

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Kementrian Kesehatan, 2009). Dalam mengatur permasalahan kesehatan di Indonesia pemerintah telah mendirikan suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Sesuai dengan Undang-Undang No.24 Tahun 2011 BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yang berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat dan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. BPJS bertugas mengelola dana publik, yaitu dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta dengan berusaha mewujudkan pengelolaan penganggaran yang baik melalui proses fungsi manajemen yaitu Perencanaan, Pengorganisasian, Pengelolaan, Pelaksanaan, dan Pengendalian. Mengklasifikasikan anggaran belanja ke dalam klasifikasi belanja langsung dan belanja tidak langsung dengan tepat agar pengelolaan anggaran dan pelaksanaan anggaran tercipta dan terlaksana dengan baik (Putri dan Nurlaila, 2023).

Sesuai Peraturan Presiden nomor 82 tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan Pasal 47 ayat 1, pelayanan kesehatan yang dijamin terdiri atas: pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). FKTP merupakan garda terdepan pelayanan kesehatan kepada peserta program BPJS Kesehatan. FKTP sebagai gatekeeper mempunyai fungsi pokok sebagai memberi pelayanan paripurna (*comprehensiveness*) yakni pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif serta sakit ( Kementrian Kesehatan, 2014).

Standar tarif dan sistem pembayaran ke fasilitas kesehatan, mengacu

pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016, tarif pelayanan kesehatan pada FKTP terbagi dua yaitu : salah satunya tarif non kapitasi. Tarif non kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Pemberian dana non kapitasi yang dilakukan BPJS Kesehatan merupakan bentuk penggantian dana terhadap pelayanan yang diberlakukan pada FKTP yang melakukan pelayanan kesehatan di luar lingkup pembayaran kapitasi sesuai dengan kebijakan tentang tarif pelayanan kesehatan pada FKTP (Kementrian Kesehatan, 2016). Pembayaran klaim non kapitasi di FKTP milik Pemerintah Daerah meliputi pelayanan ambulans, pelayanan obat program rujuk balik, pemeriksaan penunjang pelayanan program rujuk balik, pelayanan skrining kesehatan tertentu termasuk pelayanan terapi krio, rawat inap tingkat pertama, pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan atau dokter, pelayanan KB, kompensasi pada daerah yang belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat, pelayanan darah di FKTP, dan pelayanan gawat darurat di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (Kementrian Kesehatan, 2014).

Menurut Damara dan Rahmatiqia (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.

Dari penelitian sebelumnya didapatkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan pada Puskesmas Pauh dan Bungus Teluk Kabung 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).

Dan dari penelitian sebelumnya juga didapatkan di 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. Serta pengajuan klaim yang menumpuk dan Puskesmas Pasar Kuok satu-satunya Puskesmas yang belum mengajukan klaim bulan pelayanan Nopember s.d. Desember 2020. Pada bulan Juni 2020 terjadi penumpukan serah terima klaim non kapitasi, dimana pada bulan tersebut Puskesmas mengajukan klaim 4 bulan pelayanan berturut turut yaitu klaim bulan pelayanan Februari s.d. Mei 2020. Selanjutnya terjadi keterlambatan lagi serah terima klaim bulan pelayanan Juli yaitu di bulan September, klaim bulan pelayanan Agustus serah terima di bulan Nopember dan klaim bulan pelayanan September serah terima pada bulan Desember. Kondisi ini akan berdampak pada pembiayaan ke Puskesmas atas pelayanan

kesehatan yang telah diberikan kepada peserta khususnya pelayanan non kapitasi (Chamy et al., 2019).

Puskesmas Singosari dalam pelayanan BPJS memiliki peran yang cukup besar kepada peserta BPJS Kesehatan, jika pelayanan puskesmas yang diberikan baik maka akan semakin banyak peserta BPJS yang memanfaatkan pelayanan kesehatan, namun dapat terjadi sebaliknya jika pelayanan dirasa kurang memadai. Terutama dengan Kecamatan Singosari yang memiliki 17 Desa/ Kelurahan dengan jumlah penduduk kurang lebih 180.050 jiwa. Puskesmas Singosari, yang berada di Jl. Tohjoyo No.III/1, Pangetan, Kec. Singosari, Kabupaten Malang. Pelayanan klaim BPJS non kapitasi yang diberikan di Puskesmas Singosari cukup beragam yaitu pelayanan rawat inap, ANC/PNC, KB, dan ambulan.

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai Analisis Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Non Kapitasi di Puskesmas Singosari Kabupaten Malang. Peneliti perlu menambah wawasan tentang permasalahan apa saja yang terjadi saat proses pengajuan klaim non kapitasi dan menjadi bahan evaluasi dalam meminimalisir serta menindaklanjuti kendala yang terjadi.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan Non Kapitasi di Puskesmas Singosari Kabupaten Malang?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.1.1 Tujuan Umum**

Untuk menganalisis proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan Non Kapitasi di Puskesmas Singosari Kabupaten Malang.

### **1.1.2 Tujuan Khusus**

- a. Untuk menganalisis masukan (*Input*) dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan Non Kapitasi di Puskesmas Singosari yang meliputi

jenis klaim Non kapitasi, Standar Operasional Prosedur (SOP), sumber daya manusia, serta sarana dan prasarana

- b. Untuk menganalisis proses (*Process*) dalam pengajuan klaim non kapitasi yang meliputi proses pemeriksaan kelengkapan berkas klaim, pengentrian data klaim non kapitasi dan pengiriman berkas klaim non kapitasi ke pihak BPJS Kesehatan di Puskesmas Singosari
- c. Untuk mengetahui keluaran (*Output*), yaitu yang meliputi permasalahan dan kendala apa saja yang terjadi saat pengajuan klaim BPJS Kesehatan Non Kapitasi di Puskesmas Singosari.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.1.3 Manfaat Teoritis**

Dapat mengetahui proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan non kapitasi di Puskesmas Singosari Kabupaten Malang

### **1.1.4 Manfaat Praktis**

- a. Manfaat Bagi Peneliti

Dapat menambah wawasan atau pengetahuan mengenai proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan non kapitasi, dan dapat menambah pengalaman dalam menganalisis kendala apa saja yang terjadi saat pengajuan klaim.

- b. Manfaat Bagi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Dapat dijadikan sebagai bahan referensi ilmu pengetahuan bagi program studi melalui publikasi dan membantu instansi dalam mengembangkan pembahasan mata kuliah yang berkaitan dengan pengajuan klaim khususnya di bidang klaim non kapitasi FKTP.

- c. Manfaat Bagi Puskesmas Singosari

Dapat menjadi bahan evaluasi dan masukan bagi petugas klaim untuk meminimalisir permasalahan yang dihadapi.