

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam upaya pemerintah untuk mewujudkan derajat dan jaminan kesehatan pada 1 Januari 2014 berawal dari pemerintah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan sosial Nasional (SJSN) serta UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Ayu Putri et al., 2019). Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah suatu program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap masyarakat Indonesia agar dapat hidup sehat produktif, dan sejahtera (UU SJSN). Program ini merupakan bagian dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Implementasi program JKN oleh BPJS Kesehatan dimulai sejak 1 Januari 2014 (UU SJSN, 2012). Peserta JKN meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI), Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), Bukan Pekerja (BP) (UU SJSN, 2004).

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No.1 Tahun 2014 menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS antara lain Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). FKTP terdiri dari puskesmas, praktek dokter, praktik dokter gigi, klinik pratama atau yang setara dan rumah sakit tipe D. Sedangkan FKRTL terdiri dari klinik utama atau yang setara, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan FKRTL menggunakan sistem INA CBGs. Sedangkan mekanisme pembayaran FKTP menggunakan sistem kapitasi dan non kapitasi (Wulandari et al., 2021).

Pembayaran pelayanan kesehatan di FKTP dengan menggunakan sistem kapitasi mencakup pelayanan administrasi pelayanan, promotif dan preventif perorangan, pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, tindakan medis non spesialisik, kesehatan gigi non spesialisik serta obat dan bahan medis habis pakai. Sedangkan untuk pembayaran pelayanan kesehatan FKTP dengan menggunakan

sistem non kapitasi dibagi menjadi 2 yaitu rawat jalan mencakup pelayanan *ambulance*, KB, ANC, PNC, pra rujukan, prostesa gigi dan rawat inap mencakup pelayanan rawat inap dan persalinan (Permenkes No. 3, 2023).

Proses klaim non kapitasi BPJS terdapat beberapa persyaratan yang harus dilampirkan yaitu Formulir Pengajuan Klaim (FPK), rekapitulasi pelayanan, kuitansi asli bermaterai, surat tanggung jawab mutlak, bukti pelayanan, kelengkapan pendukung. Setelah pengentrian petugas penanggung jawab melengkapi berkas dokumen yang menjadi syarat pengajuan klaim pada setiap jenis pelayanannya. Pengajuan klaim dilakukan secara periodik, sebelum tanggal 10 bulan berikutnya (N-1) ke Kantor BPJS Kesehatan. Berkas diterima oleh Verifikator atau Staf Penjamin Manfaat BPJS Kesehatan yang selanjutnya akan diverifikasi (Rahmatika et al., 2022).

Penelitian yang relevan dengan judul ini dilakukan oleh (Kusniawan et al., 2021) dengan judul “Analisis Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Non Kapitasi Puskesmas Nanggulan Kabupaten Kulon Progo”. Penelitian ini membahas tentang proses klaim BPJS Kesehatan non kapitasi terdapat kendala yang menyebabkan pengajuan klaim BPJS tertunda dan dana puskesmas cairnya lama. Permasalahan ini disebabkan pada proses verifikasi berkas yaitu kurangnya persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan oleh puskesmas kepada BPJS Kesehatan yang kemudian berdampak terhadap pendapatan di Puskesmas Nunggulan.

Puskesmas daerah Nanggulan menggunakan Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS) dan aplikasi *primary care* berbasis web, aplikasi ini dapat diakses di website resmi BPJS Kesehatan. Selama penggunaan aplikasi *Primary Care* sampai saat ini di Puskesmas Nanggulan tidak didapati kendala yang berarti, penggunaan aplikasi *primary care* di Puskesmas Nanggulan ini sama seperti penggunaan *primary care* pada umumnya, hanya saja untuk klaim BPJS Kesehatan non kapitasi harus ada bukti fisik atau print out pelayanan yang berada tertera pada aplikasi *primary care* tersebut yang dimana data yang tertera pada print out meliputi data identitas pasien, nomor BPJS Kesehatan pasien, data pelayanan yang diberikan yang tertera pada aplikasi P-Care, tanggal berobat, dan riwayat rawat inap.

Selanjutnya ada penelitian dari (Rahmatika et al., 2022) dengan judul penelitian “Analisis Manajemen Input Pelaksanaan Prosedur Klaim Non Kapitasi Peserta JKN-KIS”. Penelitian yang kedua ini membahas tentang Puskesmas Pasar Kuok sering terlambat dalam mengajukan klaim non kapitasi pada bulan berikutnya dari bulan pelayanan dibandingkan Puskesmas lain di wilayah kerja Kantor Kabupaten Pesisir Selatan. Kondisi ini akan berdampak pada pembiayaan ke Puskesmas atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta khususnya pelayanan non kapitasi serta akan berdampak pada absensi klaim non kapitasi Puskesmas di BPJS Kesehatan.

