

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang bertanggung jawab menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia. Program BPJS Kesehatan merupakan upaya pemerintah Indonesia secara terpadu dan saling mendukung untuk menjamin kesehatan masyarakat secara nasional (Nurzannah Mifta et al., 2022).

BPJS kesehatan dibentuk untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia sehingga hak warga negara Indonesia untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dapat terpenuhi. Hak warga negara Indonesia untuk mendapatkan pelayanan yang layak juga telah tercantum di dalam Undang–Undang Negara Republik Indonesia tahun 1945 pasal 28H ayat satu yang berbunyi setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Sari et al., 2021).

1. Fungsi BPJS dalam pasal 5 ayat (2) UU No. 24 Tahun 2011 disebutkan adalah :

- a. Berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
- b. Berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun dan jaminan hati tua.

2. Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas untuk :

- a. Melakukan dan/ atau menerima pendaftaran peserta.

- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
- c. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah.
- d. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.
- f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

3. Wewenang

- a. Menagih pembayaran iuran.
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional.
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah.
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan.
- f. Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya.
- g. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- h. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial

4. Prinsip BPJS

Prinsip dasar BPJS adalah sesuai dengan apa yang dirumuskan oleh UU SJSN Pasal 19 ayat 1 yaitu jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Maksud prinsip asuransi sosial adalah :

- a. Kegotongroyongan antara si kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, serta yang beresiko tinggi dan rendah.
- b. Kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif.
- c. Iuran berdasarkan persentase upah atau penghasilan.
- d. Bersifat nirlaba.

5. Tujuan dan Manfaat

- a. Memberi kemudahan akses pelayanan kesehatan kepada peserta diseluruh jaringan fasilitas jaminan kesehatan masyarakat.
- b. Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga nantinya terkendali mutu dan biaya pelayanan kesehatan.
- c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

2.1.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan 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 atau iurannya dibayarkan oleh Pemerintah. Tujuan utama program JKN adalah meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan (Fadly & Vianny, 2019).

Berdasarkan UU Nomor 24 Tahun 2011, pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang bertugas menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam rangka

mewujudkan *Universal Health Coverage (UHC)* bagi seluruh penduduk, pemerintah Indonesia membentuk suatu sistem jaminan kesehatan masyarakat melalui JKN. 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. Program ini merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional (SJSN) yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk melalui BPJS Kesehatan (Doko et al., 2019).

2.1.3 Puskesmas

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang biasa disebut dengan sebutan Puskesmas berdasarkan Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019 adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Pelayanan kesehatan yang dilakukan secara menyeluruh, meliputi aspek-aspek; promotif (upaya peningkatan), preventif (upaya pencegahan), kuratif (upaya penyembuhan), dan rehabilitatif (upaya pemulihan). Puskesmas adalah salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang berperan sebagai gerbang utama peserta dalam mengakses pelayanan kesehatan (Doko et al., 2019).

Puskesmas merupakan unit yang strategis dalam mendukung terwujudnya perubahan status kesehatan masyarakat menuju peningkatan derajat kesehatan yang optimal. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal tentu diperlukan upaya pembangunan sistem pelayanan kesehatan dasar yang mampu memenuhi kebutuhan-kebutuhan masyarakat selaku konsumen dari pelayanan kesehatan dasar tersebut. Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan tingkat pertama dan terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan, harus melakukan upaya kesehatan wajib dan beberapa upaya kesehatan pilihan yang disesuaikan dengan kondisi, kebutuhan, tuntutan,

kemampuan dan inovasi serta kebijakan pemerintah daerah setempat (Syifani & Does, 2018).

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan salah satu fasilitas pelayanan publik yang menyediakan jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Tujuan utama dari Puskesmas adalah menyediakan layanan kesehatan yang bermutu, namun dengan biaya yang relatif terjangkau untuk masyarakat, terutama masyarakat ekonomi menengah kebawah. Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dihadapkan pada beberapa tantangan dalam hal sumber daya manusia dan peralatan yang semakin canggih, namun harus tetap memberikan pelayanan yang terbaik (Nasution et al., 2022).

2.1.4 Pengajuan Klaim Non Kapitasi

Menurut Peraturan BPJS No 7 Tahun 2018 tentang Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan kepada FKTP, BPJS Kesehatan wajib membayar kepada FKTP klaim yang diajukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan yang telah diverifikasi, paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas klaim dinyatakan lengkap. Dalam hal pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (5) jatuh pada hari libur, pembayaran pada FKTP dilakukan pada hari kerja berikutnya. FKTP mengajukan klaim non kapitasi kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap. Dalam hal terdapat kekurangan kelengkapan berkas klaim, BPJS Kesehatan mengembalikan klaim kepada FKTP untuk dilengkapi dengan melampirkan berita acara pengembalian klaim. Klaim yang dikembalikan kepada FKTP sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat diajukan kembali oleh Fasilitas Kesehatan paling lambat pada pengajuan klaim bulan berikutnya. Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran sebagaimana dimaksud pada ayat (5), BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKTP yaitu sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan.

