

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Pemerintah Republik Indonesia, 2011). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia terutama untuk Pegawai Negeri Sipil dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa. Dengan perkataan lain BPJS Kesehatan merupakan badan hukum nirlaba yang bertanggung jawab kepada Presiden. Sebagai Badan hukum nirlaba maka BPJS Kesehatan adalah perusahaan yang tidak mencari keuntungan. BPJS Kesehatan merupakan bagian dari sistem jaminan nasional (Mariyam, 2018).

2.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Dalam upaya pemerintah untuk mewujudkan derajat dan jaminan kesehatan pada 1 Januari 2014 sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Untuk melaksanakan amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004, maka ditetapkan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (J. S. Kesehatan et al., 2014).

Prinsip – prinsip pelaksanaan JKN mengacu pada prinsip SJSN yaitu :

1. Prinsip Kegotong Royongan

Prinsip kegotong royongan berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu. Peserta yang sehat membantu peserta yang sakit atau beresiko tinggi. Hal ini dapat terwujud karena system ini bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia.

2. Prinsip Nirlaba

Pengelolaan dan amanat oleh BPJS bukan untuk mencari laba atau keuntungan, sebaliknya tujuan utama adalah memenuhi kebutuhan peserta. Dana yang dikumpulkan dari peserta adalah dana amanat sehingga pengembangannya akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

3. Prinsip Portabilitas

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

4. Prinsip Kepesertaan Bersifat Wajib

Kepesertaan bersifat wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

2.3 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah fasilitas kesehatan pertama yang harus didatangi terlebih dahulu oleh peserta BPJS ketika peserta ingin berobat. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama sendiri adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik untuk keperluan observasi, promotive preventif (PROMPREV), non kapitasi, diagnosis, perawatan, pengobatan dan pelayanan kesehatan lainnya. Salah satu layanan kesehatan FKTP BPJS Kesehatan yang

bisa dikatakan setara dengan rumah sakit adalah program rujuk balik serta program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS). Program ini meliputi konsultasi medis, edukasi, reminder melalui SMS Gate Away, dan Home Visit (Budi, 2020).

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah kontak pertama atau *gatekeeper* peserta BPJS Kesehatan mendapatkan layanan kesehatan, meski tidak sebesar atau selengkap layanan kesehatan di rumah sakit, namun FKTP memiliki beberapa jenis diantaranya :

1. Klinik Pemerintah

Klinik sendiri memiliki pengertian fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dan menyediakan pelayanan medis dasar atau spesialistik. Di Indonesia sendiri klinik dapat dimiliki oleh pemerintah, pemerintah daerah atau bahkan masyarakat umum.

Klinik pemerintah adalah klinik yang dimiliki oleh pemerintah dan pemerintah daerah yang didirikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Contoh dari klinik pemerintah yaitu puskesmas yang berubah menjadi BLUD, Posyandu, Klinik milik TNI/POLRI, Klinik Bakti Husada atau Klinik Pratama.

2. Klinik Swasta

Klinik yang dimiliki masyarakat yang menyelenggarakan rawat jalan dan rawat inap dan harus didirikan dalam bentuk badan hukum. Fasilitas yang ada di klinik swasta yaitu konsultasi medis umum, pemeriksaan kesehatan, dan ada beberapa klinik yang juga dilengkapi dengan apotek dan laboratorium.

3. Puskesmas

Pusat Layanan Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas adalah salah satu unit layanan kesehatan yang paling mudah diakses masyarakat karena di setiap kecamatan pasti selalu terdapat puskesmas sehingga layanan kesehatan ini mudah diakses. Puskesmas adalah unit teknis dinas kesehatan

yang berada di sebuah kabupaten atau kota, unit tersebut bertanggung jawab dalam bidang kesehatan secara lengkap, merata dan terjangkau di masyarakat. Karena biaya dari operasional ditanggung oleh pemerintah dan biasanya harga untuk layanan masyarakat lebih mudah terjangkau. Selain sebagai pusat layanan kesehatan, Puskesmas juga menjadi Lembaga yang bertugas mengedukasi masyarakat setempat untuk menjaga pola hidup sehat.

4. Dokter Umum

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) Nomor 2 Tahun 2015, dokter praktik perorangan atau yang disebut dengan dokter umum adalah dokter yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar umum dalam rangka upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama.

Untuk menjadi layanan yang tergabung dalam BPJS Kesehatan bagi dokter praktik mandiri diperlukan sejumlah beberapa syarat seperti kapasitas dan sarana prasarana yang harus sesuai dengan Standar Nasional Indonesia atau SNI, sedangkan untuk keahliannya dokter umum memiliki kemampuan setidaknya mengatasi 140 penyakit yang dialami pasien, lebih dari itu biasanya seorang dokter umum bisa mampu mendeteksi atau mengenali 700 penyakit yang dialami pasien, apabila pasien membutuhkan fasilitas atau layanan kesehatan yang lebih dibutuhkan oleh pasien, maka dokter umum dapat memberikan rujukan kepada pasien untuk mendapatkan pelayanan yang lebih intensif di rumah sakit.

