



**PROSEDUR PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN KLAIM KESEHATAN
PADA BPJS KANTOR CABANG JEMBER**

LAPORAN PRAKTEK KERJA NYATA

Oleh:

Enis Fitria Yonata

130803104070

PROGRAM STUDI DIPLOMA III AKUNTANSI

JURUSAN AKUNTANSI

FAKULTAS EKONOMI

UNIVERSITAS JEMBER

2016



**PROSEDUR PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN KLAIM KESEHATAN
PADA BPJS KANTOR CABANG JEMBER**

LAPORAN PRAKTEK KERJA NYATA

diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelas Ahli Madya

Program Diploma III Ekonomi Jurusan Akuntansi

Fakultas Ekonomi

Universitas Jember

Oleh:

Enis Fitria Yonata

130803104070

PROGRAM STUDI DIPLOMA III AKUNTANSI

JURUSAN AKUNTANSI

FAKULTAS EKONOMI

UNIVERSITAS JEMBER

2016



**PROCEDURES OF SUBMISSION AND PAYMENT HEALTH CLAIM ON
BPJS OF BRANCH JEMBER**

REALWORK PRACTICE REPORT

Proposed as one of the requirements to obtain the title Associate degree

Diploma III Programs Accounting of Accounting Department

Economics Faculty

Jember University

By :

Enis Fitria Yonata

NIM 130803104070

STUDY PROGRAM DIPLOMA III OF ACCOUNTING ACCOUNTING

MAJOR FACULTY OF ECONOMICS

JEMBER UNIVERSITY

2016

JUDUL

**LAPORAN PRAKTEK KERJA NYATA
PROSEDUR PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN KLAIM KESEHATAN PADA BPJS
KANTOR CABANG JEMBER**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Enis Fitria Yonata

NIM : 130803104070

Jurusan : Akuntansi

Program Studi : Diploma III Akuntansi

Telah dipertahankan di depan panitia penguji pada tanggal :

06 Juni 2016

dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima sebagai kelengkapan guna memperoleh gelar Ahli Madya (A.Md) Program Diploma III pada Fakultas Ekonomi Universitas Jember.

Susunan Panitia Penguji

Ketua

Sekretaris

Dr. Yosefa Sayekti, M.Com., Ak.

Taufik Kurrohman, SE., M.SA., Ak.

NIP. 19640809 199003 2 001

NIP. 19820723 200501 1 002

Anggota

Aisa Tri Agustini, SE., M.Sc

NIP. 19880803 201404 2 002

Mengetahui / Menyetujui

Universitas Jember

Fakultas Ekonomi

Dekan,

Dr. Moehammad Fathorrazi SE.,M.Si

NIP. 19630614 199002 1 001

LEMBAR PERSETUJUAN

LAPORAN PRAKTEK KERJA NYATA

Nama : Enis Fitria Yonata
NIM : 130803104070
Jurusan : Akuntansi
Program Studi : Diploma III Akuntansi
Waktu Pelaksanaan : 1 Februari – 11 Maret 2016
Fakultas : Ekonomi Universitas Jember
Judul Laporan : **PROSEDUR PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN
KLAIM KESEHATAN PADA BPJS KANTOR
CABANG JEMBER**

Laporan Praktek Kerja Nyata telah Disetujui

Pada Tanggal 25 Februari 2016

Oleh :

Dosen Pembimbing,

Dr. Whedy Prasetyo, SE.,M.SA.,Ak

NIP. 19770523 200801 1 012

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan kelancaran dan kemudahan. Tugas akhir ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya Bapak Heru Istanto dan Ibu Endang Pudji Kuntarni yang telah memberikan nasehat, semangat dan doa yang tiada henti hentinya;
2. Seluruh keluarga besar yang tercinta;
3. Tante Tanya yang selalu memberikan semangat, doa dan bantuannya hingga tugas akhir ini bisa terselesaikan;
4. Sahabat – sahabatku yang tak lekang oleh waktu Dilah, Ningsih, Eyin, Dias dan Nindy;
5. Mas Tegar kakaknya dilah;
6. Semua teman-teman seperjuanganku yang ada di D3 Akuntansi Angkatan 2013 terima kasih atas kenangan indahny;
7. Dosen-dosen di Program Studi Diploma 3 Akuntansi Fakultas Ekonomi Universitas Jember;
8. Almamater yang saya banggakan Fakultas Ekonomi Universitas Jember.

MOTTO

“Visi tanpa tindakan hanyalah sebuah mimpi. Tindakan tanpa visi hanyalah membuang waktu. Visi dengan tindakan akan mengubah dunia”

(Joel Arthur Barker)

“Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dari suatu urusan), kerjakanlah dengan sungguh – sungguh (urusan) yang lain. Dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap”

(Q.S. 94 : 6 – 8)

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas melimpahnya rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Praktek Kerja Nyata yang berjudul “Prosedur Akuntansi Pajak Penghasilan Pasal 21 Atas Gaji Karyawan Tetap Pada Dinas Peternakan Perikanan dan Kelautan Kabupaten Jember”. Laporan PKN ini disusun untuk memenuhi syarat menyelesaikan pendidikan Diploma tiga (D III) pada Jurusan Akuntansi Fakultas Ekonomi Universitas Jember.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan laporan ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan, bimbingan, dan petunjuk dari berbagai pihak. Maka dalam kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada ibu Indah Purnamawati, SE.,M.Si.,Ak. Selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, perhatian, serta memberikan motivasi sehingga laporan praktek kerja nyata ini dapat tersusun dengan baik.

Pada kesempatan ini penulis juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Dr. M. Fathorrozzi, SE.,M. Selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Jember,
2. Nining Ika Wahyuni, SE.,MSc.,Ak. Selaku Ketua Jurusan Program Studi Diploma III Akuntansi,
3. Dr. Whedy Prasetyo, SE.,M.SA.,AK. Selaku dosen pembimbing yang telah meluangkangkan waktu, membimbing dan mengarahkan, sehingga penulisan Laporan Praktek Kerja Nyata ini dapat terselesaikan dengan baik,
4. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Ekonomi atas perhatian dan ilmu yang telah diberikan dengan penuh kesabaran,
5. Ibu Tanya Rahayu Pringgowatin selaku Kepala cabang BPJS Kesehatan Jember,

6. Seluruh Karyawan dan Karyawati BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jember, terima kasih atas kerjasamanya dan bantuannya yang baik selama ini,
7. Orang tuaku tercinta yang selalu mendoakanku,
8. Sahabat-sahabatku yang selalu mendukung dan menyemangatiku,
9. Teman-temanku D III Akuntansi angkatan 2013, terima kasih atas kenangan indahnyanya selama ini
10. Almamaterku tercinta Fakultas Ekonomi Universitas Jember,
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Laporan Praktek Kerja Nyata ini, akhirnya penulis berharap laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Jember, 26 Mei 2016

Enis Fitria Yonata

DAFTAR ISI

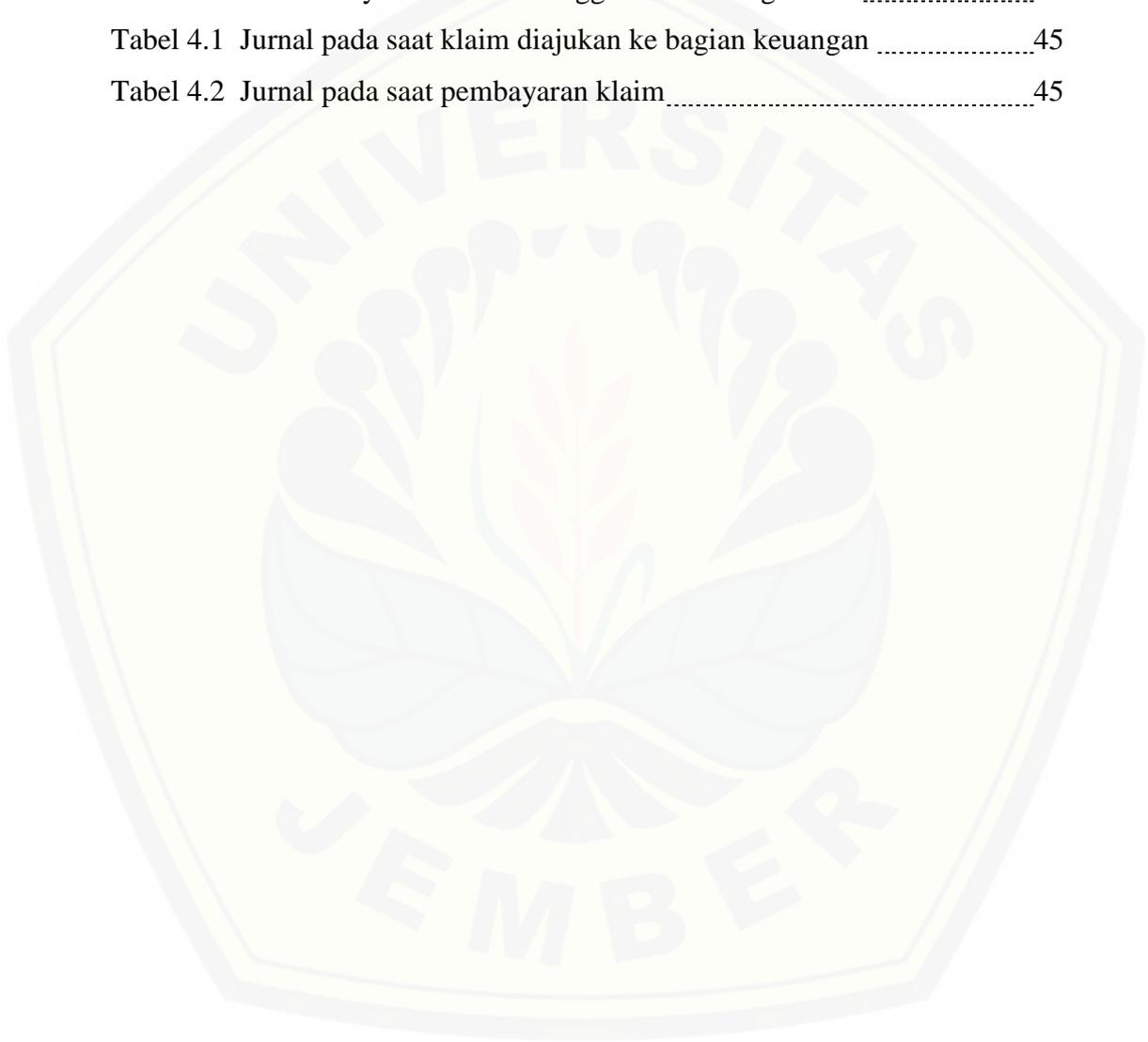
	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR SUSUNAN PENGUJI	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
PERSEMBAHAN	v
HALAMAN MOTTO	vi
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan dan Manfaat Praktek Kerja Nyata	4
1.2.1. Tujuan Praktek Kerja Nyata	4
1.2.2. Manfaat Praktek Kerja Nyata	4
1.3. Objek dan Jangka Waktu Pelaksanaan	5
1.3.1. Objek Praktek Kerja Nyata	5
1.3.2. Jangka Waktu Pelaksanaan Praktek Kerja Nyata	5
1.4. Bidang Ilmu Praktek Kerja Nyata	6
1.5. Jadwal Kegiatan Praktek Kerja Nyata	6
BAB 11. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Bagan Alir (<i>Flowchart</i>)	7
2.2. Asuransi	12
2.3. Asuransi Sosial	13
2.4. Asuransi Kesehatan Sosial atau JKN	13
2.3.1 Prinsip – Prinsip Asuransi Kesehatan Sosial	13