Klaim yang diajukan ke BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan khusus sebagai berikut :

1. kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
 - a) formulir pengajuan klaim (FPK) yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang;
 - b) rekapitulasi pelayanan;
 - c) kuitansi asli bermaterai; dan
 - d) surat tanggung jawab mutlak bermeterai yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang.
2. kelengkapan khusus yang terdiri atas:
 - a) bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh Peserta atau anggota keluarga;
 - b) kelengkapan pendukung yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

2.1.5 Verifikasi Administrasi Klaim

Administrasi klaim menurut definisi *HIAA (Health Insurance Association of America)* adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan kejadian sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim. Secara singkat, administrasi klaim merupakan proses yang terdiri dari:

- a) Penerimaan klaim, merupakan pengumpulan data yang berhubungan dengan kesakitan serta biaya yang dikeluarkan.
- b) Pemeriksaan klaim (verifikasi klaim), dilakukan dengan cara membandingkan klaim peserta dengan provisi polis.
- c) Menentukan jumlah klaim yang akan dibayarkan kepada tertanggung.
- d) Melakukan pembayaran klaim.

Verifikasi administrasi klaim adalah meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu data yang diinput dalam aplikasi PCare dengan berkas pendukung lainnya, contohnya kuitansi ada atau tidak, sesuai atau tidak. Petugas yang bertanggung jawab dalam verifikasi klaim adalah verifikator. Berdasarkan telaah dokumen panduan teknis verifikasi klaim dan Perdir BPJS Nomor 3 Tahun 2017, berkas yang diverifikasi oleh verifikator adalah Formulir Pengajuan Klaim (FPK), rekapitulasi pelayanan, bukti pelayanan yang ditandatangani petugas dan peserta, Kuitansi asli bermaterai cukup dan berkas pendukung lain yang diperlukan.

Tahapan dari verifikasi administrasi klaim adalah melakukan verifikasi administrasi kepesertaan, meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu data yang diinput dalam aplikasi PCare dengan berkas pendukung dimana verifikator akan menghitung jumlah yang diajukan dengan berkas yang ada dengan aplikasi, verifikator mengecek kelengkapan administrasi (FPK, rekapitulasi, surat tanggung jawab mutlak, surat pengajuan klaim, kwitansi asli bermaterai cukup, bukti dan berkas pelayanan). Setelah itu dilakukan verifikasi administrasi pelayanan. Hal tersebut harus diperhatikan, apabila ada yang belum lengkap maka akan dikembalikan ke Puskesmasnya. Berkas yang telah diserahkan petugas Puskesmas terkadang tidak lolos verifikasi karena berbagai alasan seperti kurangnya beberapa berkas seperti tanda tangan petugas pelayanan dan informed consent tidak ada, dan salah dalam penginputan tarif (Yuliva et al., 2019).

Dari hasil studi pendahuluan Yuliva, dkk 2019 juga menyatakan bahwa berkas klaim yang diserahkan oleh petugas coding sering tidak lolos proses verifikasi, hal itu terjadi karena kurangnya berkas yang dikumpulkan dan kesalahan dalam pengkodean (Yuliva et al., 2019).

2.1.6 Penelitian Terdahulu

Peneliti memerlukan referensi dan hasil penelitian terdahulu yang relevan dengan penelitian yang dilakukannya. Peneliti menggunakan penelitian terdahulu sebagai referensi ketika memfokuskan

pembahasannya, baik untuk melengkapi hasil penelitian sebelumnya atau membahas fokus yang berbeda. Di bawah ini adalah hasil penelitian terdahulu terkait dengan topik yang penulis teliti.

Pertama, penelitian yang dilakukan oleh Heri Kusniawan, Harinto Nur Seha, I Gusti Agung Ngurah Putra Pradnyantara (2021) dalam penelitiannya yang berjudul “Analisis Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Non Kapitasi Puskesmas Nanggulan Kabupaten Kulon Progo”. Hasil dari penelitian ini adalah pengajuan klaim BPJS Kesehatan non kapitasi sudah menggunakan SOP yang dibuat berdasarkan MoU. Namun terdapat kendala yang ditemukan di Puskesmas Nanggulan yaitu klaim yang dilakukan hanya klaim persalinan, hal ini karena kurangnya SDM petugas klaim, masih ditemukan berkas yang tidak lengkap, dan sering terjadi gagal *bridging* antara SIMPUS dengan aplikasi PCare yang berpengaruh pada *print out* Pcare (Heri et al., 2021).

