ditetapkan
- 8) Memastikan efektivitas terlaksananya kegiatan anti *fraud*
- 9) Memastikan tercapainya target pendapatan iuran
- 10) Memastikan peningkatan tingkat pencapaian kolektibilitas iuran

- 11) Memastikan peningkatan implementasi tata nilai organisasi
- 12) Memastikan peningkatan progress pengelolaan risiko di Kantor Cabang
- 13) Memastikan peningkatan pengelolaan proses bisnis
- 14) Memastikan penyerapan biaya operasional (*non personil*) Kantor Cabang (KC) sesuai dengan ketentuan
- 15) Memastikan program/kegiatan kerja dijalankan sesuai ketentuan/pedoman yang berlaku

Wewenang dari Kepala Cabang, yaitu:

- 1) Tugas pertama mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Kewenangan atau otoritas pengambilan keputusan yang diberikan kepada pemangku jabatan tanpa memerlukan persetujuan dari atasannya
- 2) Tugas kedua mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Menjalin kerjasama dengan *stakeholder* setempat dalam merekrut peserta per segmen
 - b) Menyetujui pelaksanaan kegiatan terkait rekrutmen peserta
 - c) Melakukan monitoring atas pencapaian jumlah peserta di wilayah kerjanya
 - d) Mengevaluasi hasil pencapaian
 - e) Melakukan langkah *improvement* atas proses kerja dan kapasitas sumber daya yang dimiliki
- 3) Tugas ketiga mencakup beberapa wewenang, yaitu:

- a) Menjalin kerjasama strategis dengan *stakeholder* di wilayah kerjanya
 - b) Memastikan terlaksanakannya sosialisasi pedoman dan kebijakan pelayanan kepesertaan di wilayah kerjanya
 - c) Monitoring dan evaluasi efektifitas pelaksanaan sosialisasi dan implementasi pedoman pelayanan prima di sarana layanan peserta
 - d) Menindaklanjuti perbaikan atas *feedback* layanan
- 4) Tugas keempat mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Memastikan tersedianya data peserta yang valid di wilayah kerjanya
 - b) Menyetujui pelaksanaan kegiatan terkait pengelolaan validitas data peserta
 - c) Melakukan monitoring atas *output* pelaksanaan rekonsiliasi data peserta
 - d) Mengevaluasi pencapaian validitas data peserta
 - e) Menindaklanjuti *feedback* terkait validitas data kepesertaan dari Kedeputian Wilayah
- 5) Tugas kelima mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Memastikan tersedianya data *Utilisasi Reviw* (UR)
 - b) Memastikan terlaksananya pertemuan *Utilitas Review* (UR) dengan provider
 - c) Menyetujui pelaksanaan kegiatan terkait *Utilitas Review* (UR)
 - d) Melakukan monitoring atas *output* pelaksanaan kegiatan

- e) Mengevaluasi pencapaian realisasi *Utilitas Review* (UR) fasilitas kesehatan di wilayah kerjanya
 - f) Melakukan langkah perbaikan atas hasil pencapaian *Utilitas Review* (UR)
- 6) Tugas ke enam mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Memastikan tersedianya data *Utilisasi Reviw* (UR)
 - b) Memastikan terlaksananya pertemuan *Utilitas Review* (UR) dengan *provider*
 - c) Menyetujui pelaksanaan kegiatan terkait *Utilitas Review* (UR)
 - d) Melakukan mentoring atas *output* pelaksanaan kegiatan
 - e) Mengevaluasi pencapaian realisasi *Utilitas Review* (UR) fasilitas kesehatan di wilayah kerjanya
 - f) Melakukan langkah perbaikan atas hasil pencapaian *Utilitas Review* (UR)
- 7) Tugas ke tujuh mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Menyusun strategi operasional dalam upaya mengoptimalkan penyesuaian realisasi biaya pelkes terhadap anggaran
 - b) Menjalin kemitraan strategis dengan *provider* setempat dalam mencapai target
 - c) Melakukan monitoring pencapaian realisasi biaya
 - d) Mengevaluasi deviasi realisasi terhadap anggaran
 - e) Menindaklanjuti hasil *output* realisasi
- 8) Tugas ke delapan mencakup beberapa wewenang, yaitu:

- a) Menyusun strategi operasional dalam meningkatkan pendapatan iuran
 - b) Menjalinkan kemitraan dengan *stakeholder* setempat
 - c) Melakukan monitoring atas pencapaian pendapatan iuran
 - d) Mengevaluasi pencapaian realisasi pendapatan iuran
 - e) Melakukan langkah perbaikan atas *output* pencapaian
- 9) Tugas ke sembilan mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Menyusun strategi operasional dalam mencapai kolektibilitas iuran
 - b) Menjalinkan kemitraan dengan stakeholder setempat dalam mencapai kolektibilitas iuran
 - c) Melakukan monitoring atas pencapaian kolektibilitas iuran
 - d) Mengevaluasi pencapaian realisasi kolektibilitas iuran
 - e) Melakukan langkah perbaikan atas *output* pencapaian
- 10) Tugas ke sepuluh mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Memastikan terlaksananya sosialisasi terhadap pedoman tata nilai organisasi
 - b) Melakukan monitoring dan evaluasi implementasi tata nilai organisasi di lingkungan Kantor Cabang (KC)
- 11) Tugas ke sebelas mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Memastikan dilakukannya identifikasi risiko di Kantor Cabang (KC)
 - b) Memastikan terlaksananya penilaian risiko di Kantor Cabang (KC)

- c) Memastikan tersedianya mitigasi risiko program kerja di Kantor Cabang (KC)
- d) Mengevaluasi hasil mitigasi risiko program kerja di Kantor Cabang (KC)

12) Tugas ke dua belas mencakup beberapa wewenang, yaitu:

- a) Memastikan terimplementasinya proses bisnis di Kantor Cabang (KC)
- b) Mengevaluasi implementasi proses bisnis di Kantor Cabang (KC)

13) Tugas tiga belas mencakup beberapa wewenang, yaitu:

- a) Mengusulkan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA)
- b) Memastikan pelaksanaan kegiatan dan alokasi anggaran sesuai dengan ketentuan
- c) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan
- d) Menerima laporan hasil kegiatan dan anggaran

14) Tugas ke empat belas mencakup beberapa wewenang, yaitu:

- a) Mengidentifikasi hasil temuan
- b) Menindaklanjuti rekomendasi hasil temuan Satuan Pengawas Internal (SPI)
- c) Memastikan dilakukannya perbaikan proses dalam pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan ketentuan

b. *Job Description* Kepala Kabupaten/Kota.

Kepala Kabupaten/Kota bertanggung jawab kepada Kepala Cabang dan membawahi:

- 1) Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan
- 2) Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta
- 3) Staf Penagihan dan Keuangan
- 4) Verifikator Penjaminan Manfaat

Tugas dari Kepala Kabupaten/Kota, yaitu:

- 1) Memastikan pencapaian jumlah kepesertaan
- 2) Memastikan validitas data kepesertaan
- 3) Memastikan efektivitas peningkatan utilisasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
- 4) Memastikan efektivitas peningkatan utilisasi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL)
- 5) Memastikan pencapaian realisasi biaya pelkes
- 6) Memastikan efektivitas terlaksananya kegiatan anti *fraud*
- 7) Memastikan tercapainya target pendapatan iuran
- 8) Memastikan terlaksananya pencapaian kolektibilitas iuran
- 9) Memastikan terlaksananya sosialisasi dan edukasi hak dan kewajiban kepada peserta
- 10) Memastikan tersedianya identifikasi dan mitigasi risiko atas program kerja di unit kerja

Wewenang dari Kepala Kabupaten/Kota, yaitu:

- 1) Tugas pertama mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Menjalin kerjasama dengan *stakeholder* setempat dalam merekrut peserta per segmen

- b) Menyetujui pelaksanaan kegiatan terkait rekrutmen peserta
 - c) Melakukan monitoring atas pencapaian jumlah peserta di wilayah kerjanya
 - d) Melakukan langkah *improvement* atas proses kerja dan kapasitas sumber daya yang dimiliki
- 2) Tugas kedua mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Memastikan tersedianya data peserta yang valid di wilayah kerjanya.
 - b) Menyetujui pelaksanaan kegiatan terkait pengelolaan validitas data peserta
 - c) Melakukan mentoring atas *output* pelaksanaan rekonsiliasi data peserta.
 - d) Mengevaluasi pencapaian validitas data peserta.
 - e) Menindaklanjuti *feedback* terkait validitas data kepesertaan dari Kantor Cabang (KC)
- 3) Tugas ketiga mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Memastikan tersedianya data *Utilisasi Reviw* (UR)
 - b) Memastikan terlaksananya pertemuan *Utilisasi Reviw* (UR) dengan provider
 - c) Menyetujui pelaksanaan kegiatan terkait *Utilisasi Reviw* (UR)
 - d) Melakukan mentoring atas *output* pelaksanaan kegiatan
 - e) Mengevaluasi pencapaian realisasi *Utilisasi Reviw* (UR) fasilitas kesehatan di wilayah kerjanya

- f) Melakukan langkah perbaikan atas hasil pencapaian *Utilisasi Reviw* (UR)
- 4) Tugas keempat mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Menyusun *Plan of Action* (POA)
 - b) Menjalinkan kemitraan dengan provider setempat dalam mencapai target.
 - c) Melakukan monitoring pencapaian realisasi biaya
 - d) Mengevaluasi deviasi realisasi terhadap anggaran
 - e) Menindaklanjuti hasil *output* realisasi
- 5) Tugas kelima mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Menyusun *Plan of Action* (POA)
 - b) Mengidentifikasi potensi inefisiensi anggaran pelkes
 - c) Melakukan mentoring atas pencapaian realisasi biaya pelkes
 - d) Mengevaluasi pencapaian realisasi-realisasi dan kemungkinan terjadinya inefisiensi
 - e) Melakukan langkah perbaikan atas *output* pencapaian
- 6) Tugas keenam mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Menyusun *Plan of Action* (POA)
 - b) Menjalinkan kemitraan dengan stakeholder setempat
 - c) Melakukan mentoring atas pencapaian pendapatan iuran
 - d) Mengevaluasi pencapaian realisasi pendapatan iuran
 - e) Melakukan langkah perbaikan atas *output* pencapaian
- 7) Tugas ketujuh mencakup beberapa wewenang, yaitu:

- a) Menyusun *Plan of Action* (POA)
 - b) Melakukan kegiatan dan alokasi anggaran sesuai dengan ketentuan
 - c) Mentoring dan evaluasi pelaksanaan
 - d) Melaporkan hasil kegiatan dan anggaran
 - e) Memberikan saran dan rekomendasi terhadap permasalahan yang ditemukan
- 8) Tugas kedelapan mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Menyusun *Plan of Action* (POA)
 - b) Melaksanakan program kerja dan kegiatan sesuai *Plan of Action* (POA) serta Rencana Kerja dan Anggaran (RKA)
 - c) Memonitoring dan evaluasi hasil kegiatan sosialisasi
 - d) Melaporkan *output* hasil kegiatan sosialisasi hak dan kewajiban peserta
- 9) Tugas kesembilan mencakup beberapa wewenang, yaitu:
- a) Memonitoring terlaksananya identifikasi risiko Unit Kerja
 - b) Memastikan terlaksananya penilaian risiko unit kerja
 - c) Memastikan tersedianya penanganan risiko program kerja
 - d) Mengevaluasi hasil penanganan risiko program kerja

c. *Job Description* Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan.

Tugas dari Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan, yaitu:

- 1) Memastikan terkelolanya informasi/data/laporan dan administrasi berkaitan dengan kegiatan/fungsi perluasan peserta dan kepatuhan
- 2) Memastikan terlaksananya pedoman yang ditetapkan oleh organisasi

- 3) Memastikan terlaksananya administrasi kegiatan perluasan peserta dan kepatuhan

Wewenang dari Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan, yaitu:

- 1) Tugas pertama mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Melaksanakan fungsi administratif departemen/unit
 - b) Membuat usulan terkait fungsi departemen/unit
 - c) Menyediakan laporan/dukungan data terkait dengan fungsi departemen/unit
- 2) Tugas kedua mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Melaksanakan Standar Operasional Prosedur (SOP) sesuai fungsi departemen
 - b) Membuat usulan terkait Standar Operasional Prosedur (SOP) pada fungsi departemen
- 3) Tugas ketiga mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Menginput data perluasan kepesertaan
 - b) Mendokumentasikan data
 - c) Membuat berita acara penyerahan data yang ditindaklanjuti
 - d) Melakukan pencatatan dan pendokumentasikan data perluasan peserta dan kepatuhan

d. *Job Description* Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta.

Tugas dari Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta, yaitu:

- 1) Memastikan terlaksananya fungsi pelayanan peserta di Kabupaten/Kota

- 2) Memastikan terimplementasikannya kebijakan terkait layanan peserta
- 3) Memastikan tersedianya validitas data peserta
- 4) Memastikan terlaksananya pedoman yang ditetapkan oleh organisasi
- 5) Memastikan terkelolanya informasi/data/laporan dan administrasi berkaitan dengan kegiatan/fungsi bidangnya/unitnya

Wewenang dari Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta, yaitu:

- 1) Tugas pertama mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Melaksanakan pedoman sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) melaksanakan penyelesaian pelayanan peserta
- 2) Tugas kedua mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Melaksanakan pelayanan kepesertaan sesuai SOP dan pedoman
 - b) Melaksanakan pemberian informasi/sosialisasi kepada peserta
- 3) Tugas ketiga mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Melakukan *kroscek* data peserta Peserta Penerima Upah (PBI) dan Non PBI
 - b) Melakukan verifikasi data peserta PBI dan Non PBI
 - c) Melakukan validasi data peserta PBI dan Non PBI
 - d) Melakukan pelaporan hasil validasi
 - e) Melakukan evaluasi hasil validasi
- 4) Tugas keempat mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Melaksanakan Standar Operasional Prosedur (SOP) sesuai fungsi unit kerja

b) Membuat telaah/usulan/rekomendasi terkait Standar Operasional Prosedur (SOP) pada fungsi unit kerja

5) Tugas kelima mencakup beberapa wewenang, yaitu:

- a) Melaksanakan fungsi administrative bidang/unit
- b) Membuat telaah/usulan/rekomendasi terkait fungsi unit kerja
- c) Menyediakan laporan/dukungan data terkait dengan fungsi unit kerja

e. *Job Description* Staf Penagihan dan Keuangan.