2.5	Pengertian Klaim	15
2.6	Administrasi Klaim	16
2.6.1	Pihak – Pihak yang Terlibat Dalam Administrasi Klaim	16
2.7	Prosedur Penanganan Klaim	17
2.8	Dokumentasi Klaim	18
2.9	Pembayaran Klaim	20
2.10	Penolakan Klaim	20
BAB III GAMBARAN UMUM PERUSAHAAN		21
3.1	Sejarah Perusahaan	21
3.2	Landasan Hukum	24
3.3	Visi, Misi, Sasaran dan Nilai Organisasi	24
3.3.1	Visi	24
3.3.2	Misi	24
3.3.3	Sasaran	25
3.3.4	Tata Nilai Organisasi	25
3.4	Fungsi, Tugas, dan Wewenang	26
3.4.1	Fungsi	26
3.4.2	Tugas	26
3.4.3	Wewenang	26
3.5	Hak dan Kewajiban	27
3.5.1	Hak	27
3.5.2	Kewajiban	28
3.7	Struktur Organisasi	29
BAB IV HASIL PRAKTEK KERJA NYATA		30
3.1	Deskripsi Pelaksanaan Praktek Kerja Nyata	30
4.2	Prosedur Pengajuan Klaim Kesehatan dan Penyusunan Usulan Cash Forecasting	30
4.2.1	Bagian Verifikator	31
4.2.2	Bagian Staff Utilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Anti Fraud	32
4.2.3	Bagian Kepala Unit Manajemen Kesehatan Rujukan	33

4.2.4	Bagian Kasir	33
4.2.5	Bagian Staf Akuntansi dan Keuangan	34
4.2.6	Bagian Kepala Unit Keuangan dan Penagihan	34
4.2.7	Bagian Kepala Cabang	34
4.3	Prosedur Pembayaran Klaim Kesehatan	34
4.3.1	Bagian Staf Akuntansi dan Keuangan	35
4.3.2	Bagian Kepala Unit Keuangan dan Penagihan	35
4.3.3	Bagian Kasir	35
4.3.4	Bagian Kepala Cabang	36
4.3.5	Bagian Bank	36
4.4	Jurnal Pada Saat Adanya Klaim Kesehatan	45
4.5	Kegiatan Pada Saat PKN	45
4.6	Dokumen yang Digunakan	48
4.6.1	Formulir Pengajuan Klaim	48
4.6.2	Rekap FPK	50
4.6.3	Umpan Balik hasil Verifikasi	51
4.6.4	Tanda Bukti Memorial	52
4.6.5	Voucher Pengeluaran Bank	54
4.6.6	Daftar Rencana Pembayaran	56
4.6.7	Cash Forecasting	57
BAB V	KESIMPULAN	59
DAFTAR	PUSTAKA	60
LAMPIRAN	62

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Jadwal kegiatan Praktek Kerja Nyata	6
Tabel 2.1 Simbol – symbol untuk menggambarkan bagan alir	7
Tabel 4.1 Jurnal pada saat klaim diajukan ke bagian keuangan	45
Tabel 4.2 Jurnal pada saat pembayaran klaim.....	45



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Struktur organisasi BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jember	29
Gambar 4.1 <i>Flowchart</i> prosedur pengajuan klaim kesehatan dan penyusunan usulan cash forecasting	37
Gambar 4.1 <i>Flowchart</i> prosedur pengajuan klaim kesehatan Dan penyusunan usulan cash forecasting (lanjutan)	38
Gambar 4.1 <i>Flowchart</i> prosedur pengajuan klaim kesehatan Dan penyusunan usulan cash forecasting (lanjutan)	39
Gambar 4.1 <i>Flowchart</i> prosedur pengajuan klaim kesehatan Dan penyusunan cash forecasting (lanjutan)	40
Gambar 4.1 <i>Flowchart</i> prosedur pengajuan klaim kesehatan Dan penyusunan usulan cash forecasting (lanjutan)	41
Gambar 4.2 <i>Flowchart</i> prosedur pembayaran klaim kesehatan	42
Gambar 4.2 <i>Flowchart</i> prosedur pembayaran klaim kesehatan (lanjutan)	43
Gambar 4.2 <i>Flowchart</i> prosedur pembayaran klaim kesehatan (lanjutan)	44
Gambar 4.3 Formulir Pengajuan Klaim	48
Gambar 4.4 Rekap FPK	50
Gambar 4.5 Umpan balik hasil verifikasi	51
Gambar 4.6 Tanda Bukti Memorial	52
Gambar 4.7 Voucher Pengeluaran Bank	54
Gambar 4.8 Daftar Rencana Pembayaran	56
Gambar 4.9 Cash Forecasting	57

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Formulir pengajuan klaim	62
Lampiran 2. Rekap FPK	63
Lampiran 3. Umpan balik hasil verifikasi	64
Lampiran 4. Umpan balik hasil verifikasi (lanjutan)	65
Lampiran 5. Tanda bukti memorial	66
Lampiran 6. Voucher pengeluaran bank	67
Lampiran 7. Daftar rencana pembayaran	68
Lampiran 8. Cash forecasting	69
Lampiran 9. Surat permohonan tempat magang	70
Lampiran 10. Persetujuan penyusunan laporan PKN	71
Lampiran 11. Daftar hadir PKN	72
Lampiran 12. Daftar hadir PKN (lanjutan)	73
Lampiran 13. Surat permohonan PKN	74
Lampiran 14. Nilai hasil PKN	75
Lampiran 15. Kartu konsultasi tugas akhir	76

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian penting dari pembangunan nasional. Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis¹.

Sebagaimana pendapat Alfi Fahmi (2010:1), bahwa :

Pembangunan dan kebijakan dibidang kesehatan disusun dan dilaksanakan sepenuhnya dalam kerangka azas – azas pembangunan nasional, berdasarkan Pancasila dan Undang – Undang Dasar 1945. Segala upaya dalam pembangunan kesehatan diarahkan untuk mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi, yang memungkinkan setiap orang hidup proaktif, baik sosial maupun ekonomis.

Azas dan tujuan pembangunan kesehatan disebutkan dalam Pasal 2 dan 3 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa:

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma – norma agama.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

¹ <http://www.depkes.go.id> diunduh tanggal 27 Maret 2016

Dari kedua pendapat diatas pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan bangsa dan negara. Untuk mewujudkannya salah satu upaya pemerintah yaitu membuat suatu program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berdasarkan UU SJSN No. 40 Tahun 2004.

Jaminan Kesehatan atau asuransi kesehatan sosial merupakan pelayanan kesehatan yang menjadi salah satu program pemerintah dalam pembangunan kesehatan. Pelayanan kesehatan ini diperuntukan oleh seluruh lapisan masyarakat baik dari masyarakat miskin maupun sampai masyarakat yang mampu. Bersifat nasional, wajib, dengan prinsip kegotong royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati – hatian, akuntabilitas, efesiensi, efektivitas, portabilitas, dana amanat, dan prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial².

Pengertian jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial adalah asuransi berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah³. Selain itu asuransi kesehatan sosial merupakan suatu sistem yang mencakup resiko keuangan seperti kehilangan pendapatan atau kebutuhan perawatan medis yang dikelompokkan dalam suatu kelompok yang seluas mungkin yang biaya ditanggung bersama – sama⁴.

Asuransi kesehatan sosial sudah dirancang oleh pemerintah untuk melindungi dari risiko biaya layanan kesehatan yang mahal sehingga setiap orang dapat menggunakan haknya yaitu akses terhadap pelayanan kesehatan. Mengingat perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran yang semakin maju pesat.

Konsep jaminan atau Asuransi Kesehatan Sosial sudah ada sejak tahun 1911 yang pertama mencetuskannya adalah Inggris. Setelah itu banyak negara lain yang menyelenggarakannya seperti Kanada (1961), Taiwan (1995), Filipina

² <http://staff.ui.ac.id/> diakses tanggal 27 Maret 2016

³ <http://www.jkn.kemkes.go.id/> diunduh tanggal 27 Maret 2016

⁴ <http://pustaka.unpad.ac.id/> diunduh tanggal 27 Maret 2016

(1997), dan Korea Selatan (2000)⁵. Kemudian baru pada tahun 2004 Indonesia mengeluarkan Undang – Undang No.40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Definisi ini bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau anggota keluarganya. BPJS dibentuk menjadi dua yaitu BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) merupakan lembaga yang mengelola dan memberikan pelayanan jaminan kesehatan. Bentuk pelayanan mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Untuk menunjang semua itu tentunya BPJS telah bekerja sama dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu puskesmas, klinik, dokter keluarga dan rumah sakit tingkat d pratama. Lebih lanjut fasilitas tingkat lanjutan yaitu rumah sakit milik pemerintah maupun swasta.

Fasilitas tersebut tidak boleh menarik biaya pelayanan kepada peserta selama peserta mendapatkan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan haknya. Pihak fasilitas kesehatanlah yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yang harus menagihkan biaya pelayanan kesehatan setiap bulannya. Penagihan atau tuntutan pembayaran biaya ini disebut juga dengan klaim.

Dalam kamus besar bahasa Indonesia pengertian klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (memiliki atau mempunyai) atas sesuatu. Fungsi klaim bagi perusahaan asuransi adalah alat untuk memenuhi perjanjian kontrak untuk memberikan perlindungan finansial pada saat peserta asuransi mengalami kerugian (*loss*).

BPJS Kesehatan sebagai perusahaan asuransi tidak langsung membayar

⁵ <http://staff.ui.ac.id/> diunduh tanggal 27 Maret 2016

biaya pelayanan yang telah ditagihkan fasilitas kesehatan. BPJS Kesehatan selaku asuransi sosial kesehatan mempunyai ketentuan, persyaratan dan prosedur yang harus dipenuhi oleh pihak pengaju yaitu faskes. Mulai dari pengumpulan berkas administrasi harus lengkap, pengisian formulir pengajuan dan lain – lain. Apabila semua ketentuan, persyaratan dan prosedur dipenuhi oleh pihak provider, setelah itu baru akan dibayar oleh BPJS Kesehatan. Begitu sebaliknya, apabila tidak sesuai maka akan terjadi penolakan klaim. Hal ini dilakukan oleh seluruh perusahaan asuransi begitu juga BPJS Kesehatan untuk meminimalisir terjadinya *fraud* atau kecurangan.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut mengenai Pengajuan dan Pembayaran klaim dalam menyusun suatu laporan yang diberi judul “**Prosedur Pengajuan dan Pembayaran Klaim Kesehatan Pada BPJS Kantor Cabang Jember**”.

1.2 Tujuan dan Manfaat Praktek Kerja Nyata

1.2.1 Tujuan

- a. Mengetahui dan memahami secara langsung mengenai Prosedur Pengajuan dan Pembayaran Klaim Kesehatan Pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jember.
- b. Menambah wawasan dan ilmu pengetahuan serta pengalaman yang belum pernah didapat dibangku kuliah.
- c. Memantapkan pengetahuan dan kreatifitas serta menjadikan momen praktek kerja nyata (magang) sebagai bekal untuk mempersiapkan diri guna tujuan ke masyarakat.
- d. Menguji kemampuan pribadi dalam tata cara hubungan masyarakat di lingkungan kerja.

1.2.2 Manfaat

I. Bagi Mahasiswa

1. Dapat mengukur kemampuan pribadi atau pengetahuan yang dimiliki tentang Asuransi Kesehatan Sosial terutama Klaim Kesehatan.