Menurut Damara dan Rahmatika (2020), Proses penagihan klaim non kapitasi dimulai pengentrian semua kunjungan dan pelayanan pasien pada aplikasi Pcare Eclaim. Petugas mengentri semua data mulai dari tanggal kunjungan, keluhan, data fisik, vital sign, terapi dokter, jenis pelayanan dan tindakan yang diberikan kepada pasien serta cara pulang pasien. Setelah dilakukan pengentrian petugas bertanggung jawab melengkapi berkas atau dokumen yang telah menjadi syarat pengajuan klaim di setiap jenis layanannya, pengajuan klaim dilakukan secara sistematis sebelum tanggal 10 bulan berikutnya. Kemudian berkas dikirimkan dan diterima oleh verifikator BPJS Kesehatan dan selanjutnya akan di proses verifikasi. Untuk mewujudkan pengajuan klaim yang baik, FKTP harus terkoordinir dan konsisten dalam melaksanakan prosedur pengajuan klaim. Diawali dari serah terima berkas klaim, kelengkapan berkas, efektifitas entrian, dan kualitas administrasi dan syarat klaim yang diajukan.

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan pada Puskesmas Pauh dan Bungus Teluk Kabung didapatkan bahwa tidak teraturnya pengklaiman yang dilakukan oleh Puskesmas terjadi akibat susahnya proses pengajuan klaim yang harus di entrikan terlebih dahulu ke dalam aplikasi, selain itu Puskesmas hanya memiliki satu orang petugas entri yang bertanggungjawab untuk mengentrikan klaim dan berstatus petugas sukarela, penyebab lainnya adalah berkas klaim yang tidak lengkap dan membutuhkan waktu untuk dikumpulkan dari tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan di Puskesmas. Keterlambatan pembayaran klaim juga berdampak pada pelayanan yang diberikan Puskesmas kepada pasien, Puskesmas

terkadang lebih mendahulukan pasien umum daripada pasien BPJS Kesehatan dan tidak sedikit pelayanan terhadap pasien BPJS Kesehatan dilakukan dengan kurang ramah (Yuliva et al., 2019)

Puskesmas Wlingi dalam melakukan pelayanan peserta BPJS memiliki peran yang baik, jika pelayanan puskesmas yang diberikan baik maka akan semakin banyak peserta BPJS yang memanfaatkan pelayanan kesehatan, apabila pelayanannya kurang baik maka yang terjadi sebaliknya. Pelayanan klaim non kapitasi yang di berikan di Puskesmas Wlingi yaitu pelayanan klaim ANC, pelayanan klaim ambulan, pelayanan klaim prolanis, dan GDP.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilaksanakan dengan mewawancarai pegawai Puskesmas Wlingi yang bertanggung jawab terkait klaim non kapitasi menyatakan bahwa terdapat selisih pembayaran klaim non kapitasi pada periode tahun 2023 sebesar Rp 480.000 yang disebabkan oleh human eror saat mengentri berkas klaim non kapitasi ke aplikasi Simpustronik yang terintegrasi dengan Pcare, mengakibatkan terjadinya double klaim. Berdasarkan latar belakang yang dijelaskan diatas, peneliti ingin mengetahui lebih lanjut tentang analisis 5M dalam prosedur pelaksanaan klaim non kapitasi di Puskesmas yang ditinjau dari aspek kelengkapan berkas.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana faktor 5M dalam prosedur pelaksanaan klaim non kapitasi di puskesmas Wlingi ?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum untuk penelitian ini yaitu untuk menganalisis faktor 5M dalam prosedur pelaksanaan klaim non kapitasi di Puskesmas Wlingi.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk menganalisis faktor *man* yang mempengaruhi prosedur pelaksanaan klaim non kapitasi di puskesmas

2. Untuk menganalisis faktor *method* yang mempengaruhi prosedur pelaksanaan klaim non kapitasi di puskesmas
3. Untuk mengidentifikasi faktor *material* yang mempengaruhi prosedur pelaksanaan klaim non kapitasi di puskesmas
4. Untuk menganalisis faktor *Machine* yang mempengaruhi prosedur pelaksanaan klaim non kapitasi di puskesmas
5. Untuk mengidentifikasi faktor *money* yang mempengaruhi prosedur pelaksanaan klaim non kapitasi di puskesmas

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Puskesmas

1. Sebagai bahan evaluasi untuk pelaksanaan pengecekan keterlambatan pembayaran klaim non kapitasi.
2. Diharapkan dengan adanya penelitian ini sebagai bahan masukan untuk mengurangi faktor-faktor keterlambatan pembayaran klaim non kapitasi.

1.4.2 Bagi Poltekkes Malang

Sebagai bahan perbandingan untuk kegiatan proses belajar mengajar serta memberikan wacana ilmiah bagi lingkungan kampus Poltekkes Kemenkes Malang terutama Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan khususnya Prodi Asuransi Kesehatan sebagai acuan dan pertimbangan dalam menulis laporan tugas akhir.

1.4.3 Bagi Peneliti

1. Mengaplikasikan ilmu yang didapat dibangku perkuliahan khususnya mata kuliah administrasi klaim.
2. Sebagai referensi penelitian pada bidang asuransi kesehatan khususnya mata kuliah administrasi klaim dalam sarana pelayanan kesehatan.