Tugas Staf Penagihan dan Keuangan, yaitu:

- 1) Memastikan terkelolanya informasi/data/laporan dan administrasi berkaitan dengan kegiatan/fungsi keuangan dan kolektif iuran
- 2) Memastikan terlaksananya pedoman yang ditetapkan oleh organisasi
- 3) Memastikan terlaksananya fungsi manajemen kolektif iuran

Wewenang dari Staf Penagihan dan Keuangan, yaitu:

- 1) Tugas pertama mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Melaksanakan fungsi administrative unit kerja
 - b) Membuat usulan terkait fungsi unit kerja
 - c) Menyediakan laporan/dukungan data terkait dengan fungsi unit kerja
- 2) Tugas kedua mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Melaksanakan Standar Operasional Prosedur (SOP) sesuai fungsi unit kerja
 - b) Membuat telaahan/usulan/rekomendasi terkait SOP pada fungsi

unit kerja

- 3) Tugas ketiga mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Mengelola keabsahan/validitas data tagihan iuran
 - b) Mengelola administrasi dan kegiatan penagihan iuran berdasarkan data *masterfile* kepesertaan
 - c) Melakukan koordinasi dengan petugas pemeriksa
 - d) Menyusun laporan kloekting iuran PPU dan Non PPU

f. *Job Description* Verifikator Penjamin Manfaat.

Tugas Verifikator Penjamin Manfaat, yaitu:

- 1) Memastikan terlaksananya kegiatan yang berkaitan dengan verifikasi pelayanan Primer dan rujukan di Kabupaten/Kota
- 2) Memastikan terkelolanya informasi/data/laporan dan administrasi berkaitan dengan kegiatan/fungsi penjamin manfaat
- 3) Memastikan terlaksananya pedoman yang ditetapkan oleh organisasi

Wewenang dari Verifikator Penjamin Manfaat, yaitu:

- 1) Tugas pertama mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Menerima dan menolak pengajuan klaim FKTP dan FKRTL
 - b) Meminta kelengkapan dokumen-dokumen tagihan
 - c) Menyetujui besaran pengajuan klaim FKTP dan FKRTL berdasarkan hasil verifikasi dan sesuai ketentuan
- 2) Tugas kedua mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Melaksanakan fungsi administratif unit kerja
 - b) Membuat usulan/rekomendasi terkait fungsi unit kerja

- c) Menyediakan laporan/dukungan data terkait dengan fungsi unit kerja
- 3) Tugas ketiga mencakup beberapa wewenang, yaitu:
 - a) Melaksanakan SOP sesuai fungsi unit kerja
 - b) Membuat telaah/usualan/rekomendasi terkait SOP pada fungsi unit kerja

3. Sistem Pengikatan Polis BPJS Kesehatan

a. Prosedur Sistem Akuntansi yang Terkait Sistem Pengikatan Polis

- 1) Prosedur Sistem Akuntansi yang Terkait dalam Sistem Pengikatan Polis pada Pekerja Penerima Upah (PPU), antara lain:
 - a) HRD Perusahaan datang ke kantor BPJS Kesehatan untuk mendaftarkan seluruh karyawan di perusahaannya yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan. Hal ini juga dapat dilakukan secara online yaitu melalui website BPJS Kesehatan selanjutnya dapat dilakukan sesuai prosedur yang diminta.
 - b) Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan menjelaskan prosedur pendaftaran, sistem pembayaran premi/iuran dan beberapa syarat yang harus dipenuhi. Syarat yang harus dipenuhi oleh seorang HRD Perusahaan antara lain Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP), Tanda Daftar Perusahaan (TDP), Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP), Daftar Gaji Seluruh Karyawan, lembar Konfirmasi Karyawan dan *foto copy* Kartu Keluarga (KK) per karyawan.

- c) Setelah seluruh syarat yang dibutuhkan lengkap, Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan akan menginput data tiap karyawan Badan Usaha (BU) tersebut melalui aplikasi kepesertaan.
- d) Setelah melakukan *input* data, data dikirim ke Kantor Cabang (KC) untuk memverifikasi data Badan Usaha dan mendapatkan Nomor *Virtual Account* (VA) yang akan menjadi identitas perusahaan dalam kurun waktu 1 bulan yang akan datang.
- e) Setelah Nomor *Virtual Account* (VA) dan tagihan perusahaan muncul, Kantor Cabang (KC) mengeluarkan surat tagihan untuk memberitahukan pembayaran premi/iuran pertama yang dapat dilakukan melalui Bank, *Payment Point Online Banking* (PPOB) dan agen mitra lainnya (dapat dilakukan dengan cara manual) dan *autodebit*.
- f) Setelah premi/iuran pertama terbayarkan, *Human Resources Development* (HRD) Perusahaan dapat konfirmasi ke kantor BPJS Kesehatan terdekat guna mengkonfirmasi terbitnya kartu Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang telah dicetak oleh BPJS Kesehatan.
- g) Selesai.

2) Prosedur Sistem Akuntansi Atas Sistem Pengikatan Polis pada Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), antara lain:

- a) Calon peserta mandiri mendaftar ke kantor BPJS Kesehatan, Kantor Pos, Bank atau agen lainnya yang dapat melayani

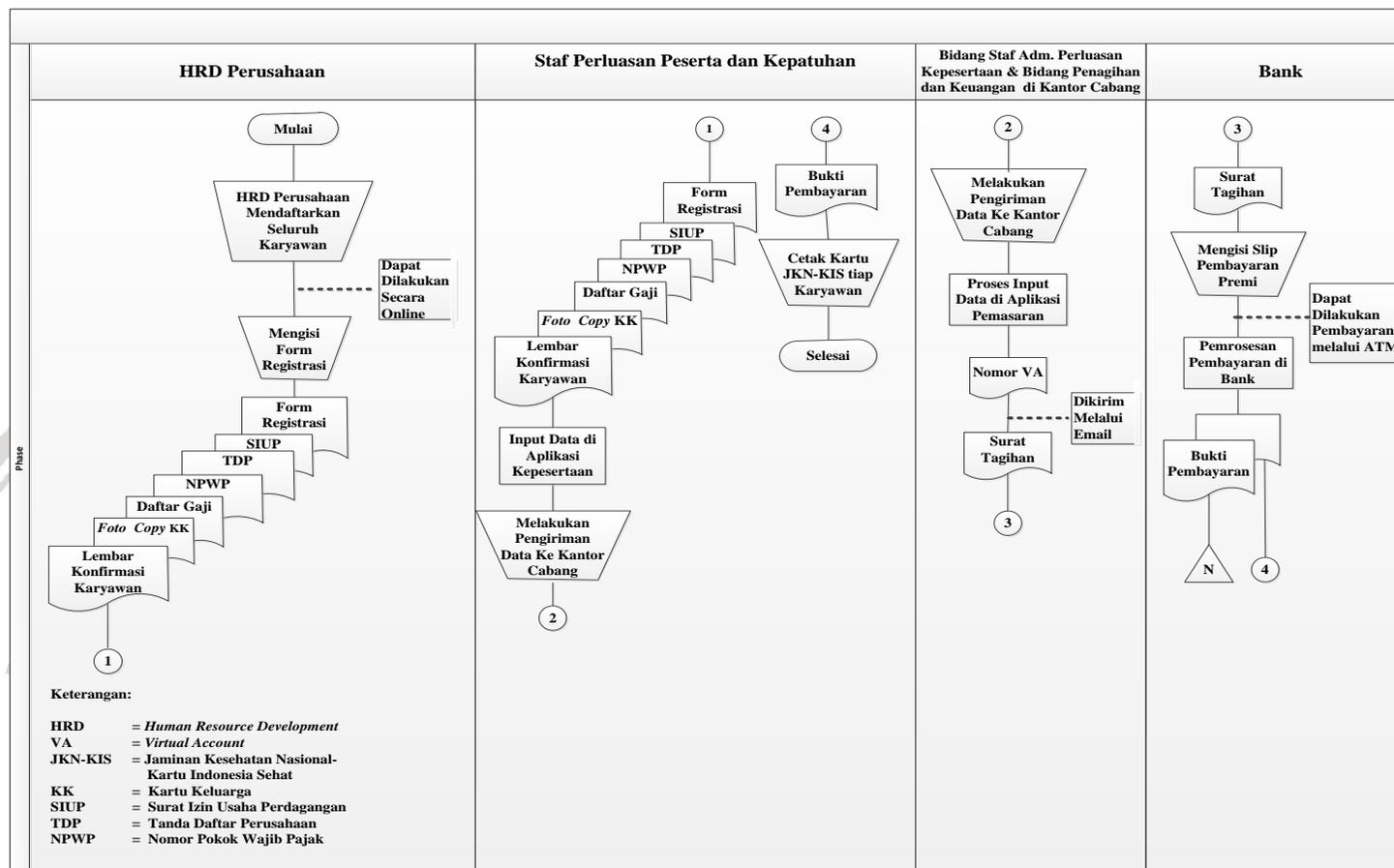
pendaftaran BPJS Kesehatan atau dapat dilakukan secara *online* melalui *Mobile Customer Service* dan website BPJS Kesehatan.

- b) Peserta mengisi formulir Daftar Isian Peserta (DIP) dan membawa syarat yang dibutuhkan yaitu *foto copy* Kartu Keluarga (KK), Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan buku tabungan .
- c) Data peserta *diinput* di Aplikasi Kepesertaan oleh Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta.
- d) Setelah 14 hari dari tanggal pendaftaran, keluarlah Nomor *Virtual Account (VA)* dan besarnya tagihan premi/iuran tiap bulan yang disampaikan melalui SMS.
- e) Peserta membayar tagihan premi/iuran pertama, jika peserta belum melakukan pembayaran sampai batas yang ditentukan maka peserta harus melakukan registrasi pendaftaran dari awal.
- f) Setelah melakukan pembayaran peserta dapat mengambil Kartu JKN-KIS di Kantor BPJS Kesehatan atau ke tempat dimana peserta mendaftar.
- g) Selesai.

Perubahan data Badan Usaha dapat diakses secara online melalui Elektronik Data Badan Usaha (E-DABU). Selanjutnya Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan akan memverifikasi pembaharuan data tersebut untuk dilakukan persetujuan.

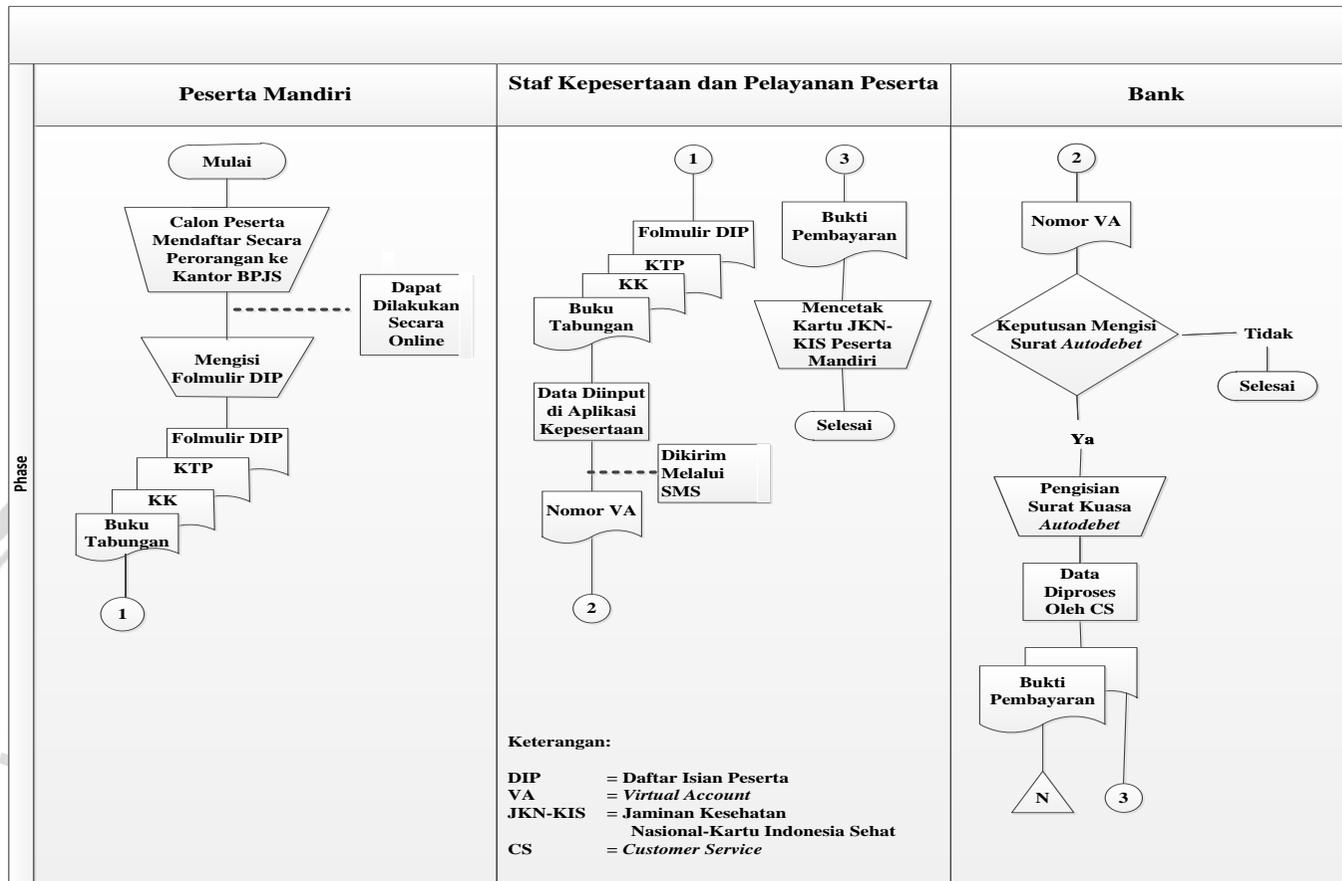
b. Bagan Alir yang digunakan pada Sistem Pengikatan Polis

1) *Flowchart* Sistem Pengikatan Polis pada Pekerja Penerima Upah (PPU) dapat dilihat pada gambar 6.



Gambar 6. Flowchart Sistem Pengikatan Polis PPU
Sumber: Data diolah, 2018

2) Flowchart Sistem Pengikatan Polis pada Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dapat dilihat pada gambar 7.



Gambar 7. Flowchart Sistem Pengikatan Polis PBPU
Sumber: Data diolah, 2018

c. Fungsi yang Terkait pada Sistem Pengikatan Polis

Penyebutan pengikatan polis di dalam organisasi BPJS Kesehatan umumnya disebut pendaftaran calon peserta BPJS. Bukti bahwa peserta telah terikat dalam anggota BPJS Kesehatan jika peserta sudah melakukan pembayaran premi/iuran pertama.