2. Mampu menerapkan dan membandingkan teori dengan praktek serta mengetahui seberapa jauh teori – teori yang diperoleh selama mengikuti perkuliahan serta mampu dalam memecahkan suatu permasalahan.
3. Melatih diri agar tanggap dan peka dalam menghadapi situasi dan kondisi yang berbeda antar teori dan praktek.

II. Bagi Universitas Jember

1. Merupakan sarana guna menghubungkan antara perusahaan atau instansi dan lembaga pendidikan universitas jember untuk kerja sama lebih lanjut baik yang bersifat akademis maupun non akademis.
2. Instansi dapat dijadikan sarana calon tenaga kerja Indonesia, sehingga nantinya mampu dijadikan sebuah barometer perkembangan mutu calon tenaga kerja Indonesia.
3. Sebagai pengenalan antara mahasiswa dengan instansi dalam meningkatkan kreatifitas pribadi.

III. Bagi Instansi Yang Bersangkutan

1. Merupakan sarana guna menghubungkan antara perusahaan atau instansi dan lembaga pendidikan universitas jember untuk kerja sama lebih lanjut baik yang bersifat akademis maupun non akademis.
2. Instansi dapat dijadikan sarana pendidik calon tenaga kerja Indonesia, sehingga nantinya mampu dijadikan sebuah barometer perkembangan mutu calon tenaga kerja Indonesia.
3. Membantu dalam membentuk jiwa yang tangguh.

1.3 Obyek dan Jangka Waktu Pelaksanaan Praktek Kerja Nyata

1.3.1 Obyek Praktek Kerja Nyata

Obyek pelaksanaan praktek kerja nyata ini dilaksanakan di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jember yang terletak di Jl. Jawa No. 55, Sumbersari, Jember, Jawa Timur. Mulai dari 01 Februari 2016 – 11 Maret 2016.

1.3.2 Jangka Waktu Pelaksanaan Praktek Kerja Nyata

Praktek Kerja Nyata (PKN) ini dilaksanakan dalam jangka waktu kurang lebih 240 jam efektif yang dilaksanakan pada bulan Februari 2016, terhitung mulai 01 Februari 2016 sampai 11 Maret 2016. Pada hari senin sampai kamis kegiatan magang dari jam 07.30 – 16.30. Sedangkan hari jumat dari jam 07.00 – 16.30.

1.4 Bidang Ilmu Praktek Kerja Nyata

Bidang ilmu yang menjadi landasan Praktek Kerja Nyata ini adalah:

1. Pengantar Akuntansi I
2. Sistem Akuntansi

1.5 Jadwal Kegiatan Praktek Kerja Nyata

Pelaksanaan Praktek Kerja Nyata ini dilakukan pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jember. Adapun kegiatannya sebagai berikut :

Tabel 1.1 Jadwal pelaksanaan kegiatan praktek kerja nyata

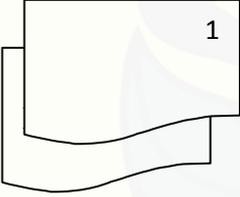
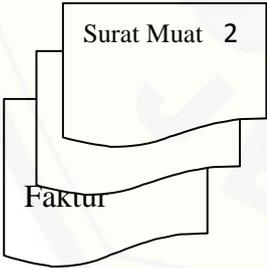
NO.	KEGIATAN	Minggu Ke				
		I	II	III	IV	V
1.	Perkenalan dengan karyawan serta keadaan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jember	x				
2.	Memperoleh penjelasan dari pihak yang ditunjuk sehubungan dengan judul yang diambil.	x				
3.	Melaksanakan tugas yang diberikan pemimpin atau staff	x	x	x	x	x
4.	Mengumpulkan data untuk menyusun Laporan PKN.				x	x
5.	Perpisahan dengan karyawan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jember.					x

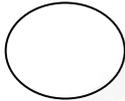
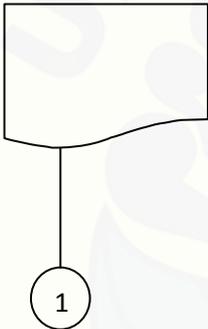
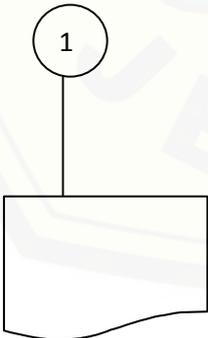
BAB 2

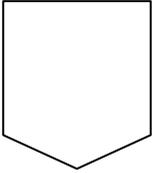
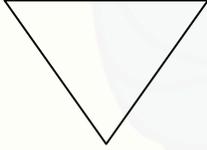
TINJAUAN PUSTAKA

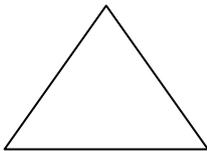
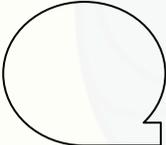
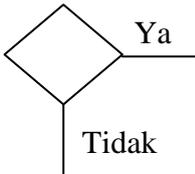
2.1 Bagan Alir (*Flowchart*)

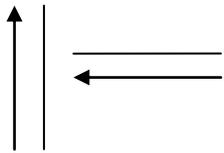
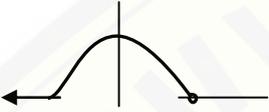
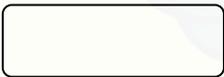
Bagan alir (*flowchart*) adalah suatu model yang menggambarkan aliran data dan proses untuk mengolah data dalam suatu sistem. Simbol-simbol standar yang digunakan untuk menggambarkan bagan alir disajikan pada tabel 2.1

Simbol	Nama	Keterangan
	Dokumen	Simbol ini digunakan untuk menggambarkan semua jenis dokumen yang merupakan formulir yang digunakan untuk merekam data terjadinya suatu transaksi.
	Dokumen dan tembusannya	Simbol ini digunakan untuk menggambarkan dokumen asli dan tembusannya. Nomor lembar dokumen dicantumkan disudut kanan atas.
	Berbagai dokumen	Simbol ini digunakan untuk menggambarkan berbagai jenis dokumen yang digabungkan bersama di dalam satu paket. Nama dokumen dituliskan di dalam masing-masing simbol dan nomor lembar dokumen dicantumkan di sudut kanan atas simbol dokumen bersangkutan.
	Catatan	Simbol ini digunakan untuk menggambarkan catatan akuntansi yang digunakan untuk mencatat data yang direkam sebelumnya di dalam

		dokumen atau formulir. Catatan akuntansi yang digambarkan dengan simbol ini adalah: jurnal, buku besar, buku pembantu.
	Penghubung pada halaman yang sama (<i>on-page connector</i>)	Simbol ini digunakan untuk menghubungkan arus pemrosesan di satu halaman yang sama, pengguna konektor ini akan menghindari garis-garis yang saling silang di satu halaman.
	Akhir arus dokumen	Akhir arus dokumen dan mengarahkan pembaca ke simbol penghubung halaman yang sama yang bernomor seperti yang tercantum di dalam simbol tersebut.
	Awal arus dokumen	Awal arus dokumen yang berasal dari simbol penghubung halaman yang sama yang bernomor seperti yang tercantum di dalam simbol tersebut.

	<p>Penghubung pada halaman yang berbeda (<i>off-page connector</i>)</p>	<p>Suatu penanda masuk dari, atau keluar ke halaman lain.</p>
	<p>Kegiatan <i>manual</i></p>	<p>Simbol ini digunakan untuk menggambarkan kegiatan manual seperti: menerima order dari pembeli, mengisi foemulir, membandingkan, memeriksa dan berbagai jenis klerikal yang lain. .</p>
	<p>Keterangan komentar</p>	<p>Simbol ini memungkinkan ahli sistem menambahkan keterangan untuk memperjelas pesan yang disampaikan dalam bagan alir.</p>
	<p>Arsip sementara</p>	<p>Simbol ini digunakan untuk menunjukkan tempat penyimpanan dokumen, seperti almari arsip dan kotak arsip. Arsip sementara adalah tempat penyimpanan dokumen yang dokumennya akan kembali dari arsip tersebut di masa yang akan datang untuk keperluan pengolahan lebih lanjut terhadap dokumen tersebut. Untuk menunjukkan urutan pengarsipan dokumen digunakan simbol berikut ini :</p> <p>A : menurut abjad N : menurut nomor urut T : kronologis</p>

	<p>Arsip permanen</p>	<p>Simbol ini digunakan untuk menggambarkan arsip permanen yang merupakan tempat penyimpanan dokumen yang tidak akan diproses lagi dalam sistem akuntansi yang bersangkutan.</p>
	<p><i>On-line computer process</i></p>	<p>Simbol ini menggambarkan pengolahan data dengan komputer secara <i>on-line</i>. Nama program ditulis di dalam simbol.</p>
	<p><i>Keying (typing, verifying)</i></p>	<p>Simbol ini menggambarkan pemasukan data ke dalam komputer melalui <i>on-line terminal</i></p>
	<p>Pita magnetik (<i>magnetic tape</i>)</p>	<p>Simbol ini menggambarkan arsip komputer yang berbentuk pita magnetik. Nama arsip ditulis di dalam simbol.</p>
	<p><i>On-line storage</i></p>	<p>Simbol ini menggambarkan arsip komputer yang berbentuk <i>on-line</i> (di dalam <i>memory</i> komputer).</p>
	<p>Keputusan</p>	<p>Simbol ini menggambarkan keputusan yang harus dibuat dalam proses pengolahan data. Keputusan yang dibuat ditulis di dalam simbol.</p>

	<p>Garis alir (<i>flowline</i>)</p>	<p>Simbol ini menggambarkan arah proses pengolahan data. Anak panah tidak digambarkan jika arus dokumen mengarah ke bawah dan ke kanan. Jika arus dokumen mengarah ke atas atau ke kiri, anak panah perlu dicantumkan.</p>
	<p>Persimpangan n garis alir</p>	<p>Jika dua garis bersimpangan, untuk menunjukkan arah masing-masing garis, salah satu garis dibuat sedikit melengkung tepat pada persimpangan ke dua garis tersebut.</p>
	<p>Pertemuan garis alir</p>	<p>Simbol ini digunakan jika dua garis alir bertemu dan salah satu garis mengikuti arus garis lainnya.</p>
	<p>Mulai/berakhir (<i>terminal</i>)</p>	<p>Simbol ini untuk menggambarkan awal dan akhir suatu sistem akuntansi.</p>
<p>Dari Pemasok</p> 	<p>Masuk ke sistem</p>	<p>Karena kegiatan di luar sistem tidak perlu digambarkan dalam bagan alir, maka diperlukan simbol untuk menggambarkan masuk ke sistem yang digambarkan dalam bagan alir.</p>

 Ke sistem penjualan	Keluar ke sistem lain	Karena kegiatan di luar sistem tidak perlu digambarkan dalam bagan alir, maka diperlukan simbol untuk menggambarkan keluar ke sistem lain.
--	--------------------------	--

Tabel 2.1 Simbol-simbol untuk Menggambarkan Bagan alir

Sumber : Mulyadi (2008:60)

2.2 Asuransi

Menurut Prakoso (2000:1) Venerzekering (bahasa belanda) asuransi disebut juga pertanggungan. Ada 2 pihak terlibat dalam asuransi yaitu yang satu sanggup menanggung dan menjamin, bahwa pihak lain akan mendapat penggantian suatu kerugian yang mungkin akan ia derita sebagai akibat dari suatu peristiwa yang semula belum tentu akan terjadi/semula dapat ditentukan saat akan terjadi.

Menurut ketentuan Pasal 246 KUHD yang dikutip oleh Muhammad (2006:8):

Pertanggungan adalah perjanjian dengan mana penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena kerugian, kerusakan atau kehilangan yang diharapkan yang mungkin dideritanya akibat dari suatu evenemen.