Kedua, penelitian yang dilakukan oleh Chamy Rahmatiq, Ciciolina, Silvy Zaimi (2022) dalam penelitiannya yang berjudul “Analisis Manajemen Input Pelaksanaan Prosedur Klaim Non Kapitasi Peserta JKN-KIS”. Hasil dari penelitian ini adalah tidak ada petugas khusus dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi ini. Petugas juga merupakan perawat pelaksana yang berdinam sesuai dengan shiftnya. Sarana dan prasarana masih ada kendala terkait jaringan, kondisi ini akan mengakibatkan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan juga terlambat (Rahmatiq et al., 2022).

Ketiga, penelitian yang dilakukan oleh Yuliva, Ropendi Pardede, Wyzri Andipo (2019) dalam penelitiannya yang berjudul “Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Non Kapitasi Puskesmas BPJS Kota Padang”. Hasil dari penelitian ini adalah jumlah petugas entri Puskesmas masih belum cukup, verifikator bidang PMP belum mencukupi namun staf keuangan BPJS Kesehatan Cabang Padang sudah mencukupi. Sarana dan prasarana dalam prosedur klaim non kapitasi Puskesmas sudah lengkap dan metode yang digunakan oleh BPJS Kesehatan sudah sesuai dengan bisnis

prosesnya serta pihak Puskesmas sesuai dengan SOP dan Perjanjian Kerja Sama. Proses melengkapi berkas klaim belum berjalan dengan baik, klaim yang diserahkan tidak lengkap dan sering terlambat. Masih ada berkas klaim yang tidak lolos proses verifikasi, saat proses verifikasi ulang masih ditemukan berkas yang tidak lengkap dan salah. Persetujuan klaim tertunda saat kepala cabang tidak ditempat. Secara keseluruhan, mekanisme prosedur klaim sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman yang ada, dalam pelaksanaannya sudah berjalan dengan baik dan lancar namun masih ada sedikit kendala (Yuliva et al., 2019).

2.1.7 Kerangka Teori

Menurut Donabedian (1968), penilaian kualitas pelayanan kesehatan dilakukan melalui 3 pendekatan yaitu melalui pendekatan *input* (masukan), proses dan hasil (*output*). Dalam penilaian kualitas pelayanan kesehatan ini perlu manajemen yang baik karena manajemen merupakan suatu proses yang terdiri dari kegiatan pengaturan, perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan 5 unsur manajemen atau sarana manajemen yaitu: *man, money, material, machine, dan methode* (Shofiarini et al., 2023).

Adapun unsur-unsur manajemen menurut Harrington Emerson dalam Phiffner John F. dan Presthus Robert V. (1960) manajemen mempunyai lima unsur (5M), yaitu:

1. *Man*

Manusia merupakan unsur mutlak dan yang terpenting didalam manajemen. Sebagai sumber tenaga kerja utama, manajemen tidak akan berjalan tanpanya. Dalam manajemen, manusia dibedakan menjadi dua golongan yaitu yang dipimpin dan yang memimpin.

2. *Money*

Merupakan sarana terpenting setelah manusia, dimana dalam kegiatannya dapat dipastikan mereka membutuhkan uang.

3. *Material*

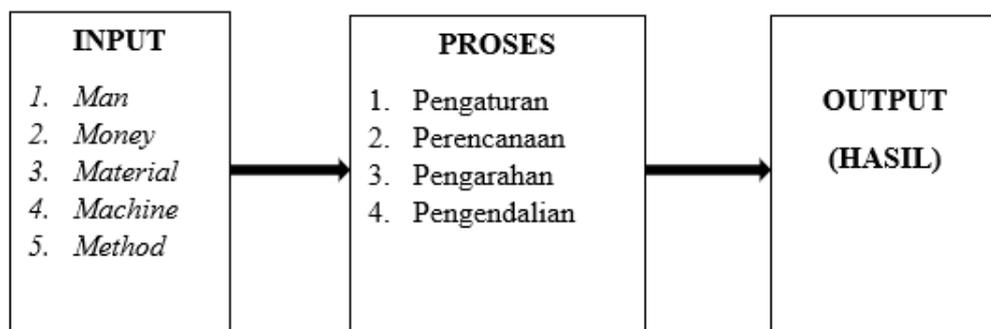
Bahan-bahan juga penting dalam manajemen. Bahan-bahan itu dapat berupa bahan mentah, bahan setengah jadi maupun bahan jadi.

4. *Machine*

Penggunaan mesin biasanya dilakukan untuk mencapai efisiensi kerja dimana mesin-mesin itu dapat mempermudah, memperlancar, dan mempercepat proses kerja sehingga dapat membawa banyak keuntungan maksimal.

5. *Methods*

Metode adalah cara pelaksanaan kerja. Metode kerja yang baik adalah yang sederhana, mudah, dan dapat mempercepat penyelesaian pekerjaan.