1) Fungsi yang Terkait dengan Pekerja Penerima Upah (PPU), antara lain:

a) Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan

Menangani Pendaftaran administrasi Pekerja Penerima Upah (PPU). Misalnya: Pegawai Negeri Sipil (PNS), Anggota TNI/Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri (PPNPN), Pegawai Swasta/BUMN/BUMD, DPRD, dan Pekerja yang tidak Termasuk di Atas yang Menerima Upah. Secara kolektif HRD perusahaan mendaftarkan seluruh karyawan yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan. Tugas dari Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan pada fungsi ini adalah menjelaskan prosedur yang harus dilakukan oleh HRD perusahaan, memberikan syarat mengenai identitas perusahaan dan identitas tiap karyawan yang harus dipenuhi serta *entry* data semua karyawan perusahaan ke aplikasi kepesertaan yang telah terkomputerisasi.

b) Staf Administrasi Perluasan Kepesertaan di Kantor Cabang

Meregistrasi data Badan Usaha yang baru mendaftar ke BPJS

Kesehatan supaya dapat diterbitkannya nomor *Virtual Account* (VA) untuk identitas Badan Usaha (BU) dan dapat digunakan untuk pembayaran premi.

c) Staf Penagihan di Kantor Cabang

Mengeluarkan surat tagihan yang akan dikirimkan ke HRD Perusahaan guna mengetahui besarnya tagihan setiap bulannya.

d) Bank

Pihak *eksternal* yang berperan untuk membantu melakukan pembayaran premi BPJS Kesehatan, pembayaran ini dapat dilakukan dengan cara manual, ATM dan *autodebit*.

2) Fungsi yang Terkait dengan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), antara lain:

a) Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta

Menangani Pendaftaran administrasi Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)/pekerja mandiri, misalnya: Notaris/Pengacara/Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), Dokter Praktek Swasta/Bidan Swasta, Pedagang/Penyedia Jasa, Petani/Peternak, Nelayan, dan Ojek, Montir, Sopir. Tugas dari Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta adalah menjelaskan mekanisme prosedur BPJS Kesehatan dan langkah yang harus dilakukan, memberitahukan syarat yang harus dipenuhi tiap peserta serta *entry* data calon peserta ke aplikasi yang telah terkomputerisasi.

b) Bank

Pihak *eksternal* yang berperan untuk membantu melakukan pembayaran premi BPJS Kesehatan. Pembayaran ini dapat dilakukan dengan cara manual, ATM dan *autodebit* khusus bagi peserta BPJS Kesehatan kelas I dan 2.

d. Folmulir dan Berkas yang Digunakan pada Sistem Pengikatan Polis

1) Pendaftaran administrasi Pekerja Penerima Upah (PPU), antara lain:

a) Form Registrasi

Folmulir Registrasi meliputi pengisian identitas, *contact person*, perubahan alamat, keikutsertaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Badan Usaha/Badan Hukum lainnya wajib diisi oleh HRD perusahaan.

b) Tanda Daftar Perusahaan (TDP)

Syarat berkas yang harus diberikan HRD Perusahaan kepada BPJS Kesehatan untuk membuktikan bahwa suatu perusahaan atau badan usaha telah melakukan kewajibannya melakukan pendaftaran perusahaan dalam daftar perusahaan.

c) Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP)

Syarat berkas yang harus diberikan HRD Perusahaan kepada BPJS Kesehatan untuk mengetahui bahwa perusahaan tersebut karena telah memiliki izin usaha.

d) Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)

Syarat berkas yang harus diberikan HRD Perusahaan kepada

BPJS Kesehatan untuk mempermudah administrasi perpajakan yang dipergunakan sebagai tanda pengenalan diri atau identitas wajib pajak dalam melaksanakan hak dan kewajiban perpajakan dalam perusahaan.

e) Daftar Gaji

Syarat berkas yang harus diberikan HRD Perusahaan kepada BPJS Kesehatan untuk mengetahui identitas diri dan gaji karyawan, untuk mengklasifikasikan besarnya tagihan yang wajib dibayarkan oleh HRD Perusahaan.

f) Lembar Konfirmasi Karyawan

Syarat berkas yang harus diberikan HRD Perusahaan kepada BPJS Kesehatan untuk mengkonfirmasi jumlah karyawan yang didaftarkan ke BPJS Kesehatan.

g) Kartu Keluarga (KK)

Syarat yang dibutuhkan untuk mengetahui nomor identitas tiap karyawan perusahaan yang akan didaftarkan ke BPJS Kesehatan. Karena untuk menginput data peserta aplikasi BPJS Kesehatan akan terhubung langsung dengan nomor keanggotaan di Kantor Disdukcapil.

h) Nomor *Virtual Account* (VA)

Nomor *Virtual Account*, merupakan nomor identitas perusahaan setelah dilakukannya registrasi di BPJS Kesehatan.

i) Surat Tagihan

Dokumen yang dikeluarkan oleh Bagian Penagihan dan Keuangan dari Kantor Cabang untuk diberitahukan kepada HRD Perusahaan guna membayar tagihan setiap bulannya.

j) Bukti Pembayaran

Dokumen yang dipegang oleh HRD Perusahaan dan diarsipkan oleh Bank sebagai tanda bukti telah dilakukan pembayaran.

2) Pendaftaran administrasi Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU),

antara lain:

a) Folmulir Daftar Isian Peserta (DIP)

Folmulir Daftar Isian Peserta (DIP), merupakan folmulir yang dibutuhkan untuk mengetahui data diri calon peserta mandiri.

b) Kartu Keluarga (KK)

Syarat yang dibutuhkan untuk mencocokkan identitas seseorang yang dilihat dari Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan mengetahui keanggotaan keluarga peserta yang akan mendaftar BPJS Kesehatan.

c) Kartu Tanda Penduduk (KTP)

Syarat yang dibutuhkan untuk mengetahui identitas calon peserta BPJS Kesehatan secara lengkap dan nomor identitas calon peserta akan diinput di aplikasi BPJS Kesehatan yang terhubung langsung dengan nomor keanggotaan di Kantor Disdukcapil.

d) Buku Tabungan

Dokumen yang digunakan sebagai bukti bahwa peserta mandiri memiliki rekening yang nantinya digunakan untuk membayar premi/iuran BPJS Kesehatan. Khusus untuk kelas 1 dan 2 jika ingin melakukan *autodebit* maka bisa menggunakan Bank yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yaitu BRI, BNI, Mandiri dan BTN.

e) Nomor *Virtual Account* (VA)

Nomor *Virtual Account*, merupakan nomor identitas peserta mandiri setelah dilakukannya registrasi di BPJS Kesehatan.

f) Bukti Pembayaran

Dokumen yang dikeluarkan pihak bank setelah dilakukannya pembayaran baik itu melalui manual atau melalui alat pembayaran lainnya. Khusus kelas I dan II jika pembayaran dilakukan melalui *autodebit* peserta mandiri dapat melihat bukti transaksi di aplikasi *mobile* atau melalui bank.

4. Sistem Penerimaan Pembayaran Premi BPJS Kesehatan

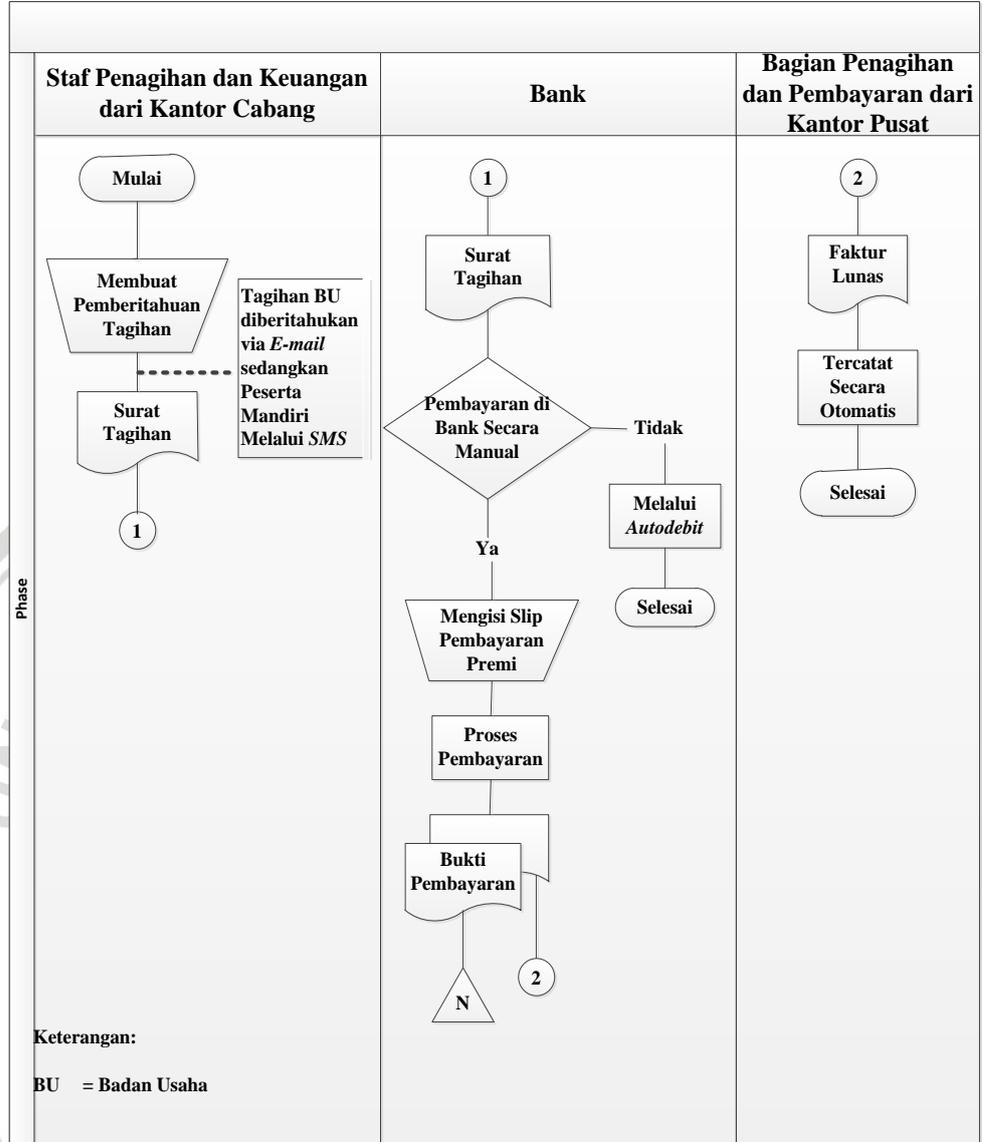
a. **Prosedur Sistem Akuntansi yang Terkait Sistem Penerimaan Pembayaran Premi, antara lain:**

- 1) Bagian Penagihan dari Kantor Cabang akan memperingatkan melalui *SMS* untuk peserta mandiri dan *e-mail* untuk Badan Usaha jika pembayaran belum dilakukan lebih dari tanggal 10 di setiap bulannya.

- 2) HRD Perusahaan atau Peserta Mandiri BPJS Kesehatan datang ke salah satu tempat pembayaran, misalnya: Bank, *Payment Point Online Banking (PPOB)* dan Agen Mitra Lainnya.
- 3) Jika pembayaran dilakukan secara manual, peserta BPJS Kesehatan mengisi slip pembayaran yang terdapat di Bank dengan tujuan membayar premi/iuran BPJS Kesehatan. Jika dilakukan melalui *Automated Teller Machine (ATM)* peserta BPJS Kesehatan hanya memasukkan nomor peserta dan langsung bisa melaksanakan transaksi dan bisa dilakukan melalui *autodebit* namun saldo yang tersedia dalam rekening harus mencukupi sesuai besarnya tagihan.
- 4) Peserta BPJS Kesehatan memberitahukan nomor *virtual account* kepada petugas bank jika pembayaran dilakukan secara manual.
- 5) Setelah dilakukan pembayaran, peserta BPJS Kesehatan mendapatkan bukti pembayaran dari bank.
- 6) Secara sistem telah tercatat otomatis bahwa pemilik nomor *virtual account* tersebut telah melakukan pembayaran di dalam rekening *pooling* Kantor Pusat BPJS Kesehatan.
- 8) Selesai.

b. Bagan Alir yang digunakan pada Sistem Penerimaan Pembayaran Premi

Flowchart sistem penerimaan pembayaran premi dapat dilihat pada gambar 8.



Gambar 8. Sistem Penerimaan Pembayaran Premi
Sumber : Data diolah, 2018

c. Fungsi yang Terkait pada Sistem Penerimaan Pembayaran Premi

Sistem pembayaran premi/iuran BPJS Kesehatan dapat dilakukan dengan mudah, karena pembayaran dilakukan secara langsung masuk ke rekening Kantor Pusat sehingga meminimalkan jumlahnya fungsi. Fungsi yang berkaitan dengan penerimaan pembayaran premi, antara lain:

1) Staf Penagihan di Kantor Cabang

Staf Penagihan di Kantor Cabang Pati, memiliki tanggungjawab untuk memperingatkan peserta BPJS baik itu peserta mandiri atau HRD Badan Usaha jika belum melakukan pembayaran kurang dari tanggal 10 setiap bulannya. Fungsi ini memiliki tugas mengunjungi peserta apabila terjadi penunggakan tagihan selama 7 sampai 12 bulan.

2) Bagian Penagihan dan Pembayaran Kantor Pusat

Kantor Pusat Jakarta, memiliki tanggung jawab menerima secara otomatis premi/iuran yang dibayarkan peserta BPJS Kesehatan.

3) Bank

Bank yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan bertugas untuk membantu peserta BPJS Kesehatan dalam melakukan pembayaran yang akan disetorkan secara langsung ke rekening Kantor Pusat.

d. Folmulir dan Berkas yang digunakan pada Sistem Penerimaan Pembayaran Premi

Pembayaran premi/iuran BPJS Kesehatan tidak lagi dilakukan secara manual, sehingga meminimalkan form atau berkas yang dikeluarkan oleh kantor BPJS Kesehatan. Folmulir atau dokumen yang diperlukan saat terjadi transaksi penerimaan pembayaran premi, antara lain:

1) Surat Tagihan dan SMS

Surat Tagihan ditujukan untuk Badan Usaha dan SMS yang ditunjukkan kepada peserta mandiri dengan tujuan memberitahukan tagihan pembayaran premi/iuran.

2) Bukti Pembayaran

Bukti Pembayaran, merupakan tanda bukti pembayaran yang dikeluarkan oleh pihak bank baik dilakukan secara manual, ATM atau *autodebit*.