Menurut ketentuan Pasal 1 Undang – Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Peransuransian yang dikutip oleh Muhammad (2006:11):

Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara 2 (dua) pihak atau lebih dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu

pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.

2.3 Asuransi Sosial

Menurut Undang -Undang No. 40 Pasal 1 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional:

Asuransi sosial adalah suatu mekanisme pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran guna memberikan perlindungan atas resiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya.

Menurut Thabrany (2015:38) kata jaminan secara bahasa dapat berarti asuransi (*insurance*), keyakinan (*assurance*), garansi (*guarantee/warranty*), janji (*promise/pledge*), dan dapat berarti *security*. Istilah jaminan sosial dalam bahasa Inggris *social security*. Kata jaminan yang berarti asuransi di Indonesia. Pengertian asuransi adalah asuransi yang wajib diikuti oleh seluruh atau sebagian penduduk (misalnya pegawai), premi atau iurannya bukan nilai nominal tetapi persentase upah yang wajib dibayarkan, dan manfaat asuransi (*benefit*) ditetapkan peraturan perundangan dan sama untuk semua peserta.

2.4 Asuransi Kesehatan Sosial atau Jaminan Kesehatan Nasional

Asuransi Kesehatan Sosial atau JKN adalah suatu mekanisme pendanaan pelayanan kesehatan yang semakin banyak digunakan di seluruh dunia karena kehandalan sistem ini menjamin kebutuhan kesehatan rakyat suatu negara.(Thabrany, 2013:68)

Menurut depkes Indonesia (2013:16) asuransi kesehatan sosial adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran /iurannya dibayar oleh pemerintah.

2.4.1 Prinsip – Prinsip Asuransi Kesehatan Sosial

Menurut depkes Indonesia (2013:17) Prinsip – prinsip dari asuransi kesehatan sosial yang ada di Indonesia yaitu:

a. Prinsip Kegotong – royongan

Gotong royong sesungguhnya sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk tanpa pandang bulu. Dengan demikian melalui prinsip gotong royong asuransi atau jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan bagi seluruh rakyat Indonesia.

b. Prinsip Nirlaba

Pengelolaan dana amanat adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar – besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan dimanfaatkan sebesar – besarnya untuk kepentingan peserta.

c. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas

Prinsip – prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya

d. Prinsip Portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Republik Indonesia.

e. Prinsip Kepesertaan Bersifat Wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap sesuai dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggara program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja disektor formal, bersamaan dengan itu sektor

informal dapat menjadi peserta mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

f. Prinsip Dana Amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada asuransi sosial tersebut untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan rakyat.

g. Prinsip Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

2.5 Pengertian Klaim

Menurut kamus besar bahasa Indonesia, klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (memiliki/mempunyai) atas sesuatu.

Menurut kamus asuransi, klaim adalah suatu situasi yang menuntut agar segera dilakukan pembayaran sesuai dengan ketentuan – ketentuan dalam polis.

Dalam Manajemen klaim ada beberapa hal penting yang perlu diperhatikan yaitu:

a. Adanya pihak yang jelas melakukan perjanjian

Hal ini menggambarkan secara jelas siapa yang melakukan ikatan dengan siapa dan kejelasan pihak – pihak yang memiliki hak serta kewajiban

b. Adanya perjanjian yang jelas dan resmi anatar kedua pihak

Bentuk ikatan ini akan mempengaruhi kepatuhan kedua pihak terhadap ikatan perjanjian yang mereka sepakati bersama. Ikatan tersebut dapat bernetuk saling percaya, saling mengikat secara etis, secara adat dan secara hukum.

c. Adanya *informed consent*

Informed artinya kedua pihak mengetahui dan memahami semua aspek yang mengikat mereka. Adapun consent adalah ikatan tersebut dilakukan dengan dasar kesadaran dan kesukarelaan dan bukan didasarkan karena paksaan, ancaman atau tipuan.

d. Didokumentasikan

Didokumentasikan dari pernyataan ikatan antara kedua pihak diperlukan untuk mencegah pengingkaran oleh salah satu pihak yang bisa disengaja atau tidak disengaja. Biasanya bentuk perjanjian ini berupa sertifikat polis yang berisi tentang segala yang berkaitan dengan kewajiban dan tanggung jawab kedua belah pihak secara tertulis.

2.6 Administrasi Klaim

Menurut Nurbaiti (2005:51) administrasi klaim adalah proses dari mengumpulkan bukti atau fakta yang berkaitan dengan sakit atau cedera, membandingkan fakta – fakta itu dengan kontrak asuransi, dan menentukan benefit atau manfaat yang dibayarkan kepada peserta asuransi. Sedangkan tujuan dari administrasi klaim adalah :

1. Membayar semua klaim yang valid dan sesuai
2. Untuk mengumpulkan data dan membuat data dari klaim yang ada untuk perhitungan keuangan, statistik, analisis dan tujuan – tujuan penelitian.

2.6.1 Pihak – Pihak yang terlibat dalam administrasi klaim

Proses klaim melibatkan banyak pihak yang yang berkepentingan yaitu seperti : (Nurbaiti, 2005: 52-53)

a. Tertanggung

Tertanggung berkewajiban untuk segera memberitahukan perusahaan tempatnya bekerja atau pihak asuransi tentang adanya klaim, mengumpulkan bukti – bukti yang perlu dan membantu atau bekerja sama dalam hal diperlukan investigasi.

b. Pemegang polis

Khususnya dalam asuransi kumpulan, pemegang polis seringkali dilibatkan dalam administrasi klaim, misalnya menyampaikan pemberitahuan kepada pihak asuransi, melengkapi bukti – bukti klaim yang diperlukan dan membantu menyediakan data yang diperlukan.

c. Perusahaan asuransi

Melalui unit klaim perusahaan asuransi melakukan hal – hal berikut ini:

1. Mengembangkan filosofi dan prinsip – prinsip klaim yang wajar dan adil.
 2. Membuat prosedur penyelesaian klaim yang efisien
 3. Melengkapi petunjuk pengajuan klaim yang jelas bagi pemegang polis.
 4. Melakukan kontrol untuk menjaga agar filosofi dan prinsip – prinsip perusahaan berjalan..
- d. Provider yang memberi pelayanan
- Untuk memastikan memang klaim tersebut menjadi kewajibannya, perusahaan asuransi sangat bergantung pada informasi yang diberikan oleh provider yang telah memberikan pelayanan kepada pasien. Demikian peran provider sangat penting

2.7 Prosedur Penanganan Klaim

Menurut Nurbaiti (2005: 56-57) ada dua cara utama yang dilakukan perusahaan asuransi untuk menangani pengajuan klaim yang terdiri atas:

a. Penyerahan langsung (*direct submission*)

Dengan metode ini pemegang polis dilengkapi dengan formulir klaim dan intruksi bagaimana mengajukan klaim. Pemegang polis mengajukan langsung klaim ke perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi memelihara data cakupan asuransi pemegang polis dan memverifikasi cakupan tadi pada saat klaim diterima. Perusahaan asuransi kemudian membuat pembayaran klaim langsung kepada pemegang polis atau langsung ke penyelenggara kesehatan/provider (bila benefitnya menentukan demikian).

b. Penyerahan Polis melalui pemegang polis (*policyholder submission*)

Agar pekerja tidak perlu menyerahkan klaim secara langsung ke perusahaan asuransi beberapa kelompok polis melakukan sendiri tugas ini. Walaupun pendekatan ini kurang populer dari pada pengajuan langsung, tetapi masih dipergunakan oleh beberapa pengusaha kecil dan menengah. Langkah – langkahnya sebagai berikut:

1. Orang yang mengajukan klaim memberitahu pemegang polis tersebut
2. Pemegang polis memverifikasi apakah orang tersebut benar anggota yang berhak dan asuransinya masih berlaku.
3. Pemegang polis menyerahkan formulir klaim kepada orang tersebut bersama dengan intruksi pengisiannya.
4. Formulir yang telah diisi lengkap dan telah diterima dari orang tersebut kemudian diisi kembali kelengkapannya dan dinyatakan oleh pemegang polis bahwa orang tersebut berhak atas asuransi tersebut dan dikirim ke perusahaan asuransi.
5. Perusahaan asuransi memproses klaim dan mengirimkan pembayarannya ke pemegang polis untuk diberikan ke peserta asuransi. Kecuali tanggungan yang harus dibayarkan keprovider . Pembayaran dapat juga dilakukan langsung ke peserta asuransi.

2.8 Dokumentasi klaim

Sebelum perusahaan asuransi membayar klaim, pemberitahuan pengajuan, bukti kehilangan/kerugian, dan status biaya keseluruhan/coverage harus didokumentasikan. (Nurbaiti, 2005: 58-61)

1. Pemberitahuan pengajuan klaim

Kelengkapan pemberitahuan pengajuan klaim yang ada disemua polis asuransi kesehatan baik kelompok maupun perorangan mensyaratkan bahwa peserta asuransi harus memberikan pemberitahuan tertulis mengenai pengajuan klaim kepada perusahaan asuransi untuk setiap kehilangan atau kerugian yang ditanggung dalam 20 hari atau sesegera mungkin setelah kejadian kehilangan atau kerugian.

Beberapa perusahaan asuransi menyediakan formulir pemberitahuan pengajuan klaim dalam setiap polis terbarunya. Ketika klaim dari pemberitahuandiberikan ke perusahaan asuransi, maka perusahaan asuransi akan mengirimkan sebuahformulir klaim yang baru kepada peserta asuransi. Permintaan akan pemberitahuan ini terpenuhi jika

pemberitahuan diberikan peserta dikantor pusat atau kantor perwakilannya.

Pemberitahuan klaim peserta ini untuk mengingatkan perusahaan asuransi bahwa kemungkinan kehilangan yang terjadi bersifat tetap/cacat tetap, sehingga formulir yang akan dilengkapi dengan bukti diperlukan oleh peserta. Sebagai tambahan pemberitahuan ini mengizinkan perusahaan asuransi untuk memulai kerja awal menyusun file klaim dan menentukan status polisinya.

2. Bukti Kerugian

Bukti kerugian biasanya dituliskan dalam formulir klaim yang diberikan oleh perusahaan asuransi. Tujuan formulir klaim adalah untuk menegakkan fakta sehubungan dengan kerugian/kehilangan sehingga dapat dievaluasi dan diketahui kemampuan perusahaan asuransi untuk membayar. Selama formulir berisi informasi yang benar akan diterima.

3. Status Coverage (cakupan asuransi)

Sebelum memproses klaim, perusahaan harus menentukan status coverage peserta asuransi. Yang dimaksud status coverage dalam hal ini adalah ketentuan – ketentuan yang menentukan apakah benefit dapat diperoleh oleh peserta. Tanggal efektif merupakan kerugian atau kehilangan yang terjadi sebelum tanggal berlakunya coverage tidak akan diganti. Tanggal mulai dan syarat – syarat asuransi yang berlaku ditentukan dalam polis dan aplikasinya.

4. Status Polis

Agar benefit dapat dengan mudah dibayarkan sesuai produk asuransi kepada group atau individu, kerugian/kehilangan harus terjadi selama polis masih berlaku. Oleh karena itu data pembayaran premi harus ada di tentukan apakah kehilangan terjadi pada saat polis masih berlaku. Dalam masa tenggang (grace period) polis dianggap tetap berlaku.