2.4 Klaim Non Kapitasi

Klaim adalah tagihan atau tuntutan atas sebuah imbalan dari hasil layanan yang diberikan. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seorang berhak (memiliki atau mempunyai) atas sesuatu. Klaim asuransi merupakan tagihan atau tuntutan dari sebuah imbalan dari hasil pelayanan kesehatan dengan jumlah yang telah disepakati dalam perjanjian. Perjanjian yang dimaksud adalah perjanjian yang telah tertulis dalam kontrak kerjasama yang telah disepakati sejak awal.

Klaim Non Kapitasi sendiri yaitu besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP Milik Pemerintah Pusat berdasarkan jenis atau jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia No 194 Tahun 2018 Bab 4 tentang Pembayaran PNBP dari Penyelenggara JKN bagian kedua pembayaran dana klaim non kapitasi pasal 11 BPJS Kesehatan melakukan pembayaran dana klaim non kapitasi untuk masing-masing satker PNBP ke kas negara paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim non kapitasi diterima lengkap di kantor cabang atau kantor layanan operasional kabupaten atau kota BPJS Kesehatan (F. Kesehatan et al., 2018).

Pembayaran dana klaim non kapitasi sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dilakukan berdasarkan hasil verifikasi dokumen oleh verifikator BPJS Kesehatan atas klaim non kapitasi yang diajukan oleh masing-masing FKTP. BPJS Kesehatan menyampaikan bukti penerimaan negara atas pembayaran dana klaim non kapitasi kepada satker PNBP dan kepada FKTP milik pemerintah pusat disertai dengan informasi rincian jumlah dana klaim non kapitasi yang dibayarkan kepada setiap FKTP. Bukti penerimaan negara sebagaimana yang dimaksud pada ayat 3 disampaikan paling lambat 1 hari kerja berikutnya sejak pembayaran dana klaim non kapitasi.

2.5 Verifikasi Administrasi Klaim FKTP

Menurut panduan praktis teknik verifikasi klaim BPJS Kesehatan, terdapat dua tahap verifikasi administrasi klaim yaitu :

a. Verifikasi Kelengkapan Administrasi Umum

Verifikasi kelengkapan administrasi umum yaitu FKTP wajib melampirkan kwitansi asli dengan tanda tangan dan stempel basah FKTP rangkap 3, formulir pengajuan klaim (FPK) yang ditandatangani oleh pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang rangkap 3, rekap manual yang ditandatangani oleh pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang rangkap 3, surat tanggung jawab mutlak bermaterai

10.000 yang ditandatangani oleh pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang.

b. Verifikasi Kelengkapan Khusus Per Pasien

Verifikasi kelengkapan khusus per pasien ini meliputi persyaratan khusus per pasien sesuai dengan pemeriksaan yang dilakukan, karena setiap pemeriksaan yang dilakukan persyaratannya berbeda-beda. Contoh pemeriksaan yang dilakukan yaitu *Antenatal Care (ANC)*, *Posnatal Care (PNC)*, *Keluarga Berencana (KB)*, *AMBULAN*, *PRA RUJUKAN*, *PROTHESA GIGI*, *RAWAT INAP*, *PERSALINAN*, dan *OBAT PRB*, serta pemeriksaan promotif preventif yang meliputi *IVA/PAPSMEAR*, *Gula Darah Puasa (GDP)*, *Kegiatan Kelompok*, *HBA1C*, dan skiring lanjutan *Diabetes Melitus (DM)*.

Pengajuan klaim fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan dikatakan tepat jika FKTP mengajukan klaim maksimal tanggal sepuluh setiap bulannya serta melengkapi persyaratan kelengkapan berkas yang wajib dilampirkan, jika tanggal sepuluh jatuh pada hari libur maka diajukan pada hari kerja berikutnya. Pengajuan klaim dikatakan tidak tepat jika melebihi batas maksimal tanggal sepuluh setiap bulannya dan persyaratan kelengkapan berkas yang diajukan masih tidak lengkap.

Berkas yang tidak lengkap akan dikembalikan utuh satu formulir persetujuan klaim (FPK), jika ingin mengetahui klaim pending maka bisa dicek pada aplikasi P-Care rutin setiap bulannya dan dapat diajukan kembali dengan kelengkapan dan FPK baru. Masa kadaluarsa klaim untuk klaim non kapitasi selama enam bulan mengacu pada Perpres 82 Tahun 2018, sedangkan masa kadaluarsa klaim untuk klaim Promprev selama 3 bulan.