5. Sistem Pengeluaran Kas atas Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan

a. Prosedur Sistem Akuntansi yang Terkait Pembayaran Klaim

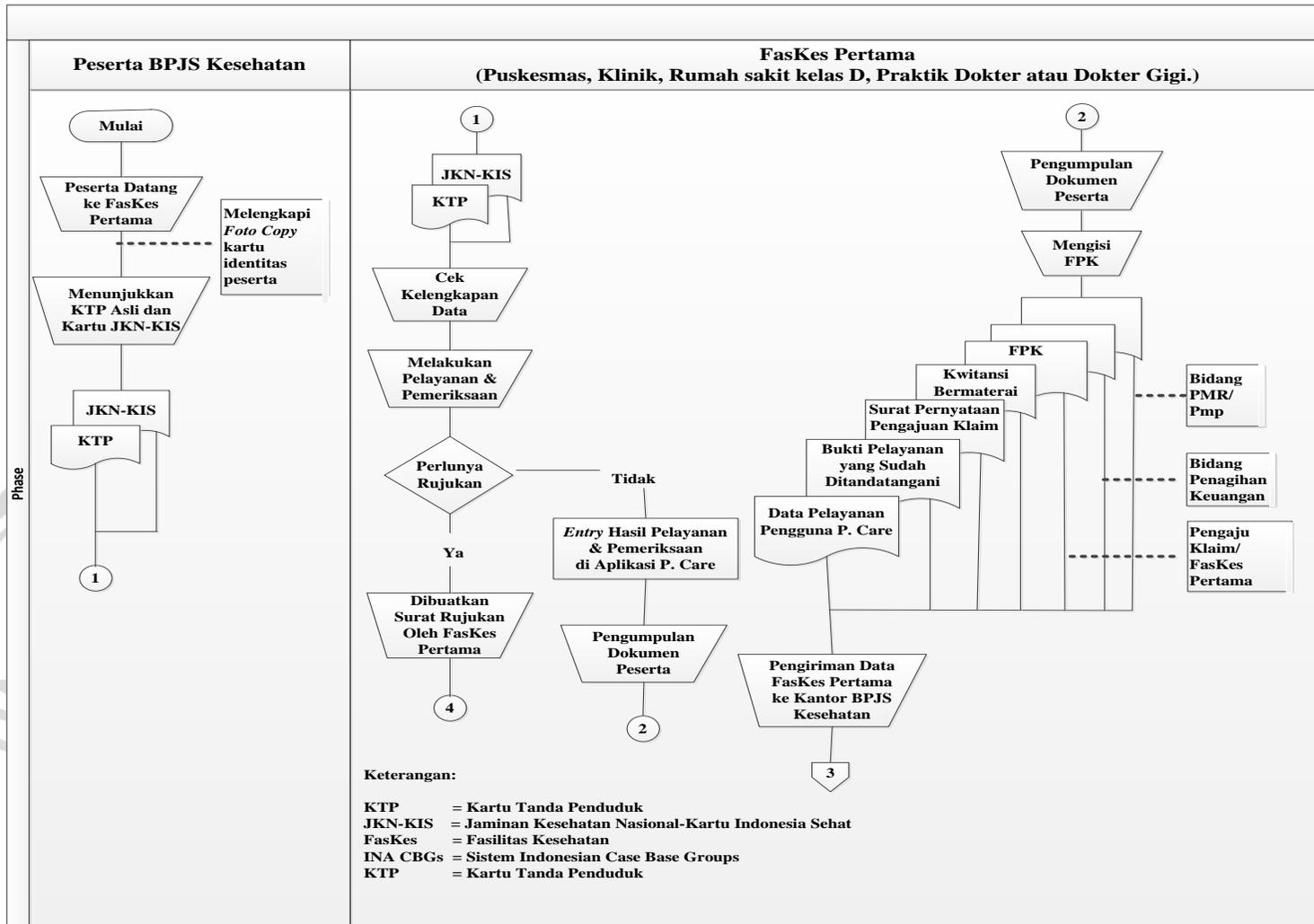
- 1) Jika ingin melakukan pelayanan dan pengobatan peserta harus datang ke Fasilitas Kesehatan Pertama terlebih dahulu seperti: Puskesmas, Klinik, Rumah sakit kelas D (Rumah sakit yang didirikan di desa tertinggal, perbatasan atau kepulauan), dan Praktik Dokter atau Dokter Gigi yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan di wilayah tersebut.
- 2) Peserta menunjukkan KTP asli, kartu JKN-KIS dan melampirkan berkas pendukung yang dibutuhkan di fasilitas kesehatan pertama guna dijadikan dokumen saat akan dilakukannya klaim ke Kantor BPJS Kesehatan.
- 3) Peserta melakukan pemeriksaan dan hasil pemeriksaan akan di *input* di Aplikasi *Primary Care* (Aplikasi Pelayanan) di fasilitas kesehatan pertama.

- 4) Jika kondisi peserta memerlukan pemeriksaan lebih lanjut, fasilitas kesehatan pertama akan membuat surat rujukan untuk diteruskan ke fasilitas kesehatan lanjutan seperti: Rumah Sakit Umum, Dokter Spesialis dan Rumah Sakit Khusus.
- 5) Hasil pemeriksaan peserta di fasilitas kesehatan lanjutan akan di *input* di aplikasi V-Klaim atau E-Klaim (INA-CBG's) yang dimiliki oleh pihak Rumah Sakit.
- 6) Peserta perlu melampirkan beberapa berkas di fasilitas kesehatan lanjutan antara lain: *foto copy* Kartu Keluarga (KK), *foto copy* Kartu Tanda Penduduk (KTP), Kartu JKN-KIS, dan Surat Rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Hal ini diperlukan guna dilakukannya klaim ke Kantor BPJS Kesehatan.
- 7) Data pelayanan tiap bulan dari tiap fasilitas kesehatan direkap dan dikirim ke Kantor BPJS Kesehatan dalam bentuk file Txt. untuk di verifikasi oleh Verifikator Penjaminan Manfaat.
- 8) Pengajuan klaim ke kantor BPJS Kesehatan tiap-tiap fasilitas kesehatan harus menyerahkan beberapa Berkas yang dibutuhkan, antara lain:
 - a) Fasilitas kesehatan tingkat pertama menyerahkan data pelayanan pengguna aplikasi *Primary Care*, mengisi Formulir Pengajuan Klaim (FPK), Kwitansi Bermaterai, Surat Pernyataan Pengajuan Klaim dan Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.

- b) Fasilitas kesehatan lanjutan menyerahkan Data Luaran aplikasi, mengisi Folmulir Pengajuan Klaim (FPK), Kwitansi Bermaterai, Surat Pernyataan Pengajuan Klaim dan Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
- 9) Berkas telah terkumpul maka Fungsi Verifikator Penjaminan Manfaat melakukan pencocokan berkas dengan cara login di aplikasi *Primary Care* untuk fasilitas kesehatan pertama dan *login* di aplikasi Verifikasi Digital (Vidi) untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.
- 10) Setelah semua berkas diverifikasi, Fungsi Verifikator Penjaminan Manfaat membuat daftar umpan balik yang memuat beberapa kasus yang belum bisa disetujui (*pending*) dan membuat 2 lembar berita acara yang nantinya akan diotorisasi oleh Kepala Kantor Layanan Operasional BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora.
- 11) Berkas dikirim ke Kantor Cabang, masuk di Bagian Verifikator Penjamin Manfaat Primer (PMP) dan Penjamin Manfaat Rujukan (PMR) untuk meregistrasi data dan di otorisasi oleh Kepala Kantor Cabang. Setelah itu data masuk ke bagian kasir untuk melakukan pembayaran ke tiap-tiap fasilitas kesehatan.
- 12) Selesai.

b. Bagan Alir yang digunakan pada Sistem Pengeluaran Kas atas Pembayaran Klaim

Flowchart sistem pengeluaran kas atas pembayaran klaim, dapat dilihat pada gambar 9.



Lanjutan

c. Fungsi yang Terkait pada Sistem Pembayaran Klaim

Kegiatan klaim di BPJS Kesehatan tidak diajukan oleh tiap peserta ke Kantor BPJS Kesehatan, namun secara kolektif artinya pihak fasilitas kesehatan pertama dan lanjutan merekap semua data pelayanan yang terjadi setiap bulannya. Fungsi yang terkait tidak hanya berkaitan dengan Kantor Layanan Operasional saja, namun hal ini berkaitan dengan Kantor Cabang untuk melakukan pencairan dana supaya terpusat. Fungsi yang terkait dalam pengeluaran kas akibat pembayaran klaim, antara lain:

1) Fasilitas Kesehatan Pertama

Fasilitas Kesehatan Pertama sebagai mitra misalnya Puskesmas, Klinik, Rumah Sakit tipe D, Praktik Dokter atau Dokter Gigi, memiliki tanggung jawab melakukan pemeriksaan dan pelayanan peserta BPJS Kesehatan. Fasilitas Kesehatan Pertama menggunakan aplikasi *Primary Care* guna merekap identitas peserta dan hasil pemeriksaan peserta BPJS Kesehatan yang datang. Jumlah pembayaran klaim yang diterima oleh Fasilitas Kesehatan Pertama tergantung banyaknya jumlah peserta yang memilih jenis Fasilitas Kesehatan Pertama tersebut.

2) Fasilitas Kesehatan Lanjutan

Fasilitas Kesehatan Lanjutan sebagai mitra misalnya Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Khusus dan Dokter Spesialis, memiliki tanggung jawab melakukan pemeriksaan dan pelayanan peserta BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan lanjutan menggunakan aplikasi V-klaim guna

merekap identitas peserta dan hasil pemeriksaan peserta BPJS Kesehatan yang datang. Jumlah pembayaran klaim yang diterima oleh fasilitas kesehatan lanjutan tergantung banyaknya jumlah pelayanan yang dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan tersebut.

3) Verifikator Penjamin Manfaat

Verifikator Penjamin Manfaat, memiliki tanggungjawab memverifikasi validnya data dari masing-masing fasilitas kesehatan. Dilihat besarnya nominal yang diajukan dapat disetujui atau ditolak. Jika ada penolakan, maka pihak Verifikator Penjamin Manfaat akan mengeluarkan umpan balik yang perlu diketahui oleh fasilitas kesehatan pertama ataupun fasilitas kesehatan lanjutan. Setelah dilakukan *check* data oleh pihak fasilitas kesehatan, umpan balik dikembalikan ke Kantor BPJS Kesehatan.

4) Kantor Cabang (KC)

Kantor Cabang, memiliki 2 bagian yang berkaitan dengan pembayaran klaim yaitu pertama Bagian Verifikator Penjaminan Manfaat Primer (PMP) dan Verifikator Penjaminan Manfaat Rujukan (PMR) yang bertugas untuk meregistrasi berkas dari Kantor Kabupaten/Kota dan meminta otorisasi kepada Kepala Cabang untuk bisa masuk ke Bagian Kasir yang bertugas untuk *mentransfer* uang sesuai besarnya tagihan tiap fasilitas kesehatan.

d. Folmulir dan Berkas yang Digunakan pada Sistem Pembayaran Klaim

1) Kartu Tanda Penduduk (KTP)

Kartu identitas yang digunakan untuk mengetahui apakah nama yang tertera di KTP sudah sesuai dengan nama yang tertera di kartu JKN-KIS. Dokumen juga digunakan sebagai arsip Fasilitas Kesehatan Pertama dan Lanjutan untuk melakukan klaim ke Kantor BPJS Kesehatan.

2) Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS)

Kartu yang menandakan bahwasannya peserta yang datang ke Fasilitas Kesehatan Pertama atau lanjutan adalah peserta BPJS Kesehatan. Dokumen juga digunakan sebagai arsip Fasilitas Kesehatan Pertama dan Lanjutan untuk melakukan klaim ke Kantor BPJS Kesehatan.

3) Surat Rujukan

Surat Rujukan dikeluarkan oleh Fasilitas Kesehatan Pertama, jika kondisi peserta BPJS Kesehatan perlu melakukan penanganan lebih lanjut ke Rumah Sakit atau Dokter Spesialis.

4) *Foto Copy* Kartu Keluarga (KK)

Dokumen yang digunakan sebagai arsip Fasilitas Kesehatan Lanjutan untuk melakukan klaim ke Kantor BPJS Kesehatan.

5) Folmulir Pengajuan Klaim (FPK)

Dokumen yang dikeluarkan oleh tiap Fasilitas Kesehatan untuk melakukan pengajuan klaim ke Kantor BPJS Kesehatan.

6) Kwitansi Bermaterai

Kwitansi Bermaterai adalah dokumen yang dikeluarkan oleh tiap Fasilitas Kesehatan bertuliskan besaran nominal klaim yang akan diajukan ke Kantor BPJS Kesehatan.

7) Bukti Pelayanan yang telah Ditandatangani Peserta atau Anggota Keluarga

Dokumen yang dikeluarkan oleh tiap FasKes untuk menunjukkan bahwa Fasilitas Kesehatan tersebut telah melakukan pelayanan kesehatan terhadap peserta BPJS Kesehatan.

8) Data Pelayanan Pengguna *Primary Care*

Rekapan dokumen hasil pelayanan dari aplikasi *Primary Care* yang dilakukan di fasilitas kesehatan pertama untuk pengajuan klaim ke Kantor BPJS Kesehatan.

9) Dokumen Luaran Aplikasi

Dokumen hasil pelayanan dari aplikasi V-Kaim yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan Lanjutan untuk pengajuan klaim ke Kantor BPJS Kesehatan.

10) Umpan Balik

Dokumen berisi *list* kasus klaim yang ditolak oleh Verifikator Penjaminan Manfaat artinya ada beberapa kasus yang perlu di konfirmasi kepada pihak Fasilitas Kesehatan Pertama dan Lanjutan untuk diverifikasi ulang. *List* kasus yang dimuat dalam

dokumen umpan balik tidak dapat dilakukan pencairan dana klaim.

11) Berita Acara

Berita Acara adalah form yang dikeluarkan oleh Staf Verifikator Penjamin Manfaat supaya berkas peserta dapat diteruskan ke Kantor Cabang guna dilakukannya pencairan dana klaim.

6. Sistem Pengendalian *Intern* pada Pengikatan Polis, Penerimaan Pembayaran Premi dan Klaim di BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora

Semakin canggihnya sistem yang digunakan oleh perusahaan dapat meminimalisir kecurangan yang terjadi dan kesalahan yang dilakukan oleh karyawan perusahaan. Walaupun keadannya seperti itu pengendalian *intern* yang efektif dalam suatu perusahaan perlu diterapkan untuk mencegah penyelewengan dan penyalahgunaan wewenang yang sudah ditetapkan. Berikut ini adalah pengendalian *intern* yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora dalam melaksanakan Pengikatan Polis, Penerimaan Pembayaran Premi dan Klaim yang dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Struktur Organisasi yang Memisahkan Tanggung Jawab Fungsional Secara Tegas

Struktur organisasi dalam suatu perusahaan merupakan hal terpenting yang selalu memiliki perbedaan kondisi dan tujuan masing-masing perusahaan. Struktur organisasi dapat menerangkan secara jelas tugas, wewenang dan tanggung jawab dari setiap bagian di suatu perusahaan.