5. Kondisi Permulaan

Formulir klaim atau bukti loss biasanya ditetapkan ketika sakit terjadi. Jika ada kecurigaan bahwa loss dimulai selama periode yang dapat

(contestable period) yang mungkin disebabkan karena cedera yang terjadi sebelum tanggal efektif coverage, hal ini bisa diatasi dengan penyelidikan.

6. Benefit Untuk Orang yang Tepat

Agar secara efektif dapat memenuhi kewajiban atas klaim tertentu, insurer kelompok maupun individual harus membayar benefit kepada orang yang tepat, biasanya tertanggung sendiri. Perusahaan asuransi harus mempertimbangkan setiap perjanjian benefit atau otorisasi yang telah dibuat oleh tertanggung untuk membayar, dokter, rumah sakit dan klinik.

2.9 Pembayaran Klaim

Bila klaim disetujui terdapat beberapa langkah pembayaran klaim. Pertama, jumlah benefit yang harus dibayar dikalkulasi berdasarkan ketentuan yang terdapat di polis, ditentukan berdasarkan tarif yang telah disepakati, dihitung pula biaya yang ditanggung sendiri oleh tertanggung atau seluruh perhitungan benefit. Biasanya orang yang menerima pembayaran ini adalah tertanggung atau jaringan penyedia pelayanan kesehatan. (Nurbaiti, 2005: 70)

2.10 Penolakan Klaim

Menurut Nurbaiti (2005: 70) beberapa klaim ditolak karena permohonan dari pemohon klaim tidak memenuhi persyaratan benefit yang tercantum didalam polis, meskipun hal ini jarang terjadi. Pada saat penolakan dilakukan dengan alasan apapun, pemohon klaim selalu menerima penjelasan atas penolakan tersebut. Alasan penolakan klaim antara lain yaitu kerugian pemohon klaim memang tidak termasuk dalam cakupan dan adanya penipuan klaim (fraud) dan misrepresentasi. Kebanyakan penolakan klaim kesehatan terjadi disebabkan oleh pelayanan yang diminta memang tidak tercakup dalam polis.

BAB 3

GAMBARAN UMUM OBJEK PKN

3.1 Sejarah

Dengan ditetapkannya Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, bangsa Indonesia telah memiliki sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum publik berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehatihatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar – besarnya untuk kepentingan peserta.

Sebagaimana amanat Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional maka dibentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial melalui Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Dengan Undang – Undang ini dibentuk 2 (dua) BPJS yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014 dan merupakan transformasi kelembagaan PT. Askes (Persero).

Pada tahun 1968 awal dari ide teretusnya BPJS. Saat itu pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang secara jelas mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerimaan Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), dimana oleh Menteri Kesehatan RI pada waktu itu (Prof. Dr. G. A. Siwabessy) dinyatakan sebagai embrio Asuransi Kesehatan Semesta.

Kemudian untuk meningkatkan program jaminan kesehatan bagi peserta dan agar 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 Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991, kepesertaan program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola Perum Husada Bhakti ditambah dengan Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Disamping itu perusahaan diijinkan memperluas jangkauan kepesertaannya ke badan usaha dan badan lainnya sebagai peserta sukarela.

Pada tahun 1992 – 2013 berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 status Perusahaan Umum (Perum) 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. Pada tahun 2004 sesuai dengan amanat Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, PT Askes (Persero) sebagai salah satu calon Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/Menkes/XI/2004 PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). PT Askes (Persero) mendapat penugasan untuk mengelola kepesertaan serta pelayanan kesehatan dasar dan rujukan. Ditahun 2008, pemerintah mengubah nama Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). PT Askes (Persero) berdasarkan Surat Menteri Kesehatan RI Nomor 112/Menkes/II/2008 mendapat penugasan untuk melaksanakan manajemen kepesertaan program Jamkesmas yang meliputi tatalaksana kepesertaan, tatalaksana pelayanan dan tatalaksana organisasi dan manajemen. Untuk mempersiapkan PT Askes (Persero) bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan atas diberlakukannya Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN maka dilakukan pemisahan Program Askes Sosial dan Askes Komersial. Dan tahun 2008 dibentuk anak perusahaan PT Askes (Persero) yaitu PT Asuransi Jiwa InHealth Indonesia yang didirikan berdasarkan

Akta Notaris Nomor 2 Tahun 2008, tanggal 6 Oktober 2008 dengan perubahan Nomor 7 dan tanggal 18 Desember 2008 dengan Akta Nomor 4. Pada tanggal 20 Maret 2009 berdasarkan Surat Keputusan Menteri Keuangan Nomor Kep-38/KM.10/2009 PT Asuransi Jiwa InHealth Indonesia selaku anak perusahaan dari PT Askes (Persero) telah memperoleh ijin operasionalnya. Dengan dikeluarkannya ijin operasional ini maka PT Asuransi Jiwa InHealth Indonesia mulai beroperasi secara komersial pada 1 April 2009. PT Askes (Persero) melalui Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 2009 ditugaskan untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi para menteri dan pejabat tertentu (Program Jamkesmas). Berdasarkan Undang – Undang Nomor 2004 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Dewan Komisaris dan Direksi PT Askes (Persero) sampai dengan beroperasinya BPJS Kesehatan ditugasi untuk menyiapkan operasional BPJS Kesehatan untuk program jaminan kesehatan dan menyiapkan pengalihan aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban PT Askes (Persero) ke BPJS Kesehatan.

Pada tahun 2014 – sekarang berdasarkan Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan Undang – Undang RI Nomor 224 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial maka pada tanggal 1 Januari 2014 PT Askes (Persero) bertransformasi kelembagaan menjadi BPJS Kesehatan. Transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban. 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.

3.2 Landasan Hukum

Ada beberapa landasan hukum yang dijadikan pedoman selama ini yaitu terdiri dari:

1. Undang – Undang Dasar 1945.
2. Undang – Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
3. Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Dalam pengelolaan BPJS Kesehatan, manajemen berpedoman pada tata kelola yang baik antara lain:

1. Pedoman Umum Good Governance BPJS Kesehatan
2. Board Manual BPJS Kesehatan
3. Kode Etik BPJS Kesehatan

3.3 Visi, Misi, Sasaran dan Tata Nilai Organisasi

3.3.1 Visi

“Cakupan Semesta 2019” Maksudnya yaitu 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.

3.3.2 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.

3.3.3 Sasaran

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

3.3.4 Tata Nilai Organisasi

BPJS Kesehatan menetapkan dan mengembangkan tata nilai organisasi yang terdiri atas 4 (empat) elemen yaitu:

1. Integritas, merupakan prinsip dalam menjalankan setiap tugas dan tanggung jawab melalui keselarasan berpikir, berkata dan berperilaku sesuai keadaan sebenarnya.
2. Profesional, merupakan karakter dalam menjalankan tugas dengan kesungguhan sesuai kompetensi dan tanggung jawab yang diberikan.
3. Pelayanan Prima, merupakan tekad dalam memberikan pelayanan terbaik dengan ikhlas kepada seluruh peserta.

4. Efisiensi Operasional, merupakan upaya untuk mencapai kinerja optimal melalui perencanaan yang tepat dan penggunaan anggaran yang rasional sesuai kebutuhan.

3.4 Fungsi, Tugas dan Wewenang

3.4.1 Fungsi

UU BPJS menentukan bahwa, BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

3.4.2 Tugas

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut yang telah dijelaskan diatas BPJS bertugas untuk :

1. Melakukan dan menerima pendaftaran peserta.
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah.
4. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta.
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.
6. Membayar manfaat dan / atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
7. Memberikan informasi mengenai program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

3.4.3 Wewenang

Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana yang dimaksud diatas wewenang BPJS adalah :

1. Menagih pembayaran iuran.

2. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana dan hasil yang memadai.
3. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan jaminan sosial nasional.
4. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah.
5. Membuat dan menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.
6. Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
7. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan.
8. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Kewenangan menagih membayar iuran dalam arti meminta pembayaran dalam hal terjadi penunggakan, kemancetan atau kekurangan pembayaran, kewenangan melakukan pengawasan dan kewenangan mengenakan sanksi administratif yang diberikan kepada BPJS memperkuat kedudukan BPJS sebagai badan hukum publik.

3.5 Hak dan Kewajiban

3.5.1 Hak

UU BPJS menentukan bahwa untuk melaksanakan kewenangannya, BPJS berhak untuk:

1. Memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan / atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan.

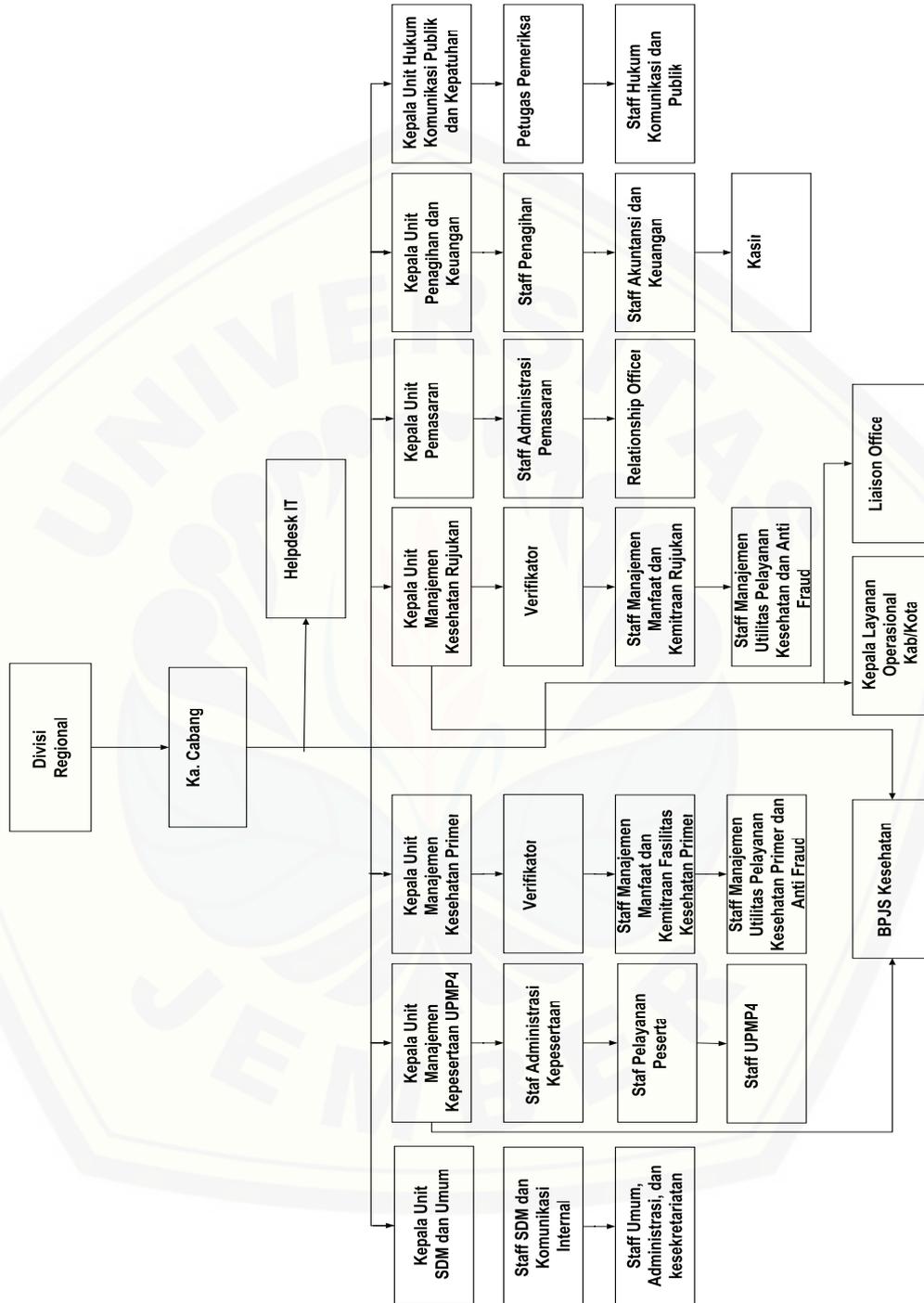
2. Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

3.5.2 Kewajiban

UU BPJS menentukan bahwa untuk melaksanakan tugasnya BPJS berkewajiban untuk:

1. Memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta.
2. Mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar – besarnya kepentingan peserta.
3. Memberikan informasi mengenai media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan serta kekayaan dan hasil pengembangannya.
4. Memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan Undang – Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
5. Memberikan informasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku.
6. Memberikan informasi kepada peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya.
7. Memberikan informasi kepada peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam setahun.
8. Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim dan umum.
9. Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggara program jaminan sosial.
10. Melaporkan pelaksanaan setiap program termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada presiden dengan tembusan DJSN.