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

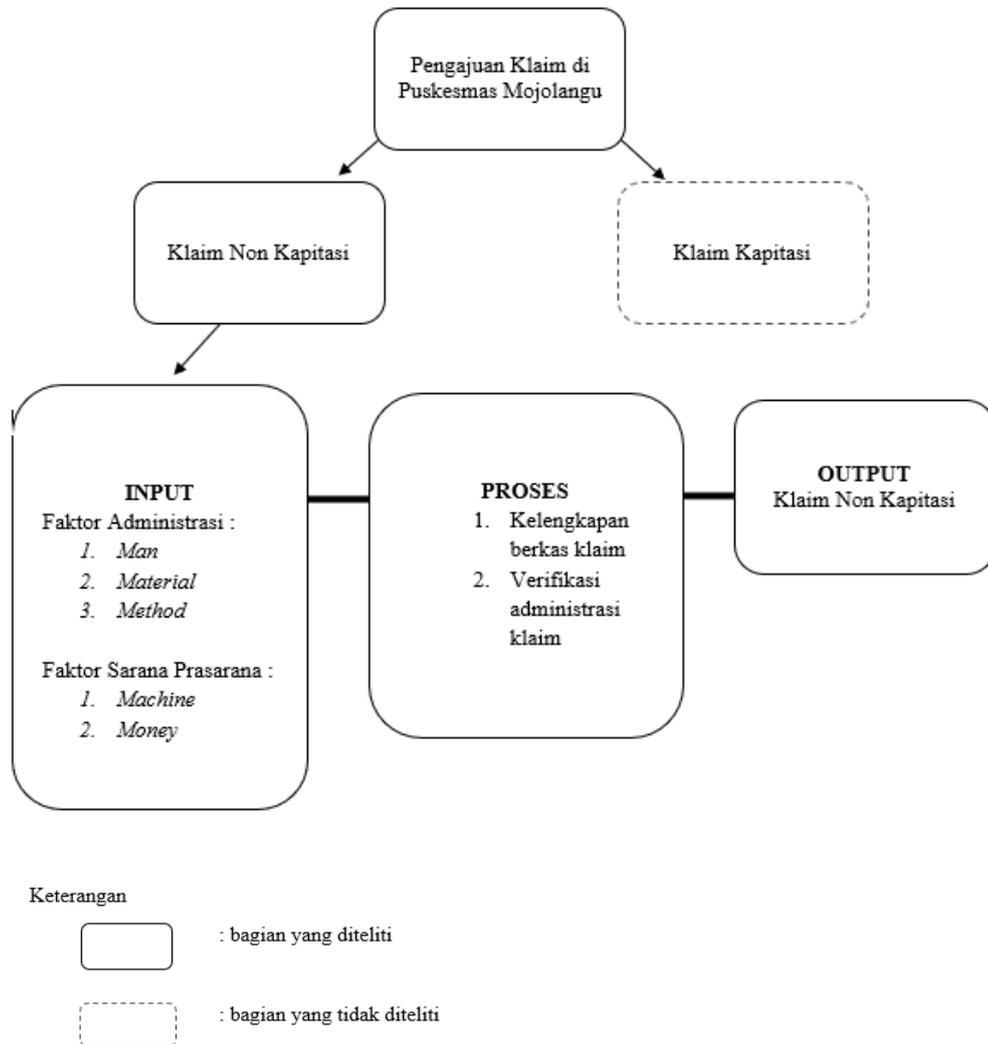
Teknik yang digunakan pada kerangka teori diatas untuk menilai bagaimana berbagai komponen bekerja sama (yang disebut sebagai sistem) untuk menghasilkan keluaran. Cara yang paling lazim untuk menerapkan model sistem adalah membuat diagram sebuah model masukan, proses, dan keluaran kegiatan pelayanan kesehatan (Pamjaki, 2008).

- 1) *Input* adalah sumber daya yang dibutuhkan untuk melaksanakan suatu kegiatan atau proses seperti man (tenaga ahli), *money* dan *material* (sarana

dan prasarana), *machine* (teknologi aplikasi), dan *method* (Standar Operasional Prosedur).

- 2) Proses adalah kegiatan dan tugas yang mengubah masukan menjadi produk atau jasa seperti melaksanakan proses pengaturan, perencanaan, pengarahannya, dan pengendalian.
- 3) *Output* adalah suatu hasil dari proses dalam mencapai sasaran melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien.

2.2 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

Berdasarkan gambar 2.1 kerangka konsep penelitian tentang Pengajuan Klaim Non Kapitasi JKN di Puskesmas Mojolangu, proses pengajuan klaim non kapitasi peneliti gali dari faktor administrasi dan faktor sarana prasarana.