Hirarki kepemimpinan di suatu perusahaan dapat dilihat dari struktur organisasi.

Fungsi operasi pengikatan polis, penerimaan pembayaran premi dan klaim telah diatur cukup baik. BPJS Kesehatan telah membagi divisi yang menangani peserta mandiri yang dilayani oleh Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta serta Badan Usaha yang dilayani oleh Staf Perluasan Perluasan dan Kepatuhan. Penerimaan pembayaran premi hanya diketahui oleh kantor pusat melalui rekening bill, karena tiap kantor yang melayani pendaftaran BPJS Kesehatan tidak menerima pembayaran secara langsung. Penerapan sistem pembayaran secara terpusat akan mengurangi kecurangan yang mungkin saja dilakukan oleh karyawan. Sedangkan Verifikator Penjaminan Manfaat yang mengatur masalah klaim telah melaksanakan tugasnya sesuai tanggung jawabnya yaitu menerima berkas dari tiap fasilitas kesehatan dan mencocokkan dengan data yang ada di aplikasi *Primary Care* dan Verifikasi Digital (Vidi). Pemisahan fungsi operasi dan fungsi akuntansi sudah dilakukan oleh BPJS Kesehatan bahwasanya fungsi akuntansi ditempatkan di Kantor Cabang sedangkan operasionalnya dilakukan di Kantor Kabupaten/Kota.

Fungsi yang ada di Kantor BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora tidak melaksanakan tanggung jawab penuh karena untuk penanganan masalah keuangan akan ditangani oleh Kantor Cabang tiap karisidenan. Namun masalah yang terjadi adalah pemisahan tanggung jawab belum

sepenuhnya dilakukan, karena masih ada beberapa fungsi yang merangkap fungsi lain dikarenakan tidak adanya fungsi Staf Penagihan dan Keuangan di Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten/Kota Blora.

b. Sistem Wewenang dan Prosedur Pencatatan

Alat pengawasan pada setiap transaksi yang terjadi di perusahaan dapat menggunakan wewenang dan prosedur yang di dalamnya terdapat aktivitas manusia lebih dari satu orang sehingga menimbulkan masalah yang kemungkinan terjadi meskipun, sebagian besar aktivitas telah menggunakan sistem. Walaupun sebagian besar operasional BPJS Kesehatan telah menggunakan sistem berbasis aplikasi, namun dokumen yang digunakan sebagai bukti transaksi tetap digunakan untuk arsip perusahaan. Tidak ada pencatatan akuntansi pengeluaran kas dalam Kantor Layanan Operasional (KLO). Dokumen yang digunakan atau bukti transaksi yang telah dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan akan diotorisasi oleh beberapa fungsi terkait, yaitu:

- 1) Setiap calon peserta yang ingin mendaftarkan dirinya sebagai anggota BPJS Kesehatan, maka perlu mengisi Daftar Isian Peserta (DIP) atau form registrasi serta melengkapi syarat-syarat yang harus dipenuhi. Selanjutnya data akan diproses dan diotorisasi oleh Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan untuk Badan Usaha serta Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta untuk peserta mandiri. Jika terjadi perubahan data otorisasi akan dilakukan oleh Kepala Kantor Kabupaten/Kota, pada

kenyataannya otorisasi masih dilakukan oleh staf terkait sehingga username Kepala Kantor Kabupaten/Kota diketahui oleh staf.

- 2) Surat Tagihan dikirimkan setiap bulan sebelum tanggal 10 khusus untuk Badan Usaha dan peserta mandiri tujuannya untuk mengingatkan pembayaran premi yang harus dilakukan setiap bulannya. Pada bagian ini diotorisasi oleh Staf Penagihan yang merupakan Staf dari Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan di Kantor Cabang secara manual.
- 3) Bukti pembayaran premi pertama yang dilakukan secara manual atau *autodebit* langsung diotorisasi oleh Bagian Penagihan dan Pembayaran di Kantor Pusat, karena tidak ada pembayaran di Kantor BPJS Kesehatan secara langsung.
- 4) Surat rujukan, Folmulir Pengajuan Klaim (FPK), bukti pelayanan yang sudah ditandatangani, surat pernyataan pengajuan klaim, kwitansi bermaterai, dokumen pelayanan pengguna aplikasi *primary care* dan dokumen luaran aplikasi merupakan syarat yang harus dipenuhi oleh masing-masing fasilitas kesehatan dan akan diotorisasi oleh Verifikator Penjaminan Manfaat guna persetujuan atau penolakan dana yang diajukan tiap-tiap fasilitas kesehatan
- 5) Umpan balik dan berita acara yang diajukan oleh Verifikator Penjaminan Manfaat dimintakan persetujuan dari Kepala masing-masing fasilitas kesehatan dan Kepala Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota secara manual.

6) Dokumen identitas peserta, hasil pemeriksaan yang telah dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama atau lanjutan serta surat rujukan, Folmulir Pengajuan Klaim (FPK), bukti pelayanan yang sudah ditandatangani, surat pernyataan pengajuan klaim, kwitansi bermaterai, dokumen pelayanan pengguna aplikasi *primary care* dan dokumen luaran aplikasi. Dokumen tersebut akan dikirim ke Kantor Cabang guna meregistrasi data di bagian Verifikator Penjaminan Manfaat Primer (PMP) dan Verifikator Penjaminan Manfaat Rujukan (PMR). Masing-masing Verifikator di Kantor Cabang akan meminta otorisasi dari Kepala Cabang. Setelah disetujui kwitansi yang ditagihkan dari Kantor Kabupaten akan masuk ke Kasir yang merupakan Staf dari Kepala Bidang Penagihan dan Keuangan guna melakukan pembayaran ke masing-masing fasilitas kesehatan.

c. Praktik Sehat dalam Pelaksanaan Tugas dan Fungsi dari Setiap Unit Organisasi

Praktik yang sehat selalu diharapkan setiap perusahaan dalam menjalankan setiap tugas dan prosedur yang telah ditetapkan. Perusahaan menghindari terjadinya kecurangan di dalam suatu fungsi sehingga perlunya dilakukan *audit*. Pengawasan praktik yang sehat dalam BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora dilakukan dengan cara antara lain:

- 1) Folmulir yang digunakan dalam melaksanakan transaksi di BPJS Kesehatan belum bernomor urut, hanya dicantumkan jenis folmulir sehingga hal ini belum tepat sesuai teori.
- 2) Pemeriksaan mendadak tidak dilakukan di BPJS Kesehatan karena ada beberapa dokumen yang perlu dipersiapkan sebelumnya, setiap 1 tahun sekali akan diadakan *audit* dengan tujuan untuk mengetahui persoalan yang terjadi di setiap kantor sehingga dapat diatasi, sehingga audit dilakukan secara terjadwal.
- 3) Transaksi yang dilaksanakan sudah baik yaitu ditangani oleh beberapa unit fungsi terkait, bahkan transaksi di BPJS Kesehatan dilakukan antara KLO dan KC.
- 4) Rotasi jabatan yang dilakukan menunggu surat keputusan dari pusat, khusus untuk staf. Posisi jabatan Kepala Bagian atau Kepala Layanan Operasional dilakukan rotasi jabatan selama 3 tahun sekali sehingga dapat diminimalisir persengkongkolan yang terjadi.
- 5) Pengambilan cuti tidak diwajibkan oleh BPJS Kesehatan namun peraturan cuti sudah diatur sendiri oleh Pemerintah.
- 6) Pencocokan fisik asset dan catatan akuntansinya pada akhir bulan yang dilakukan oleh staf pembukuan sudah terlaksana dengan baik.
- 7) Adanya Satuan Pengawas Internal (SPI) yang berada di Kantor Pusat, sehingga SPI dalam menjalankan tugasnya hanya melakukan

pengawasan terhadap setiap kantor secara bergilir dan terjadwal. Oleh karena itu, SPI tidak menjalankan fungsi apapun kecuali pengawasan.

d. Mutu Karyawan Sesuai dengan Tanggung Jawab

Sumber Daya Manusia atau karyawan yang berkualitas sangat penting untuk meningkatkan keberhasilan perusahaan. Pihak yang melaksanakan operasional dan menciptakan suatu ide dalam menjalankan pekerjaan tersebut adalah karyawan. Walaupun sistem dan prosedur suatu perusahaan tertata dengan baik namun karyawan yang menjalankan tidak berkompeten hal itu akan sia-sia, karena tujuan perusahaan tidak akan berhasil sepenuhnya.

Pemilihan mutu karyawan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan sangat ketat, karena sebagian besar tahap seleksi dilakukan oleh vendor atau pihak lain. Jika dilakukan sepenuhnya oleh BPJS Kesehatan kemungkinan dapat terjadi kecurangan penerimaan karyawan. Syarat utama karyawan dituntut harus bisa melakukan pengoperasian komputer, berbahasa Inggris aktif atau pasif dan dapat menjalankan komputer dengan baik.

C. Analisis Data dan Interpretasi

1. Analisis Terhadap Sistem Pengikatan Polis

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada Sistem Pengikatan Polis, Penerimaan Pembayaran Premi dan Klaim di BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora sebagian besar sudah berjalan dengan baik, karena operasional yang dilakukan telah menggunakan sistem berbasis aplikasi.

Adapun beberapa rekomendasi yang dapat diberikan dari peneliti dan dapat dipertimbangkan oleh perusahaan, antara lain:

a. Sistem Pengikatan Polis BPJS Kesehatan

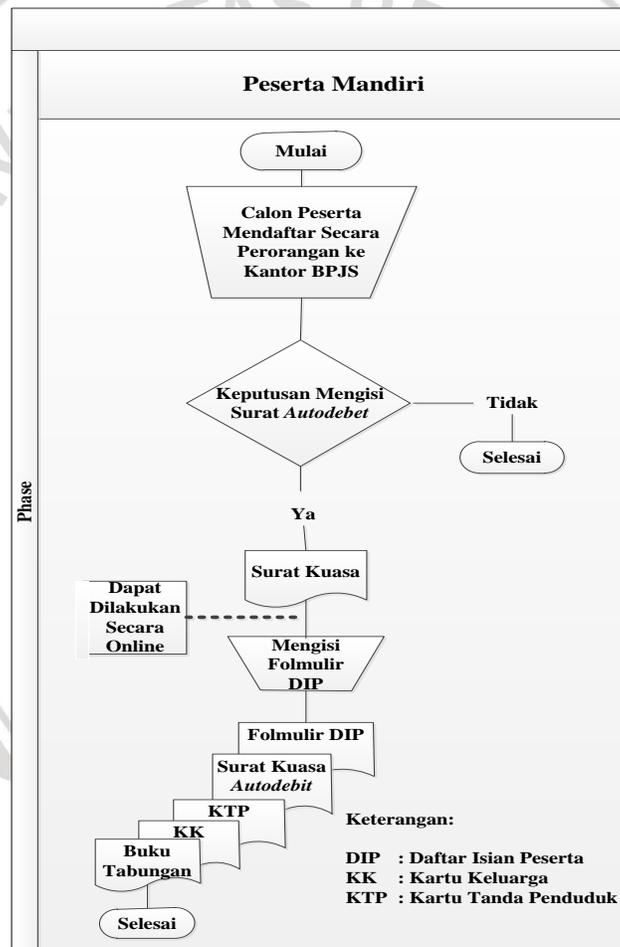
- 1) Sistem Pengikatan Polis pada Pekerja Penerima Upah (PPU) di BPJS Kesehatan Kabupaten/Kota Blora sudah berjalan dengan baik.
- 2) Prosedur Sistem Pengikatan Polis pada Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) (yang Disarankan)
 - a) Calon peserta mandiri mendaftar ke kantor BPJS, Kantor Pos, Bank atau Agen Lainnya yang dapat melayani pendaftaran BPJS Kesehatan atau dapat dilakukan secara *online* melalui *Mobile Customer Service* dan Website BPJS Kesehatan.
 - b) Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta menjelaskan bahwasannya untuk peserta kelas 1 dan 2 wajib melakukan pendaftaran *autodebit* untuk pembayaran premi.
 - c) Jika peserta bersedia melakukan *autodebit* maka langkah yang harus dilakukan adalah mengisi surat kuasa *autodebit* yang telah dikeluarkan oleh pihak bank dan tersedia di kantor BPJS Kesehatan. Jika ingin lebih praktis, bisa juga surat kuasa disediakan secara online sehingga dapat diakses oleh semua calon peserta yang ingin mendaftar di kelas 1 maupun kelas 2.
 - d) Selanjutnya peserta mengisi formulir Daftar Isian Peserta (DIP) dan menunjukkan syarat yang dibutuhkan yaitu Kartu Keluarga

(KK), Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Buku Tabungan asli.

e) Data peserta diinput di Aplikasi Kepesertaan oleh Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta.

f) Selesai

2) *Flowchart* Sistem Pengikatan Polis pada Pekerja Bukan Penerima Upah (PBBU) (yang Disarankan), pada gambar 10 dapat dilihat dilihat pada gambar dibawah ini.



**Gambar 10. Sistem Pengikatan Polis PBBU (yang disarankan)
 Sumber: Data diolah, 2018**

b. Sistem Penerimaan Pembayaran Premi BPJS Kesehatan

- 1) Bagan alir yang digunakan pada sistem penerimaan pembayaran premi di BPJS Kesehatan sudah dilakukan dengan baik karena pembayarannya secara terpusat dengan tujuan mengurangi kecurangan (*fraud*) yang mungkin saja dapat dilakukan oleh karyawan.
- 2) Fungsi yang terkait pada sistem penerimaan pembayaran premi
 - a) Fungsi sekretariat, tidak ada staf khusus yang menangani pembuatan daftar surat pemberitahuan secara manual.
 - b) Fungsi penagihan, daftar piutang yang ditagih akan dibuat oleh fungsi penagihan dan keuangan dari Kantor Cabang secara sistem, namun ada staf pembantu yang tidak masuk dalam struktur organisasi yaitu kader JKN yang bertugas untuk menagih premi dengan cara datang ke tiap-tiap rumah anggota BPJS Kesehatan.
 - c) Fungsi kas, penyetoran uang secara manual di BPJS Kesehatan hamper tidak ada sehingga fungsi ini tidak ada di struktur organisasi. Penyetoran jumlah kas akan ditangani oleh fungsi keuangan dari Kantor Pusat.
 - d) Fungsi akuntansi, khusus penerimaan premi pencatatan akan dilaksanakan oleh fungsi akuntansi di Kantor Pusat.
 - e) Fungsi pemeriksa *intern*, pemeriksaan catatan akuntansi dilakukan setiap 1 tahun sekali oleh Satuan Pengawas Internal (SPI) dari Kantor Pusat.