3.6 Struktur Organisasi



Gambar 3.1 Struktur Organisasi BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jember

BAB 5

KESIMPULAN

Berdasarkan pengamatan secara langsung yang telah dilakukan selama melaksanakan kegiatan Praktek Kerja Nyata (PKN) kurang lebih selama 1 (satu) bulan pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jember maka dapat ditarik kesimpulan yaitu:

1. Dalam proses pengajuan dan pembayaran klaim kesehatan harus melalui beberapa tahapan yaitu:
 - a. Faskes harus menyerahkan persyaratan yang ditentukan BPJS Kesehatan
 - b. Verifikator memverifikasi
 - c. Staf Utilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan menyerahkan ke kasir untuk proses cash forecasting
 - d. Staf akuntansi melakukan pembukuan dan kasir melakukan pembayaran.
 - e. Semua dilakukan setelah proses pemeriksaan dan persetujuan kepala unit dan kepala cabang
2. Dokumen – dokumen yang digunakan dalam pengajuan dan pembayaran klaim kesehatan yaitu seperti Formulir Pengajuan Klaim (FPK), Rekap FPK, Rekapitulasi pelayanan, Umpan balik hasil verifikasi, Voucher Pengeluaran Bank, Tanda Bukti Memorial, Daftar Rencana Pembayaran, Formulir Kiraman Uang dan Cash Forecasting .
3. Adapun kegiatan yang dilakukan selama PKN sebagai berikut:
 - a. Membuat daftar rekap pembayaran klaim setiap bulan
 - b. Membuat Formulir Pengendalian aktivitas klaim
 - c. Mengarsip klaim
 - d. Membuat daftar rekap klaim setelah dibayar
 - e. Menginventaris aset BPJS Kesehatan KC Jember
 - f. Melakukan verifikasi Kartu Indonesia Sehat

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Tinus, Subekti, dan Wardana. 1996. *Kamus Asuransi*. Cetakan I. Bumi Aksara
- Baridwan, Zaki. 1998. *Sistem Akuntansi: Penyusunan Prosedur dan Metode*. Cetakan VII. Yogyakarta: BPFE.
- Fahmi, Alfi. 2010. *Pembangunan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Ilmu.
- Indonesia, Depkes. 2013. *Buku pegangan sosialisasi: jaminan kesehatan nasional (JKN) dalam sistem, jaminan sosial nasional*. Jakarta: Depkes RI.
- Kamus Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa Departemen dan Kebudayaan. 1996. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Kadir, Abdul. 2006. *Hukum Asuransi Indonesia*. Cetakan IV. Bandung: PT Citra Aditya Bakti.
- Mulyadi. 2008. *Sistem Akuntansi*. Jakarta: Salemba Empat.
- Nadjib, Lubis, Nurbaiti, Iskandar, Mukti, dan Ilyas. 2005. *Dasar – Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B*. Jakarta: PAMJAKI.
- Prakoso, Djoko. 2000. *Hukum Asuransi Indonesia*. Cetakan IV. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Reeve, Warren, Duchac, Wahyuni, Soepriyanto, Jusuf, dan Djakman. 2013. *Pengantar Akuntansi*. Jakarta: Salemba Empat.
- Thabrany, Hasbullah. 2015. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Cetakan II. Jakarta: Rajawali Pers.
- Universitas Jember. 2012. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah*. Jember: Badan Penerbit Universitas Jember.
-, Undang-Undang Nomor 40 Pasal 1 tahun 2004, Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
-, Undang – Undang Nomor 36 Pasal 2 dan 3 tahun 2009, Tentang Kesehatan

<http://www.jamsosindonesia.com/> diakses tanggal 10 April 2016

<http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/> diunduh tanggal 14 Maret 2016

<http://www.depkes.go.id> diunduh tanggal 27 Maret 2016

<http://staff.ui.ac.id/> diakses tanggal 27 Maret 2016

<http://www.jkn.kemkes.go.id/> diunduh tanggal 27 Maret 2016

<http://pustaka.unpad.ac.id/> diunduh tanggal 27 Maret 2016



Lampiran 2. Rekap FPK

BPJS Kesehatan
www.bpjskesehatan.go.id

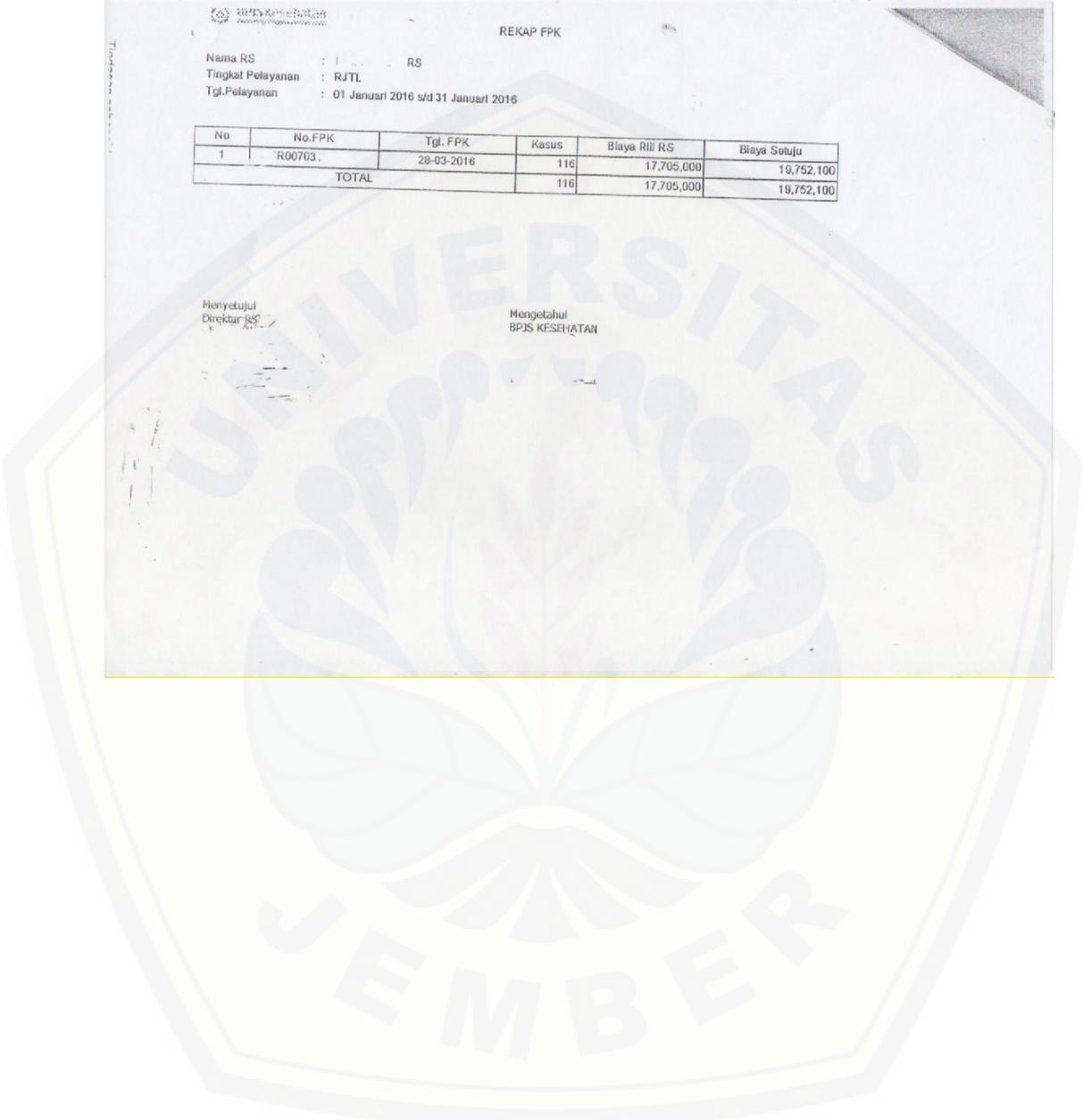
REKAP FPK

Nama RS : RS
Tingkat Pelayanan : RJTL
Tgl.Pelayanan : 01 Januari 2016 s/d 31 Januari 2016

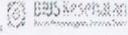
No	No.FPK	Tgl. FPK	Kasus	Biaya Rili RS	Biaya Setuju
1	R00703.	28-03-2016	116	17,705,000	19,752,100
TOTAL			116	17,705,000	19,752,100

Menyetujui
Direktur RS

Mengetahui
BPJS KESEHATAN



Lampiran 3. Umpun Balik Hasil Verifikasi


UMPAK BALIK HASIL VERIFIKASI

Nama RS : RS
 Tingkat Pelayanan : RJTL
 Tgl.Pelayanan : 01 Januari 2016 s/d 31 Januari 2016

Hal.1/5

No	No.SEP	Tgl. Verifikasi	Biaya	
			Diajukan	Disetujui
1	0070116000043	28/03/2016	154,500	154,500
2	00701160000207	28/03/2016	183,400	183,400
3	00701160000216	28/03/2016	154,500	154,500
4	00701160000236	28/03/2016	183,400	183,400
5	00701160000244	28/03/2016	183,400	183,400
6	00701160000247	28/03/2016	154,500	154,500
7	00701160000356	28/03/2016	154,500	154,500
8	00701160000391	28/03/2016	183,400	183,400
9	00701160000597	28/03/2016	154,500	154,500
10	00701160000627	28/03/2016	154,500	154,500
11	00701160000651	28/03/2016	154,500	154,500
12	00701160000794	28/03/2016	183,400	183,400
13	00701160000803	28/03/2016	183,400	183,400
14	00701160000821	28/03/2016	183,400	183,400
15	00701160000836	28/03/2016	183,400	183,400
16	00701160000839	28/03/2016	183,400	183,400
17	00701160000893	28/03/2016	183,400	183,400
18	00701160000883	28/03/2016	183,400	183,400
19	00701160001073	28/03/2016	154,500	154,500
20	00701160001088	28/03/2016	154,500	154,500
21	00701160001090	28/03/2016	154,500	154,500
22	00701160001092	28/03/2016	154,500	154,500
23	00701160001095	28/03/2016	154,500	154,500
24	00701160001096	28/03/2016	154,500	154,500
25	00701160001112	28/03/2016	154,500	154,500

Lampiran 4. Umpan Balik Hasil Verifikasi (Lanjutan)

 **UMPAN BALIK HASIL VERIFIKASI**

Nama RS : - - - - - RS
Tingkat Pelayanan : RJTL
Tgl. Pelayanan : 01 Januari 2016 s/d 31 Januari 2016