Pada penelitian yang dilakukan sebelumnya tingkat pengetahuan dengan ketepatan atau ketidaktepatan pengajuan klaim sebagian besar dipengaruhi oleh pengetahuan sumber daya manusia yang kurang, diantaranya sebagai berikut, pada penelitian yang dilakukan oleh Immanuel Natanael Tarigan

penundaan pembayaran klaim sebagian besar diakibatkan oleh kelengkapan berkas administrasi, jumlah tenaga SDM, penelitian yang dilakukan oleh Rachmi Triyulia Citra penyebab pengembalian berkas klaim sebagian besar dikarenakan belum memiliki standar operasional prosedur (SOP) pelaksanaan coding dan pengajuan klaim, ketidaktepatan kode diagnosa dan prosedur, serta tidak adanya laporan penunjang yang dilampirkan, penelitian yang dilakukan oleh Mustika Kurniawati pengembalian administrasi klaim sebagian besar diakibatkan oleh peranan tim *casemix* dan unit-unit terkait masih belum berjalan optimal karena belum ada pedoman maupun SPO *casemix*, penelitian yang dilakukan oleh Irmawati penyebab pengembalian berkas klaim sebagian besar diakibatkan oleh ketidak lengkapan berkas penunjang, diagnosa dan dokter penanggung jawab yang tidak sesuai, serta masih belum mempunyai SOP.

2.6 Konsep Pengetahuan

2.6.1 Pengertian Pengetahuan

Menurut Ahmad (2008) dalam (Indahyani, 2015) pengetahuan merupakan segala sesuatu yang telah diketahui. Adapun cara mengetahui sesuatu dapat dilakukan dengan cara mendengar, melihat, merasa, dan sebagainya.

2.6.2 Tingkatan Pengetahuan

Tingkat pengetahuan mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

a) Tahu

Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Tahu artinya dapat mengerti atau mengingat kembali sesuatu yang telah dipelajari sebelumnya.

b) Memahami

Memahami merupakan suatu kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan dengan benar tentang objek yang diketahui.

c) Penerapan

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi nyata atau dapat menggunakan hukum-hukum, metode, dan rumus dalam situasi nyata.

d) Analisis

Suatu kemampuan menguraikan objek-objek kedalam bagian kecil, tetapi masih dalam suatu struktur objek tersebut dan masih terkait satu sama lain. Ukuran kemampuan adalah dapat menggambarkan, membuat bagan, membedakan, memisahkan, dan dapat membedakan pengertian psikologi dengan fisiologi.

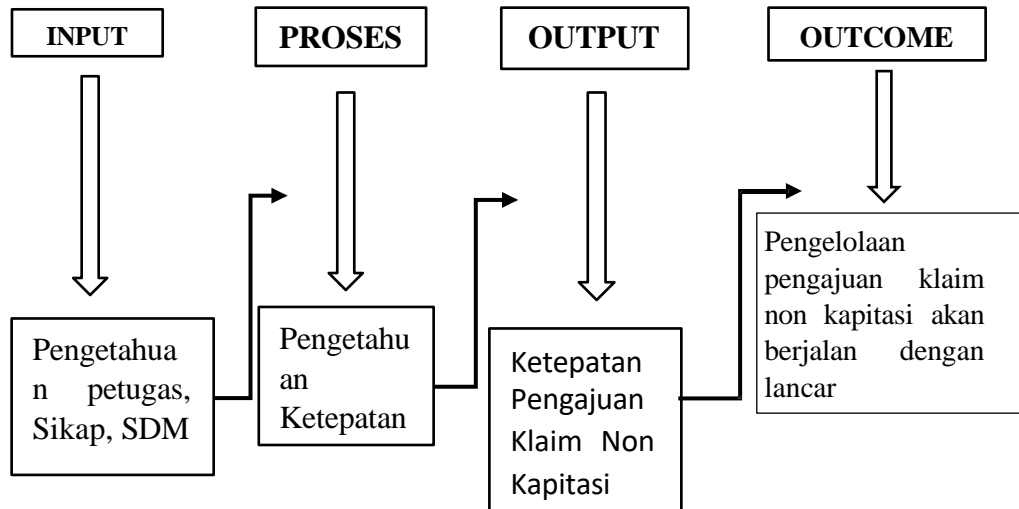
e) Sintesis

Sintesis menunjukan kepada suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Ukuran kemampuan adalah dapat menyusun, meringkaskan, merencanakan, dan menyesuaikan suatu teori.

f) Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk mengadakan penilaian terhadap suatu objek. Evaluasi dapat menggunakan kriteria yang telah ada atau disusun sendiri. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau kuisioner yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut.

2.7 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian, dapat dilihat bahwa ketepatan pengajuan klaim dapat dipengaruhi oleh sikap petugas penanggung jawab PIC BPJS Kesehatan dan SDM pada FKTP tersebut.

2.8 Hipotesis

Ho : Tidak ada hubungan antara pengetahuan petugas FKTP dengan ketepatan pengajuan klaim non kapitasi di kota Malang.

Ha : Ada hubungan antara pengetahuan petugas FKTP dengan ketepatan pengajuan klaim non kapitasi di kota Malang.