Secara keseluruhan fungsi yang dijalankan di BPJS Kesehatan hampir sama dengan teori hanya terdapat perbedaan di fungsi sekretariat dan fungsi kas. Kantor Layanan Operasional (KLO) Kabupaten/Kota Blora hanya terdapat Kader JKN sebagai staf bantu dari Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta, sedangkan fungsi akuntansi dan fungsi pemeriksa *intern* yang menangani penerimaan kas terdapat di Kantor Pusat.

- 3) Formulir dan berkas yang digunakan pada sistem penerimaan pembayaran premi
 - a) Surat pemberitahuan, BPJS Kesehatan langsung memberitahukan kepada anggotanya melalui email/SMS secara langsung tanpa menggunakan tembusan bukti kas keluar beserta cek secara manual.
 - b) Daftar surat pemberitahuan, dokumen ini tidak dilakukan secara manual yang membuat daftar tersebut adalah staf penagihan di Kantor Cabang setelah itu kader JKN yang turun ke lapangan untuk menagih secara langsung
 - c) Bukti setor bank, tidak ada bukti setor bank yang dilakukan di BPJS Kesehatan karena pengiriman premi/iuran dilakukan oleh masing-masing anggota BPJS Kesehatan melalui alat pembayaran yang telah disediakan.
 - d) Kwitansi, Bukti pembayaran premi/iuran BPJS Kesehatan diterima oleh masing-masing anggota setelah melakukan pembayaran.

Dokumen yang digunakan dalam penerimaan pembayaran premi/iuran BPJS Kesehatan hanya surat pemberitahuan dan kwitansi, karena pembayaran dilakukan dengan cara sistem terpusat dengan begitu dapat meminimalisir kecurangan yang mungkin saja dapat terjadi dan menghemat dokumen yang keluar.

c. Sistem Pengeluaran Kas atas Pembayaran Klaim BPJS Kesehatan

- 1) Bagan alir yang digunakan pada sistem pengeluaran kas atas pembayaran klaim sudah berjalan dengan baik, karena penanganan klaim dilakukan secara kolektif oleh pihak fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
- 2) Fungsi yang terkait pada sistem pembayaran klaim
 - a) Fungsi yang memerlukan pengeluaran kas, fungsi verifikator penjaminan manfaat dari Kantor Layanan Operasional membuat pengajuan jumlah nominal pengeluaran kas melalui berita acara yang sudah diotorisasi oleh Kepala Layanan Operasional.
 - b) Fungsi kas, BPJS Kesehatan tidak memerlukan pengisian cek yang ditujukan untuk kreditur karena pembayaran dapat dilakukan secara langsung tanpa menggunakan cek.
 - c) Fungsi akuntansi, pengeluaran kas yang ditangani oleh staf perencanaan dan pembukuan sudah berjalan dengan baik.
 - d) Fungsi pemeriksaan *intern*, SPI dari pusat datang secara terjadwal selama 1 tahun sekali untuk memeriksa catatan akuntansi

pengeluaran kas perusahaan, namun setiap 1 bulan sekali dilakukan rekonsiliasi bank oleh staf perencanaan dan pembukuan sendiri.

Fungsi yang melaksanakan transaksi pengeluaran di BPJS Kesehatan sudah sesuai dengan teori namun terdapat 1 fungsi yang tidak diadakan yaitu fungsi kas. Masing-masing fungsi menjalankan tugasnya tidak secara penuh yaitu operasional yang dilakukan oleh staf verifikasi penjaminan manfaat di KLO dan pembayaran klaim ditangani oleh staf kasir selanjutnya laporannya akan dicatat oleh staf perencanaan dan pembukuan dari Kantor Cabang.

3) Dokumen yang terkait pada sistem pembayaran klaim

- a) Bukti kas keluar, dikeluarkan oleh bagian kasir yang akan diberikan ke masing-masing fasilitas kesehatan sebagai bukti bahwa klaim sudah terbayar.
- b) Cek, pembayaran secara langsung dilakukan oleh fungsi kasir BPJS Kesehatan dari Kantor Cabang sehingga tidak perlu memerlukan cek.
- c) Permintaan cek (check request), berita acara klaim dari Kantor Layanan Operasional (KLO) hanya bertindak sebagai pengajuan kas keluar, pengajuan ini ditujukan untuk fungsi kasir yang nantinya akan dilaporkan secara langsung ke fungsi akuntansi untuk dicatat di jurnal pengeluaran kas.

Dokumen yang digunakan di BPJS Kesehatan pada saat pengeluaran kas hanya dokumen pengeluaran kas dan dokumen permintaan cek yang

diperlukan oleh fungsi akuntansi untuk mencatat laporan akuntansi. Semua dokumen pengeluaran kas ditangani oleh Kantor Cabang.

2. Sistem Pengendalian *Intern* pada Pengikatan Polis, Penerimaan Pembayaran Premi dan Klaim

a. Analisis Terhadap Struktur Organisasi yang Memisahkan Tanggung Jawab Fungsional Secara Tegas

Struktur organisasi di suatu perusahaan mencerminkan pemisahan fungsi, tugas dan wewenang pada bagian terkait. Fungsi yang terdapat di kantor BPJS Kesehatan masih merangkap fungsi yang tidak termasuk *job desknya*. Pada aktivitas ini tidak hanya struktur organisasi di kantor BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora saja yang berperan namun, kantor cabang dan kantor pusat juga masih ikut berkontribusi. Struktur organisasi yang dibentuk di Kantor Layanan Operasional (KLO) dapat dikatakan efektif dan ramping, masing-masing fungsi melaksanakan tanggung jawabnya dengan baik. Namun ada beberapa hal yang perlu dibenahi, yaitu:

- 1) Kantor Layanan Operasional (KLO) Kabupaten/Kota Blora memiliki 5 bagian yang tertera dalam struktur organisasi, namun kenyataannya ada 1 bagian yang tidak ada karyawan/staf di dalamnya yaitu Staf Penagihan dan Keuangan. Oleh karena itu terjadilah *double job* meskipun kenyataannya *skill* karyawan sudah baik namun kekurangan Sumber Daya Manusia (SDM) di kantor tersebut menjadikan karyawan kurang fokus akan tanggung jawabnya sendiri. Penambahan jumlah karyawan

di setiap fungsi sangat diperlukan, terlebih adanya staf/karyawan yang menjabat di fungsi Penagihan dan Keuangan. Hal ini sebagaimana yang dikatakan Ibu Ginanjar Rahayu sebagai Verifikator Penjaminan Manfaat bahwa:

“Pembagian kinerjanya belum optimal karena staf di Kantor Kabupaten masih mengerjakan lebih dari 1 fungsi sedangkan di Kantor Cabang staf hanya menjalankan 1 fungsi”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 15 Februari 2018, Pukul 14:10 WIB)

Pernyataan tersebut diperkuat oleh Pak Prastyo Pambudi selaku Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan sebagai berikut:

“Sejauh ini pembagian *jobdesk* di Kantor Kabupaten Blora sudah cukup baik, namun menurut saya agar hasil kinerja yang diperoleh lebih maksimal akan lebih baik lagi jika jumlah pegawai sesuai dengan kebutuhan yang ada sesuai dengan struktur organisasi yang ditetapkan oleh manajemen”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 15 Februari 2018, Pukul 15:36 WIB)

Walaupun keadaan *double job* sering terjadi di setiap perusahaan karena satu karyawan di dalam sebuah perusahaan adalah tim, namun alangkah lebih baiknya tiap bagian memiliki staf/karyawan. Mengingat di (KLO) Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota Blora hanya memiliki 4

orang karyawan di bagian layanan dan harus melayani seluruh masyarakat se-Kabupaten yang menjadi peserta BPJS Kesehatan dan 2 orang karyawan di bagian verifikasi klaim yang melayani 4 apotek, 6 rumah sakit, 7 optik dan 16 kecamatan (yang didalamnya terdapat 27 dokter pribadi, 9 klinik, 6 puskesmas).

2) Diperlukannya Staf pembantu di bagian Staf Kepesertaan dan Pelayanan

Peserta untuk peserta mandiri guna menertibkan pembayaran premi yang dilakukan setiap bulannya. Adanya staf pembantu ini akan memudahkan peserta BPJS Kesehatan yang akan membayar premi dan dapat digunakan sebagai wadah sosialisasi kepada masyarakat yang belum memahami betul mengenai BPJS Kesehatan. Hal tersebut sebagaimana yang telah dikatakan oleh Ibu Dita Utaminingsih sebagai Kepala Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota bahwa:

“Adanya kader JKN kerjasama dengan individu, fungsinya untuk membantu mengurangi tunggakan. Jadi kader JKN itu diberikan data-data peserta yang menunggak, lalu mereka mendatangnya secara langsung. Lalu penghasilan yang didapatkan berdasarkan banyaknya peserta yang dapat ditagih. Jadi mereka dikatakan sebagai agen katakanlah mereka seperti pembayaran PPOB (*channel* pembayaran)”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 23 Februari 2018, Pukul 16:08 WIB).

Pernyataan tersebut diperkuat oleh Pak Prastyo Pambudi selaku Staf Perluasan Peserta dan Kepatuhan sebagai berikut:

“Iya, jadi untuk mengatasi masalah penunggakan peserta mandiri atau PBPU bisa dilakukan melalui Kader JKN. Jadi kan umur piutang 1 tahun kalau di PBPU/Peserta mandiri dalam waktu penunggakan 1 sampai 3 bulan akan di SMS jika belum bayar juga selama 4 sampai 7 bulan akan ditelpon dan jika masih nunggak lagi selama 8 sampai 12 bulan akan dikunjungi. Mereka juga dapat sekaligus melakukan sosialisasi kepada masyarakat yang belum paham mengenai prosedur BPJS Kesehatan, tetapi ini hanya kepanjangan tangan dari BPJS Kesehatan aja. Walaupun nantinya ada Kader JKN, Staf Penagihan dan Keuangan masih perlu lah, kan Kader JKN hanya untuk peserta PBPU seperti itu”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 15 Februari 2018, Pukul 16:20 WIB)

Pentingnya keberadaan karyawan di bagian Staf Penagihan dan Keuangan, pastinya akan menambah fokus kinerja karyawan. Perlunya sosialisasi kepada masyarakat sangat dibutuhkan mengingat tahun 2019 Pemerintah menargetkan seluruh warga Indonesia telah mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan. Dengan adanya penambahan Staf yaitu Kader JKN akan memperlancar penerimaan kas dari premi setiap bulannya.

b. Analisis Terhadap Sistem Wewenang dan Prosedur Pencatatan

Sistem wewenang digunakan untuk melakukan pengawasan setiap transaksi yang terjadi setiap harinya. Wewenang ini artinya meminta persetujuan dari pihak bersangkutan berupa paraf atau tanda tangan. Persetujuan dalam suatu prosedur dibutuhkan jika aktivitas saling berurutan dan dilakukan lebih dari satu orang sehingga paraf atau tanda tangan digunakan untuk menjamin adanya masalah yang kemungkinan akan terjadi. Menurut penelitian yang telah dilakukan BPJS Kesehatan Kabupaten/Kota Blora sangat minim melakukan pencatatan, karena sebagian besar operasional telah dijalankan oleh sistem. Sehingga hal tersebut dapat mengurangi jumlah kertas atau dokumen yang dikeluarkan. Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan Ibu Dita Utaminingsih sebagai Kepala Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota menjelaskan bahwa otorisasi yang dilakukan di BPJS Kesehatan sebagai berikut:

“Untuk otorisasi semestinya dalam *approval* ya ditangani pihak yang bersangkutan, namun kalau harus ditangani langsung bagian yang terkait akan lama misalnya pihak yang bersangkutan tidak ada di tempat tidak mungkin pelayanan di dalam perusahaan akan berhenti karena hal tersebut. Tetapi hal tersebut ya harus dirahasiakan 1 sama lain, dilarang menempel di komputer. Contohnya di bagian PPU data yang dimasukkan menggunakan *username* staf perluasan peserta dan kepatuhan yang

menangani pendaftaran tersebut, lalu staf perluasan peserta dan kepatuhan login di *username* kepala kantor operasional layanan guna memberikan persetujuan dengan cara klik “setuju” hal ini khusus jika terjadi perubahan data peserta yang mendasar seperti nama, nomor NIK, jenis kelamin. Khusus untuk klaim ya hanya tanda tangan di bagian berita acaranya”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 23 Februari 2018, Pukul 15:34 WIB)

Pernyataan tersebut diperkuat dengan hasil wawancara dengan Pak Prasetyo Pambudi menyatakan bahwasannya:

“Otorisasinya dengan cara login ke *username* Kepala Cabang atau Kepala Bidang, tidak perlu input data ulang. Hal ini dilakukan jika terjadi permasalahan misalnya adanya perubahan data peserta. Jika bagian klaim otorisasinya melalui tanda tangan langsung di berita acara, untuk pengiriman verifikasi dokumen ke Kantor Cabang”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 15 Februari 2018, Pukul 15:50 WIB)

Melalui hasil wawancara yang telah dilakukan mencerminkan bahwasannya otorisasi yang dilakukan belum dijalankan oleh setiap fungsi. Seharusnya setiap transaksi harus mendapatkan otorisasi dari pejabat yang memiliki wewenang secara langsung untuk menyetujuinya. Oleh karena itu sistem harus bisa membagi wewenang untuk terlaksananya otorisasi transaksi tersebut. Namun, dalam pelaksanaan otorisasi perubahan data peserta BPJS Kesehatan melalui aplikasi kepesertaan yang seharusnya dilakukan oleh Kepala Layanan Operasional Kabupaten pada kenyataannya

otorisasi tersebut dilakukan sendiri oleh Staf yang bersangkutan. Alangkah lebih baiknya jika otorisasi tersebut tetap dijalankan oleh tiap fungsi yang diberikan wewenang karena prosedur pencatatan yang baik akan menjamin data yang direkam dengan tingkat ketelitian dan keandalan yang tinggi sehingga menghasilkan informasi yang teliti sehingga informasi tersebut dapat dipercaya.

c. Analisis Terhadap Praktik yang Sehat dalam Pelaksanaan Tugas dan Fungsi dari Setiap Unit Organisasi

Aktivitas operasional di dalam perusahaan akan terlaksana dengan baik jika karyawan melakukan praktik yang sehat sesuai dengan peraturan perusahaan yang ditetapkan. Praktik yang sehat dapat dilakukan dengan berbagai macam cara mulai dari melihat nomor urut formulir yang digunakan, pemeriksaan mendadak, transaksi yang membutuhkan campur tangan dari orang lain, perputaran jabatan, cuti, pencocokan *asset* dan catatan serta membentuk pengawas internal.