Hal. 5/5

107	90701160004050	28/03/2016	154,500	154,500
108	90701160004052	28/03/2016	154,500	154,500
109	90701160004058	28/03/2016	154,500	154,500
110	90701160004060	28/03/2016	154,500	154,500
111	90701160004062	28/03/2016	154,500	154,500
112	90701160004063	28/03/2016	154,500	154,500
113	90701160004064	28/03/2016	154,500	154,500
114	90701160004066	28/03/2016	154,500	154,500
115	90701160004083	28/03/2016	154,500	154,500
116	90701160004141	28/03/2016	183,400	183,400
TOTAL			19,752,100	19,752,100

RESUME
Total Bea.Dajukan : 19,752,100
Total Bea.Disetujui : 19,752,100

Menyetujui
Direktur RS

Mengetahui
BPJS KESEHATAN

Lampiran 5. Tanda Bukti Memorial

Kesehatan
Penyelenggara Jaminan Sosial

No. Memorial : MB0048
Tgl. Memorial : 04/2016

TANDA BUKTI MEMORIAL

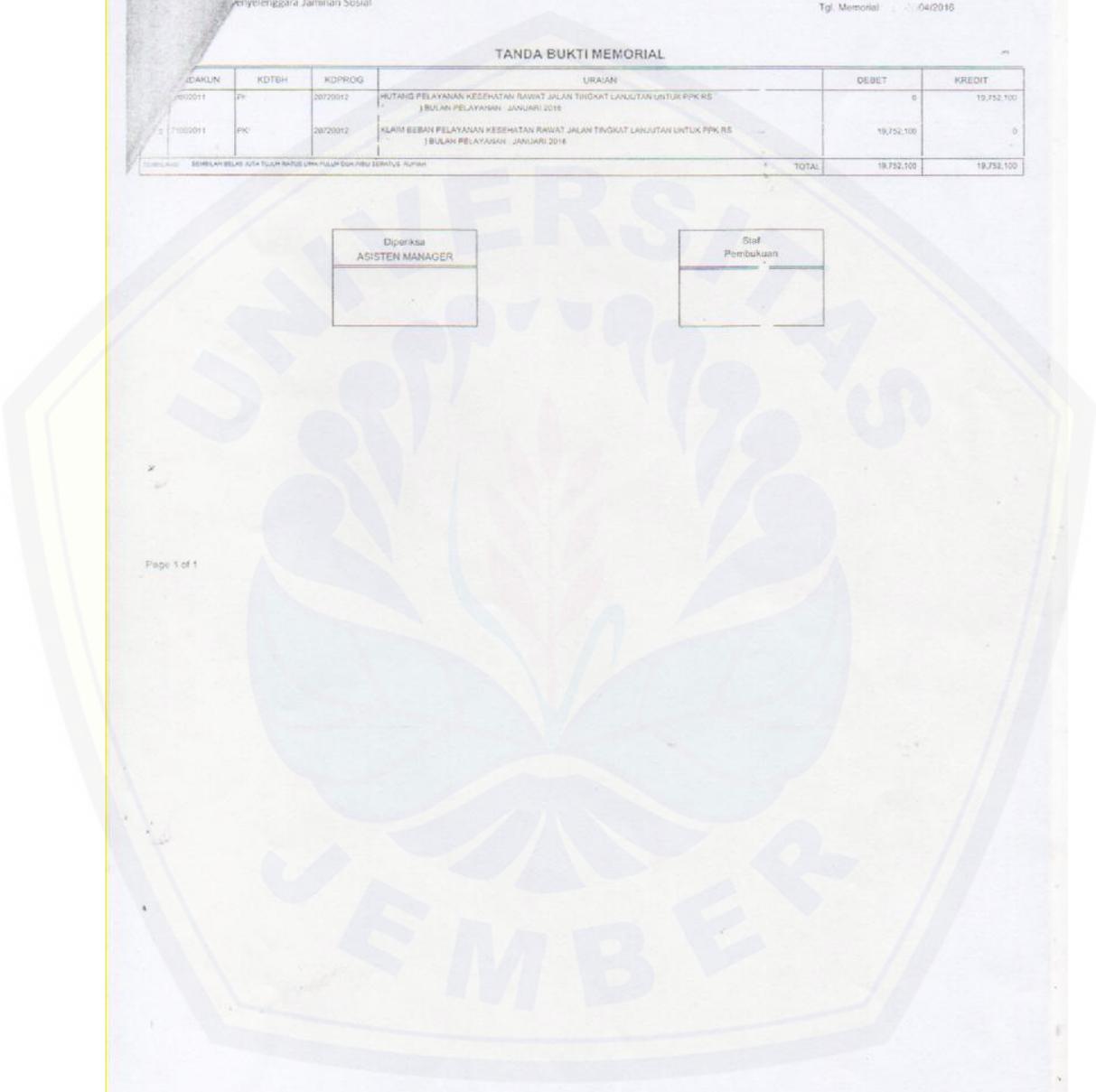
DAKLN	KDTEH	KDPROG	URAIAN	DEBIT	KREDIT
7100011	PK	20/20012	HUTANG PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN TINGKAT LANJUTAN UNTUK PPK RS 1 BULAN PELAYANAN JANUARI 2016	0	19.752.100
7100011	PK	20/20012	KLAIM BEBAN PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN TINGKAT LANJUTAN UNTUK PPK RS 1 BULAN PELAYANAN JANUARI 2016	19.752.100	0
TOTAL				19.752.100	19.752.100

REVISI: SEMBELAS BELAS RATA TUJUH RATUS UMP HULUP DUA RIBU SERATUS RUPAH

Diperiksa
ASISTEN MANAGER

Staf
Pembukuan

Page 1 of 1



Lampiran 6. Voucher Pengeluaran Bank

BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

No.Voucher : FBK0248
Tgl.Voucher : 04/04/2016

BER

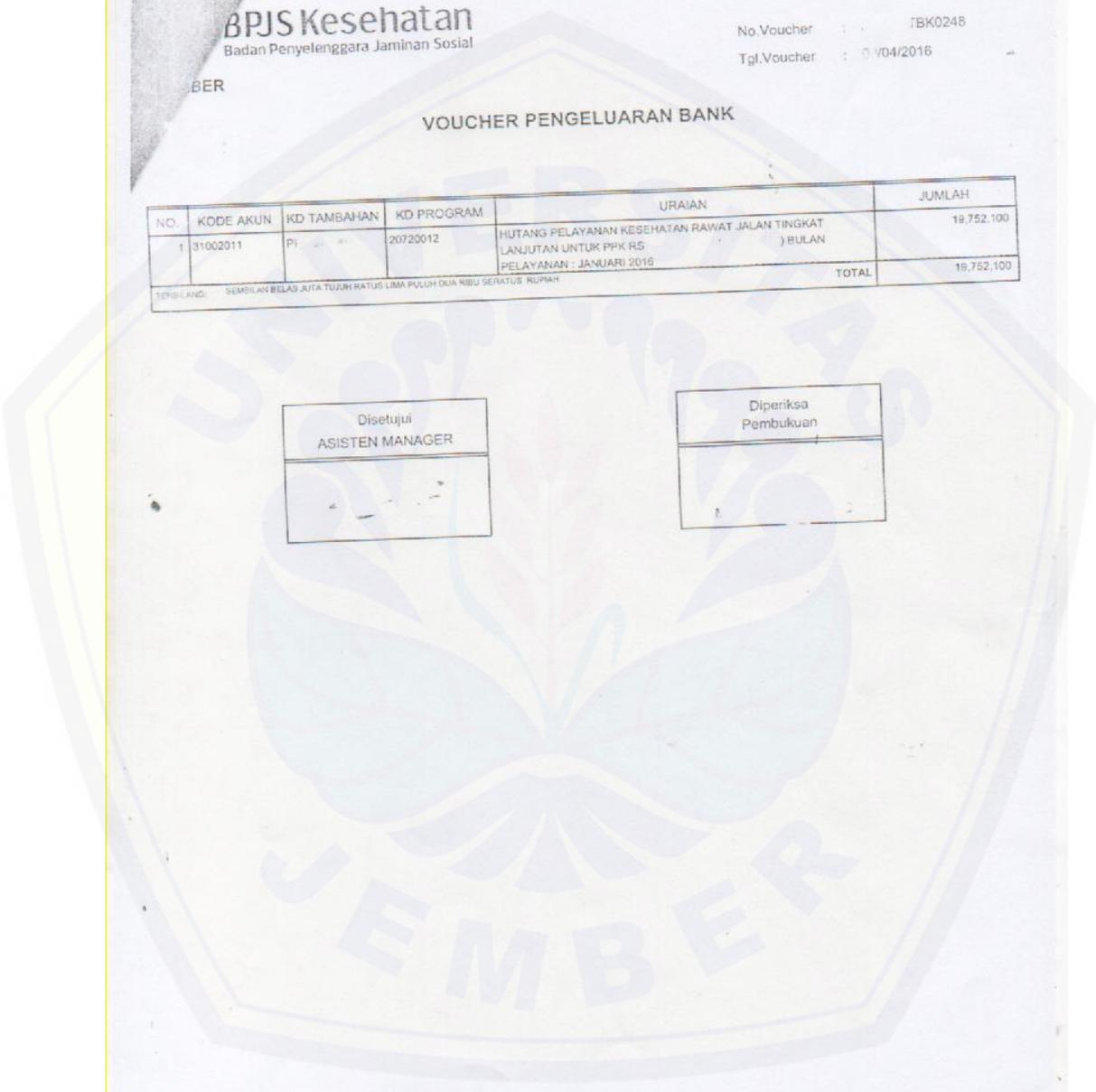
VOUCHER PENGELUARAN BANK

NO.	KODE AKUN	KD TAMBAHAN	KD PROGRAM	URAIAN	JUMLAH
1	31002011	PI	20720012	HUTANG PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN TINGKAT LANJUTAN UNTUK PPK RS PELAYANAN : JANUARI 2016) BULAN	19.752.100
TOTAL					19.752.100

TERBILANG: SEMBILAN BELAS JUTA TUJUH RATUS LIMA PULUH DUA RIBU SERATUS RUPIAH

Disetujui
ASISTEN MANAGER

Diperiksa
Pembukuan



Lampiran 8. Cash Forecasting

Lampiran 1. Format Cash Forecasting
Surat nomor : Tanggal

CASH FORECASTING DANA JAMINAN SOSIAL (DJS)
KANTOR CABANG
UNTUK MINGGU KE..... (PERIODE TGL S/D)

NO	URAIAN	Minggu Ke
		Tgl s/d
I	SALDO AWAL (1 s/d 3)	-
	1 KAS	
	2 BANK	
II	PENERIMAAN	
	1 Dropping dana dari Kantor Pusat	
	ARUS DANA MASUK (I.1+I.2+II.1)	-
	DANA TERSEDIA	-
III	PENGELUARAN	
	A BIAYA MANFAAT	-
	1 R.JTP (KAPITAS)	
	2 RITP	
	3 R.JTL	
	4 RITL	
	6 Non Kapitasi Non INA CBG's	
	6 Hutang 2013	
	B UANG MUKA PELAYANAN KESEHATAN	-
	C BIAYA PROMOTIF DAN PREVENTIF	-
	ARUS DANA KELUAR (A+B+C)	-
VI	SALDO AKHIR	-

Kepala Cabang

(.....)

Tanggal

Kepala Unit Keuangan

(.....)

Lampiran 9.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS EKONOMI
 Jalan Kalimantan No. 37 – Kampus Bumi Tegal Boto
 Kotak Pos 125 – Telp. (0331) 337990 – Fax. (0331) 332150
 Email : fe@unej.ac.id Jember 68121 – Jawa Timur

Nomor : 0310/UN.25.1.4/PM/2016 14 Januari 2016
 Lampiran : Satu Bendel
 Hal : **Permohonan Tempat PKN**

Yth. Kepala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Cabang Jember
 Jl. Jawa No. 56
 Jember

Dengan ini kami beritahukan dengan hormat, bahwa guna melengkapi persyaratan kelulusan pada Program Diploma III Ekonomi para mahasiswa diwajibkan melaksanakan Praktek Kerja Nyata (PKN).

Sehubungan dengan hal tersebut kami mengharap kesediaan Institusi yang Saudara pimpin untuk menjadi obyek atau tempat PKN. Adapun mahasiswa yang akan melaksanakan kegiatan tersebut adalah :

NAMA	NIM	PROG. STUDI
Enis Fitria Yonata	130803104070	D3 - Akuntansi

Pelaksanaan Praktek Kerja Nyata tersebut pada bulan : 01 Februari - 11 Maret 2016
 Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terimakasih.



a.n. Dekan
 Pembantu Dekan I,
 Prof. Dr. Isti Fadah, M.Si
 NIP. 19661020 199002 2 001

Tembusan kepada Yth :
 1. Yang bersangkutan;
 2. Arsip

Lampiran 10. Persetujuan Penyusunan Laporan PKN



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS EKONOMI

Jalan Kalimantan No. 37 – Kampus Bumi Tegal Boto
Kotak Pos 125 – Telp. (0331) 337990 – Fax. (0331) 332150
Email : fe@unej.ac.id Jember 68121 – Jawa Timur

PERSETUJUAN PENYUSUNAN LAPORAN PRAKTEK KERJA NYATA (PKN)

Menerangkan bahwa :

Nama : ENIS FITRIA YONATA
NIM : 130803104070
Fakultas : EKONOMI UNIVERSITAS JEMBER
Jurusan : AKUNTANSI
Program Studi : D3 - AKUNTANSI

disetujui untuk menyusun laporan Praktek Kerja Nyata (PKN) dengan judul :
PROSEDUR AKUNTANSI PENERIMAAN DAN PENGELUARAN KAS
PADA BPJS KESEHATAN KANTOR CABANG JEMBER

(Revisi)
PROSEDUR PENCAJUAN DAN PEMBAYARAN KLAIM KESEHATAN
PADA BPJS KANTOR CABANG JEMBER

Dosen pembimbing :

Nama	NIP	Tanda Tangan
Dr. Whedy Prasetyo SE, MSA, AK	197705232008011012	

Persetujuan menyusun laporan Praktek Kerja Nyata (PKN) ini berlaku (.....) bulan, mulai tanggals.d..... Apabila sampai batas waktu yang telah ditentukan masih belum selesai, maka dapat mengajukan **perpanjangan** selama 2 bulan, dan apabila masih juga belum bisa menyelesaikan, maka harus melakukan Praktek Kerja Nyata kembali.

Jember, 10 Maret 2016
Kaprod. D3 -AKUNTANSI
Fakultas Ekonomi UNEJ

Nining Ika Wahyuni, SE, M.Sc, Ak.
NIP. 19830624200604 2 001

CATATAN :

1. Peserta PKN diharuskan segera menghadap Dosen Pembimbing yang telah ditunjuk;
2. Setelah disetujui (ditandatangani), di fotokopi sebanyak 3 (tiga) lembar untuk :
 - 1) Ketua Program Studi;
 - 2) Dosen Pembimbing;
 - 3) Petugas administrasi program studi Diploma III (S0).
3. (*) coret yang tidak sesuai

Lampiran 11. Daftar Hadir

DAFTAR HADIR PKN
BPJS KESEHATAN CABANG JEMBER

NAMA : Enis Fitria Yonata
NIM : 130803104070
JURUSAN/PRODI : Akuntansi / D3 Akuntansi
FAKULTAS : Ekonomi

NO	HARI	TANGGAL	WAKTU	TANDA TANGAN
1	SENIN	01 Feb 16	07.30 – 16.30	1... <i>enf</i> ...
2	SELASA	02 Feb 16	07.30 – 16.30	2... <i>enf</i> ...
3	RABU	03 Feb 16	07.30 – 16.30	3... <i>enf</i> ...
4	KAMIS	04 Feb 16	07.30 – 16.30	4... <i>enf</i> ...
5	JUMAT	05 Feb 16	07.30 – 16.30	5... <i>enf</i> ...
6	SENIN	08 Feb 16	07.30 – 16.30	6... <i>enf</i> ...
7	SELASA	09 Feb 16	07.30 – 16.30	7... <i>enf</i> ...
8	RABU	10 Feb 16	07.30 – 16.30	8... <i>enf</i> ...
9	KAMIS	11 Feb 16	07.30 – 16.30	9... <i>enf</i> ...
10	JUMAT	12 Feb 16	07.30 – 16.30	10... <i>enf</i> ...
11	SENIN	15 Feb 16	07.30 – 16.30	11... <i>enf</i> ...
12	SELASA	16 Feb 16	07.30 – 16.30	12... <i>enf</i> ...
13	RABU	17 Feb 16	07.30 – 16.30	13... <i>enf</i> ...
14	KAMIS	18 Feb 16	07.30 – 16.30	14... <i>enf</i> ...
15	JUMAT	19 Feb 16	07.30 – 16.30	15... <i>enf</i> ...
16	SENIN	22 Feb 16	07.30 – 16.30	16... <i>enf</i> ...
17	SELASA	23 Feb 16	07.30 – 16.30	17... <i>enf</i> ...
18	RABU	24 Feb 16	07.30 – 16.30	18... <i>enf</i> ...
19	KAMIS	25 Feb 16	07.30 – 16.30	19... <i>enf</i> ...
20	JUMAT	26 Feb 16	07.30 – 16.30	20... <i>enf</i> ...

Lampiran 12. Daftar Hadir PKN (Lanjutan)

21	SENIN	29 Feb 16	07.30 – 16.30	21... <i>emf</i>	
22	SELASA	01 Mar 16	07.30 – 16.30		22... <i>emf</i>
23	RABU	02 Mar 16	07.30 – 16.30	23... <i>emf</i>	
24	KAMIS	03 Mar 16	07.30 – 16.30		24... <i>emf</i>
25	JUMAT	04 Mar 16	07.30 – 16.30	25... <i>emf</i>	
26	SENIN	07 Mar 16	07.30 – 16.30		26... <i>emf</i>
27	SELASA	08 Mar 16	07.30 – 16.30	27... <i>emf</i>	
28	RABU	09 Mar 16	07.30 – 16.30		28 LIBUR
29	KAMIS	10 Mar 16	07.30 – 16.30	29... <i>emf</i>	
30	JUMAT	11 Mar 16	07.30 – 16.30		30... <i>emf</i>

Mengetahui,

Staff SDM dan
Komunikasi Internal



Tyka Tias Miranti

Lampiran 13. Surat Permohonan Nilai PKN



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS EKONOMI
Jalan Kalimantan No. 37 – Kampus Bumi Tegal Boto
Kotak Pos 125 – Telp. (0331) 337990 – Fax. (0331) 332150
Email : fe@unej.ac.id Jember 68121 – Jawa Timur

Nomor : ~~1830~~ /UN25.1.4/KR/2016
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : **Permohonan Nilai PKN**

Yth. Kepala Unit Umum dan TI: BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jember

Sehubungan telah dilaksanakan Praktek Kerja Nyata (PKN) Mahasiswa Program Diploma 3 Fakultas Ekonomi Universitas Jember pada institusi Saudara, maka dengan hormat kami mohon penilaian terhadap mahasiswa PKN tersebut sebagaimana form penilaian terlampir. Hasil penilaian tersebut mohon dikirim kembali ke Fakultas Ekonomi Universitas Jember dalam amplop tertutup setelah berakhirnya pelaksanaan Praktek Kerja Nyata.

Demikian atas perhatian serta kerjasamanya disampaikan terimakasih.

Jember, 10 Maret 2016
Dekan,
Dekan I



Prof. Dr. Isni Fadah, M.Si.
NIP. 19661020 199002 2 001

Lampiran 14. Nilai Hasil PKN



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS EKONOMI
Jalan Kalimantan No. 37 – Kampus Bumi Tegal Boto
Kotak Pos 125 – Telp. (0331) 337990 – Fax. (0331) 332150
Email : fe@unej.ac.id Jember 68121 – Jawa Timur

**NILAI HASIL PRAKTEK KERJA NYATA (PKN) MAHASISWA
FAKULTAS EKONOMI UNIVERSITAS JEMBER**

NO	INDIKATOR PENILAIAN	NILAI	
		ANGKA	HURUF
1.	Kedisiplinan	80	Delapan puluh
2.	Ketertiban	80	Delapan puluh
3.	Prestasi Kerja	80	Delapan puluh
4.	Kesopanan	85	Delapan puluh Lima
5.	Tanggung Jawab	80	Delapan puluh

IDENTITAS MAHASISWA :

Nama : ENIS FITRIA YONATA
N I M : 130803104070
Program Studi : D3 AKUNTANSI

IDENTITAS PEMBERI NILAI :

Nama : DODY WIDODO
Jabatan : KEPALA UNIT UMUM DAN TI
Institusi : BPJS KESEHATAN KANTOR CABANG JEMBER

Tanda Tangan dan Stempel Lembaga : 

PEDOMAN PENILAIAN

NO	ANGKA	KRITERIA
1.		Sangat Baik
2.		Baik
3.		Cukup Baik
4.		Kurang Baik

Lampiran 15. Kartu Konsultasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS EKONOMI

Jalan Kalimantan No. 37 – Kampus Bumi Tegal Boto
Kotak Pos 125 – Telp. (0331) 337990 – Fax. (0331) 332150
Email : fe@unej.ac.id Jember 68121 – Jawa Timur

KARTU KONSULTASI

BIMBINGAN PRAKTEK KERJA NYATA (PKN) PROGRAM STUDI DIPLOMA 3
FAKULTAS EKONOMI UNIVERSITAS JEMBER

Nama : ENIS FITRIA YONATA
NIM : 130803104070
Program Studi : D3 - AKUNTANSI
Judul Laporan PKN : PROSEDUR PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN KLAIM KESEHATAN
PADA BPJS KANTOR CASANE JEMBER
Dosen Pembimbing : Dr. Whedy Prasetyo SE, M.SA, AK
TMT_Persetujuan : s/d
Perpanjangan : s/d

NO.	TGL. KONSULTASI	MASALAH YANG DIKONSULTASIKAN	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1.	25/02 2016	Persetujuan Judul	1.
2.	09/03 2016	Revisi Bab 1-2	2.
3.	17/03 2016	Acc Bab 1-2	3.
4.	18/04 2016	Revisi Bab 3	4.
5.	20/04 2016	Acc Bab 3	5.
6.	04/05 2016	Revisi Bab 4-5	6.
7.	16/05 2016	Acc Bab 4-5	7.
8.	24/05 2016	Acc Tugas Akhir	8.
9.			9.
10.			10.
11.			11.
12.			12.
13.			13.
14.			14.
15.			15.

Laporan Praktek Kerja Nyata (PKN) ybs. disetujui untuk diujikan:

Mengetahui,
Ketua Program Studi

Nining Ika Wahyuni, SE, M.Sc, Ak
NIP. 19830624200604 2 001.

Jember, 24 Mei 2016
Dosen Pembimbing

Dr. Whedy Prasetyo SE, M.SA, AK
NIP. 19770523200801012