Pelaksanaan praktik yang sehat di BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora sudah baik, sangat kecil kemungkinan karyawan melakukan kecurangan karena penerimaan premi tidak ada yang dilakukan dengan cara manual sehingga pembayaran langsung masuk ke rekening kantor pusat. BPJS Kesehatan juga membentuk bagian yang menangani khusus masalah anti *fraud*, maka peneliti menyarankan perlu kejelian dalam memilih kualitas karyawan yang ditempatkan di kantor pusat. Ada

beberapa hal yang perlu diperbaharui dalam melaksanakan praktik sehat di BPJS Kesehatan, antara lain:

- 1) Penggunaan folmulir bernomor urut. Peneliti sarankan selain mencantumkan jenis dokumen, BPJS Kesehatan perlu memberikan nomor urut dokumen yang tercetak sehingga dalam pemakaiannya bisa dipertanggungjawabkan oleh pihak yang memberikan otorisasi. Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan Ibu Dita Utaminingsih sebagai Kepala Kantor Layanan Operasional Kantor Kabupaten/Kota menjelaskan penggunaan folmulir yang digunakan di BPJS Kesehatan sebagai berikut:

“Karena folmulir yang digunakan disini kan sudah ada jenis folmulirnya setidaknya sudah ada penggolongannya lah. Namun apabila kedepannya folmulir tersebut dicantumkan nomor urut akan lebih bagus lagi, karena dapat dilakukan pengarsipan melalui nomor urut untuk mengetahui pertanggungjawaban penggunaan folmulir”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 23 Februari 2018, Pukul 15:30 WIB).

Pernyataan tersebut didukung oleh pernyataan Ibu Ginanjar Rahayu sebagai Verifikator Penjaminan Manfaat bahwa:

“Ya mungkin sudah tercetak dari pusat seperti itu ya, jadi kita selaku kantor Kabupaten ya hanya pakai folmulir itu. Kalau ditanya lebih baik apa tidak jika ditambah nomor urut pastinya lebih baik nantinya untuk

pengarsipan, misalnya nanti mau cari-cari berkasnya kan lebih mudah juga”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 15 Februari 2018, Pukul 14:24 WIB)

- 2) BPJS Kesehatan dalam melakukan audit tidak dilakukan secara mendadak, namun jadwal audit telah dibuat teratur sehingga kantor yang akan di audit mengetahui kapan akan dilaksanakannya audit. Padahal audit dengan cara mendadak akan mendorong karyawan melaksanakan tugasnya sesuai dengan *distinct job profile*. Berdasarkan hasil wawancara dengan Pak Prasetyo Pambudi menyatakan bahwasannya:

“Jika audit dilakukan secara dadakan gak lebih baik, karena dalam melakukan audit kita perlu mengumpulkan bukti audit yang diperlukan toh. Jadi perlu waktu untuk melakukan itu”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 15 Februari 2018, Pukul 15:53 WIB).

Pernyataan tersebut didukung dari hasil wawancara Ibu Dita Utaminingsih sebagai Kepala Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota menjelaskan baik atau tidaknya pemeriksaan mendadak bahwa:

“Karena yang diperiksa SPI itu kan data yang sudah terjadi atau retrospektif. Jadi kalau semisal pemeriksaan dilakukan secara mendadak

ya gak bisa, karena tidak ada data yang mau diperiksa itu data klaim dimana klaim yang sudah dibayar”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 23 Februari 2018, Pukul 15:37 WIB).

- 3) Permasalahan cuti telah diatur oleh Pemerintah, sehingga kebijakan dapat berubah sewaktu-waktu. Hak cuti pasti ada baik itu diberikan kepada karyawan kunci atau karyawan biasa, dan pekerjaan karyawan yang melakukan cuti akan digantikan oleh karyawan lain yang menempati satu fungsi. Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan Ibu Dita Utaminingsih sebagai Kepala Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota menjelaskan mengenai pengambilan cuti yang dilakukan di BPJS Kesehatan, yaitu:

“Hak cuti pasti ada, kebijakan banyaknya cuti tiap tahun berbeda-beda ada yang dipotong cuti bersama ada yang tidak. Misalnya katakanlah cuti sebanyak 12 hari jika tidak dipotong cuti bersama. Namun kalau di sini tidak boleh diambil secara langsung, karyawan di BPJS Kesehatan tidak bisa santai-santai karena dalam diri masing-masing karyawan tertanam tanggung jawab yang kuat, sehingga karyawan perlu mengatur dengan betul berapa hari dia akan mengambil cuti dan jangan mengambil cuti di 3 bulan terakhir karena banyak kerjaan kecuali hal-hal yang mengharuskan untuk cuti misalnya keluarganya meninggal dan hamil yang tidak bisa diprediksi waktunya”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 23 Februari 2018, Pukul 15:38 WIB)

Pernyataan tersebut diperkuat oleh Ibu Ginanjar Rahayu sebagai Verifikator Penjaminan Manfaat bahwa:

“Kalau untuk masalah cuti jatahnya ada 12 hari dalam 1 tahun namun pengambilannya maksimal 3 hari jadi selama 3 hari itu tugas yang telah ditinggalkan menjadi beban karyawan tersebut. Kalau misalnya cuti melahirkan selama 3 bulan, beban itu akan ditanggung oleh karyawan lain di satu bidang yang sama sehingga *double job*”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 15 Februari 2018, Pukul 14:27 WIB)

d. Mutu Karyawan Sesuai dengan Tanggung Jawab

Mutu karyawan penting dalam pertimbangan perusahaan karena pelaksana aktivitas di dalam perusahaan adalah seorang karyawan. Meskipun prosedur dan struktur organisasi yang ditetapkan perusahaan sudah baik jika kualitas karyawan tidak sesuai syarat ketentuan maka hasil yang akan dicapai perusahaan juga tidak akan maksimal.

Perekrutan karyawan baru sangat terjamin kualitasnya sebagian besar dilakukan oleh vendor atau pihak yang tidak ada kaitannya dengan BPJS Kesehatan. Kemungkinan kecil terjadi kecurangan yang dilakukan antara pemberi kerja dan pelamar kerja. Tahap seleksi yang dilakukan pihak BPJS Kesehatan antara lain tes administrasi, tes online psikotes, tes tertulis,

wawancara psikolog, konfikator psikolog, wawancara user, dan tes kesehatan. Perincian syarat kompetensi yang dibutuhkan BPJS Kesehatan telah ditetapkan dalam rincian distinct *job profile* sehingga kualitas karyawan yang akan masuk di BPJS Kesehatan harus sesuai persyaratan yang ditentukan oleh perusahaan. Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan Ibu Dita Utaminingsih sebagai Kepala Kantor Layanan Operasional Kabupaten/Kota menjelaskan mengenai pengembangan mutu karyawan di BPJS Kesehatan bahwasannya:

“Untuk perekrutan sendiri kan ada beberapa tahap, nah..pada tahap tersebut kan ada psikologi. Mungkin ada orang yang pandai dalam bidang akademiknya, namun psikolognya tidak cocok dengan kerja di BPJS Kesehatan. Sehingga *type* karyawan di sini rata-rata memiliki karakter yang hampir sama. Guna mengembangkan kualitas SDM, di sini pada awal tahun biasanya bulan maret membuat rencana kerja nanti di aplikasi setiap saat bisa di *update* hingga akhir tahun. Selanjutnya data tersebut akan dikirim ke atasan langsung kepala kantor layanan operasional untuk di *approve* itu yang hasil kerja. Ada juga penilaian dari rekan kerja mungkin bisa dari stafnya, atasan, atau rekan kerjanya. Hal itu dapat digunakan untuk mempromosikan jabatan yang berbobot 30%, penilaian ini akan obyektif karena pihak yang menilai lebih dari 1 orang minimal yang menilai 3 orang. Penilaian tersebut yang mengolah sistem nanti akan muncul besarnya nilai sehingga akan masuk ke *talent pool* sesuai dengan

kriteria yang ditentukan. Hal tersebut hanya bisa dilihat dari pusat. Untuk promosi jabatan tergantung syarat kualitas yang dibutuhkan dimana nilai yang harus unggul untuk dimilikinya. Ditambah adanya diklat penjenjangan karir dan teknis misal teknis pemasaran, dilakukannya tergantung kebutuhan. Dari sistem tersebut juga dapat dilihat pusat bagian mana yang kurang, jadi perlu diadakan diklat sehingga gap yang terjadi tidak terlalu jauh antara kinerja yang diharapkan dan kenyataan yang terjadi”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 23 Februari 2018, Pukul 15:40 WIB).

Pernyataan tersebut diperkuat dengan hasil wawancara dengan Pak Prasetyo Pambudi menyatakan bahwasannya:

“Untuk menjadi seorang pegawai BPJS Kesehatan kita melalui tahapan tes yang panjang dan bersaing dengan banyak orang. Selain itu jumlah peserta yang lolos sangat kecil jika dibandingkan dengan peserta yang mendaftar. Pengembangan kualitas karyawan di BPJS Kesehatan sering dilakukan diklat, tergantung kebutuhan fungsi apa yang ingin di diklatkan, kalau menurutku sih, organisasi ini sering mendiklatkan karyawannya mengingat kebutuhan organisasi juga terus berkembang. Selain itu juga jika ada informasi terbaru mengenai organisasi setiap saat juga di *share* melalui email. Sehingga mempermudah karyawan untuk mengakses berbagai informasi”.

(Wawancara dilakukan pada tanggal 15 Februari 2018, Pukul 16:25 WIB).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian dan hasil pembahasan yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebagian besar sistem yang sudah dijalankan oleh BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora mulai dari Pengikatan Polis sampai terjadinya Klaim sudah baik. Namun perlu adanya penertiban sistem pengikatan polis pada Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau peserta mandiri kelas 1 dan 2 dalam melakukan pendaftaran pembayaran premi secara *autodebit*. Langkah yang perlu dilakukan oleh pihak BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kantor Blora adalah menyediakan formulir persetujuan *autodebit* dari bank atau formulir tersebut dapat diisi secara online.
2. Pengendalian *intern* yang dilakukan di BPJS Kesehatan Kantor Kabupaten/Kota Blora adalah:
 - a. Struktur organisasi sudah cukup baik pembagian tugas dan tanggungjawab sesuai *job desk* masing-masing bagian. Namun, disisi lain dapat dikatakan kurang efektif karena terjadi perangkapan fungsi dalam menjalankan tugas. Hal tersebut terjadi karena tidak adanya staf/karyawan di bagian Penagihan dan Keuangan, akan lebih baik jika jumlah karyawan disesuaikan dengan kebutuhan struktur organisasi yang ditetapkan manajemen dan perlunya kader JKN untuk membantu

mengatasi masalah penunggakan premi serta ikut membantu dalam melakukan sosialisasi BPJS Kesehatan.

- b. Sistem wewenang dan prosedur pencatatan, otorisasi ada yang dilakukan secara manual namun sebagian besar dilakukan secara terkomputerisasi. Temuan yang ada otorisasi dapat dilakukan oleh pihak yang tidak memiliki wewenang untuk mengotorisasi. Hal ini bertujuan untuk mempercepat proses pelayanan tetapi karyawan yang tidak mempunyai wewenang perlu berhati-hati karena hal tersebut dapat menimbulkan praktik yang tidak sehat.
- c. Praktik yang sehat, di BPJS Kesehatan sudah baik namun masih ada beberapa aktivitas yang perlu diperbaiki. Pertama, folmulir yang digunakan belum menggunakan nomor urut hanya mencantumkan jenis folmulir, alangkah lebih baiknya folmulir dicantumkan nomor urut supaya dapat dipertanggungjawabkan pemakaiannya. Kedua, pemeriksaan mendadak seharusnya perlu dilakukan untuk mendorong karyawan dalam melaksanakan tugasnya namun dalam organisasi ini pemeriksaan oleh Satuan Pengawas Internal (SPI) dilakukan secara terjadwal dan tidak bisa dilakukan secara mendadak karena ada beberapa berkas yang sebelumnya perlu dipersiapkan sebelumnya. Ketiga, kewajiban pengambilan cuti yang harus diambil oleh tiap karyawan untuk mengetahui kinerja yang selama ini dilakukan namun, pengambilan cuti ini akan menambah *load* kerja di

waktu yang akan datang dan dapat menyebabkan tambahan *load* kerja karyawan lain di satu fungsi/departemen.

- d. Karyawan yang mutunya sesuai dengan tanggung jawabnya, perekrutan karyawan yang dilakukan BPJS Kesehatan dilakukan secara ketat. Syarat kompetensi setiap bidang telah ditentukan oleh pusat. Karyawan di BPJS Kesehatan setiap tahunnya membuat rancangan kinerja di awal bulan sebagai bentuk acuan. Peningkatan mutu karyawan juga dilakukan dengan cara penilaian dari karyawan lain sehingga kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) dapat dipercaya karena penilaian tersebut tidak bersifat subyektif. Pelatihan pengembangan *skill* karyawan yang biasa dilakukan adalah diklat untuk mengembangkan pengetahuan karyawan di bidang tersebut. Hal ini akan dikontrol oleh Kantor Pusat fungsi apa yang memerlukan diklat atau pelatihan kerja.

B. Saran

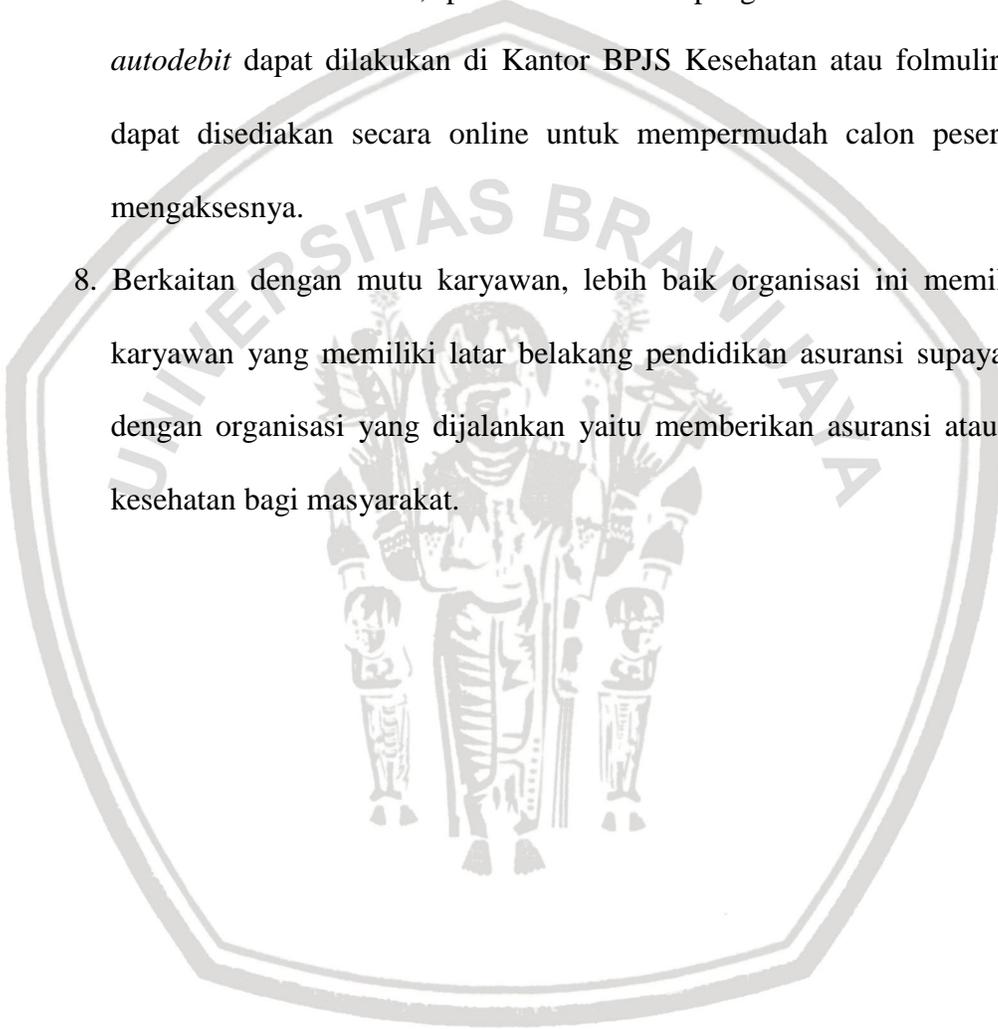
Berdasarkan temuan masalah yang telah diuraikan pada kesimpulan diatas, maka peneliti akan memberikan beberapa saran, diantaranya:

1. Diperlukannya tambahan karyawan di setiap fungsi karena melihat banyaknya pelayanan yang harus dikerjakan di setiap fungsi. Hal ini dapat mengurangi *human eror* karena faktor pekerjaan yang terlalu banyak sehingga menjadikan karyawan kurang fokus.
2. Dibutuhkannya Kader JKN Staf bantuan yang berada di bawah Staf Kepesertaan dan Pelayanan Peserta yang bertanggung jawab untuk melakukan

penagihan secara langsung sehingga dapat mengurangi penunggakan premi. Tugas kader JKN adalah turun ke lapangan dan melakukan sosialisasi supaya masyarakat Blora memahami pentingnya asuransi tepatnya BPJS Kesehatan dan prosedur untuk melakukan pendaftaran sampai pemanfaatan di fasilitas kesehatan pertama dan lanjutan.

3. Diperlukanya Staf Penagihan dan Keuangan untuk mengingatkan pembayaran premi/iuran setiap bulannya, karena sebagian besar peserta BPJS Kesehatan masih banyak yang menunggak membayar premi/iuran. Hal ini berhubungan dengan moral hasrat masing-masing individu. Staf ini diperlukan di Kantor Kabupaten/Kota untuk mengontrol arus keluar masuknya kas.
4. Melihat semakin banyaknya masyarakat Blora yang berminat untuk mendaftarkan dirinya ke BPJS Kesehatan maka antrian semakin panjang. Oleh karena itu, lebih baik diberikan tambahan 1 fungsi loket guna mempercepat pelayanan yang dilakukan, sehingga nama BPJS Kesehatan dapat diingat oleh masyarakat bahwa pelayanannya bagus dan memuaskan.
5. Perlu dilakukannya sosialisasi kepada mitra fasilitas kesehatan pertama dan lanjutan untuk meningkatkan pelayanan peserta BPJS Kesehatan. Fasilitas Rumah Sakit harus memberikan informasi lebih lanjut keadaan tenaga medis atau kamar yang tersedia supaya peserta BPJS Kesehatan tidak perlu mengantri lama demi menunggu sebuah ketidakpastian.

6. Selain adanya jenis formuler yang tercantum di dokumen untuk melakukan transaksi alangkah lebih baiknya jika formuler tersebut dilengkapi dengan nomor urut yang tercetak supaya dapat dipertanggungjawabkan secara jelas.
7. Penertiban peserta mandiri/PBPU kelas 1 dan 2 untuk melakukan pembayaran secara *autodebit* maka, peneliti sarankan pengisian formuler surat kuasa *autodebit* dapat dilakukan di Kantor BPJS Kesehatan atau formuler tersebut dapat disediakan secara online untuk mempermudah calon peserta untuk mengaksesnya.
8. Berkaitan dengan mutu karyawan, lebih baik organisasi ini memilih calon karyawan yang memiliki latar belakang pendidikan asuransi supaya sinkron dengan organisasi yang dijalankan yaitu memberikan asuransi atau jaminan kesehatan bagi masyarakat.



DAFTAR PUSTAKA

Buku:

- Ahmadi, Rulam. 2016. *METODOLOGI PENELITIAN KUALITATIF*. Yogyakarta : AR-RUZZ MEDIA
- AICPA. 2016. *Audit & Accounting GUIDE*. New York : American Institute of Certified Public Accountants Inc.
- Aqimuddin, Eka An dan Marye Agung Kusmagi. 2010. *Tips Hukum Praktis: Solusi Bila Terjerat Kasus Bisnis*. Jakarta : Raih Asa Sukses
- Baharudin, Asep Saepul Hamdi E., 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif Aplikasi Dalam Pendidikan*. Yogyakarta : DEEPUBLISH
- Baridwan, Zaki. 1991. *Sistem Akuntansi: Penyusunan Prosedur dan Metode*. Edisi 5. Yogyakarta: BPFE Yogyakarta
- Bungin, Burhan. 2007. *Penelitian Kualitatif*. Jakarta : KENCANA PRENADA MEDIA GROUP
- Fauzi, Rizki Ahmad. 2017. *Sistem Informasi Akuntansi (Berbasis Akuntansi)*. Yogyakarta : PENERBIT DEEPUBLISH (Group Penerbitan CV BUDI UTAMA)
- Ganie, Junaedy dan ANZIIF. 2013. *Hukum Asuransi Indonesia*. Jakarta: Sinar Grafika
- Gulo, W. 2008. *Metodologi Penelitian*. Jakarta : Grasindo
- Hall, James A., 2009. *Sistem Informasi Akuntansi*. Edisi 4. Buku 1. Jakarta : Penerbit Salemba Empat
- Hayadi, Hermawan & Rasman Rukun. 2016. *WHAT IS EXPERT SYSTEM*. Yogyakarta : DEEPUBLISH (CV BUDI UTAMA)
- Indonesia, Ikatan Bankir. 2014. *Mengenal Operasional Perbankan 2*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama
- Johar, Heru dan Heru Adi Prasetya. 2006. *Manajemen Rumah Sakit Modern Berbasis Komputer (Mencakup Aspek Pemasaran & Manajemen Keuangan)*. Jakarta : PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia, Anggota IKAPI

- Mahatmyo, Atyanto. 2014. *Sistem Informasi Akuntansi*. Yogyakarta : PENERBIT DEEPUBLISH (Group Penerbitan CV BUDI UTAMA)
- Mardi. 2014. *Sistem Informasi Akuntansi*. Bogor : Ghalia Indonesia
- Messier, William F,dkk. 2014. *Jasa Audit dan Assurance Pendekatan Sistematis*. Jakarta Selatan : Salemba Empat
- Miles, Matthew B. dkk. 2014. *Qualitative Data Analysis (A Methods Sourcebook)*. Edition 3. United States of America : SAGE Publications, Inc.
- Muhammad, Abdulkadir. 2006. *Hukum Asuransi Indonesia*. Bandung : Citra Aditya Bhakti
- Muharto & Arisandy Ambarita. 2016. *Metode Penelitian Sistem Informasi Mengatasi Kesulitan Mahasiswa dalam Menyusun Proposal Penelitian*. Yogyakarta : DEEPUBLISH
- Mulyadi. 2016. *Sistem Akuntansi*. Edisi 4. Jakarta Selatan : Salemba Empat
- Ranatarisza, Mirza Maulinarhadi dan Max Advian Noor. 2013. *Sistem Informasi Akuntansi Pada Aplikasi Administrasi Bisnis*. Malang : Universitas Brawijaya Press (UB Press)
- Sadi, Muhammad. 2015. *Etika dan Hukum Kesehatan*. Jakarta : Kencana
- Santoso, Yussy & Ronny R. 2016. *A PRACTICAL GUIDANCE TO EXECUTIVE COMPENSATION MANAGEMENT*. Jakarta : PT Elek Media Komputindo (Kelompok Gramedia)
- Sarosa, Samiaji. 2009. *Sistem Informasi Akuntansi*. Jakarta : Grasindo
- Sastrawidjaja, Man Suparman. 1997. *Aspek-Aspek Hukum Asuransi Dan Surat Berharga*. Bandung : P.T. Alumni
- Siyoto, Sandu & Muhammad Ali Sodiq. 2015. *Dasar Metodologi Penelitian*. Karanganyar : Literasi Media Publisng
- Sugiarto, Eko. 2015. *Menyusun Proposal Penelitian Kualitatif: Skripsi dan Tesis*. Yogyakarta : Suaka Media
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif Kualitatif dan R&D)*. Bandung : CV. ALFABETA

- Sugiono, Arif dkk. 2010. *Akuntansi & Pelaporan Keuangan untuk Bisnis Skala Kecil dan Menengah*. Jakarta : Grasindo
- Sula, Muhammad Syakir. 2004. *Asuransi Syariah (Life and General) Konsep dan Sistem Operasional*. Jakarta : Gema Insani
- Supriyati. 2016. *Audit Laporan Keuangan Usaha Kecil dan Menengah*. Yogyakarta : ANDI OFFSET
- Tarmizi, Erwandi. 2018. *HARTA HARAM MUAMALAT KONTEMPORER (HHMK)*. Bogor : P.T. Berkat Mulia Insani
- Thabrany, Hasbullah. 2015. *JAMINAN KESEHATAN NASIONAL*. Depok : PT RAJAGRAFINDO PERSADA
- Timotius, Kris H. 2017. *PENGANTAR METODOLOGI PENELITIAN Penelitian Manajemen Pengetahuan Untuk Perkembangan Pengetahuan*. Yogyakarta : ANDI (Anggota IKAPI)
- TMbooks. 2015. *Sistem Informasi Akuntansi-Konsep dan Penerapan*. Yogyakarta : C.V ANDI OFFSET (Penerbit ANDI)
- Tokan, P. Ratu Ile. 2016. *MANAJEMEN PENELITIAN GURU Untuk Pendidikan Bermutu*. Jakarta : PT Gramedia
- Widodo, Sugeng. 2016. *MINSET KAYA AGEN ASURANSI Jurusan Antigagal Agen Asuransi Menjadi Kaya*. Jakarta : PT Gramedia Widiasarana Indonesia
- Yustisia, Tim Pustaka. 2014. *Memperoleh Jaminan Sosial dari BPJS Ketenagakerjaan*. Jakarta : Visimedia
- Yustisia, Tim Visi. 2016. *HAK DAN KEWAJIBAN PEKERJA KONTRAK*. Jakarta : PT Visimedia Pustaka (Anggota IKAPI)
- Yustisia, Tim Visi. 2014. *KUHD, UU PERDAGANGAN & UU LARANGA PRAKTIK MONOPOLI & PERSAINGAN USAHA TIDAK SEHAT*. Jakarta : Visi Media
- Yusuf, A. Muri. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif & Penelitian Gabungan*. Jakarta : KENCANA

Undang-Undang:

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 5 Ayat 2 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 45 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pensiun

Internet :

BPJS Kesehatan. 2016. "*Iuran*", diakses pada Tanggal 13 Desember 2017 Pukul 11:30 dari <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2014/13>

CNN Indonesia. 2017. "*Sri Mulyani: Premi Asuransi Tumbuh Bergantung Perekonomian*", diakses pada 21 November 2017 Pukul 10:30 dari <https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20170222175130-78-195391/sri-mulyani-premi-asuransi-tumbuh-bergantung-perekonomian>

detiknews. 2017. "*Tunggakan Iuran BPJS di Pati Selama 6 Bulan Capai Rp 22,8 M*", diakses pada Tanggal 4 Maret 2018 Pukul 14:40 dari <https://news.detik.com/berita-jawa-tengah/d-3749485/tunggakan-iuran-bpjs-di-pati-selama-6-bulan-capai-rp-228-m>

Jamsos Indonesia. 2016. "*Transformasi BPJS*", diakses pada Tanggal 6 Januari 2018 Pukul 15:03 dari <http://www.jamsosindonesia.com/cetak/printout/387>

Kompas. com. 2015. "*Ini Permasalahan Penting di BPJS Kesehatan*", diakses pada Tanggal 13 Desember 2017 Pukul 13:25 dari <http://ekonomi.kompas.com/read/2015/01/06/130228826/Ini.Permasalahan.Penting.di.BPJS.Kesehatan>

News Jamkes. 2017. "*BPJS Kesehatan Pati Targetkan UHC Akhir Tahun 2018*", diakses pada Tanggal 4 Maret 2018 Pukul 14:03 dari <http://www.jamkesnews.com/jamkesnews/berita/detail/nws/2011/20180126/bpjs-kesehatan-pati-targetkan-uhc-akhir-tahun-2018>

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 73 Tahun 1992. "*Penyelenggaraan Usaha Perasuransian Presiden Republik Indonesia*", diakses pada

Tanggal 26 Januari 2018 Pukul 17:03 dari
http://www.ojk.go.id/id/kanal/iknb/regulasi/asuransi/peraturan-pemerintah/Documents/ppas4_1389240114.pdf

Pusat Informasi Jaminan Kesehatan Indonesia. 2018. "*Faskes>Faskes Lanjutan Tingkat Rujukan*", diakses pada Tanggal 3 Maret 2018 Pukul 19:10 dari
http://jkn.jamsosindonesia.com/jkn/detail/faskes_rujukan_tingkat_lanjutan#.WpqQOVRua6o

Pusat Informasi Jaminan Kesehatan Indonesia. 2018. "*Faskes>Faskes Tingkat Pertama*", diakses pada Tanggal 3 Maret 2018 Pukul 19:14 dari
http://jkn.jamsosindonesia.com/jkn/detail/faskes_tingkat_pertama#.WpqRYVRua6o

