

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, serta diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan (Sekretaris Negara RI, 2004). Salah satu upaya pemerintah dalam mengupayakan masyarakat mendapatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya yaitu dengan menyelenggarakan secara bertahap beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta. Masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) (Peraturan Presiden, 2011). Di Indonesia pemerintah sudah menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN. Fasilitas kesehatan yang ikut serta dalam pelaksanaan program JKN yaitu terbagi menjadi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang terdiri dari puskesmas, praktek dokter, klinik pratama dan rumah sakit kelas D, serta Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) berupa klinik utama, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus (Kemenkes RI, 2014).

Pelaksanaan program JKN di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan,

dan/atau pelayanan kesehatan lainnya. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah garda terdepan pelayanan kesehatan kepada peserta program JKN. Fungsi FKTP sebagai gatekeeper mempunyai fungsi kontak layanan peserta (*First Contact*), pelayanan berkelanjutan (*Continuity*), pelayanan paripurna (*Comprehensiveness*), dan koordinasi pelayanan (*Coordination*) (Peraturan Presiden, 2018).

Klaim manfaat pelayanan kesehatan merupakan permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan membayarkan klaim pembayaran manfaat fasilitas kesehatan yang meliputi: pembayaran manfaat pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan pembayaran manfaat pelayanan kesehatan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). BPJS Kesehatan melakukan pembayaran manfaat jaminan pelayanan kesehatan kepada FKTP secara pra upaya atau kapitasi berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di FKTP dan non kapitasi berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Pengelolaan dana kapitasi adalah tata cara penganggaran, pelaksanaan, penatausahaan, dan pertanggungjawaban dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan. Dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan dimanfaatkan seluruhnya untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan dan dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan. Pemanfaatan dana kapitasi JKN diuraikan ke dalam program, kegiatan, sub kegiatan dan belanja FKTP dalam APBD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Kemenkes, 2022). Klaim BPJS Kesehatan non kapitasi menjadi sangat penting sebab berpengaruh terhadap pembiayaan yang akan di dapat oleh puskesmas setelah melakukan pelayanan kesehatan yang tidak termasuk dalam pembiayaan kapitasi kepada pasien BPJS Kesehatan.

Berdasarkan *Guidelines Book Klaim Non Kapitasi dan PromPrev BPJS Kesehatan Kantor Cabang Malang*, pengelompokan jenis klaim non kapitasi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), yaitu: klaim rawat jalan (ANC, PNC, KB, ambulance, pra rujukan, prothesa gigi), klaim rawat inap (rawat inap dan persalinan), dan obat PRB. Masa kadaluarsa klaim non kapitasi yaitu 6 (enam)

bulan. Adapun ketentuan umum dalam pengajuan klaim non kapitasi ini adalah klaim non kapitasi diajukan kepada Kantor Cabang BPJS Kesehatan/Kantor Operasional Kabupaten/Kota sesuai mapping, pengajuan klaim non kapitasi yang telah dilakukan oleh FKTP diajukan secara kolektif dan rutin setiap bulan, FKTP wajib melakukan entry pelayanan yang telah diberikan kepada peserta melalui aplikasi BPJS Kesehatan sampai dengan selesai dan FKTP wajib melakukan scan berkas klaim sebagai arsip masing-masing FKTP (Hastuty, 2023).

Proses pengajuan klaim non kapitasi dimulai dari proses pengentrian semua kunjungan dan pelayanan pasien pada aplikasi Pcare. 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. Pengentrian tidak hanya untuk pelayanan non kapitasi saja melainkan untuk semua kunjungan peserta JKN di Puskesmas. 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 ke kantor BPJS Kesehatan. Kemudian berkas diterima oleh verifikator atau Staf Penjaminan Manfaat BPJS Kesehatan yang selanjutnya akan diverifikasi (Rahmatika et al., 2022)

Berdasarkan jurnal penelitian Heri Kusniawan, dkk. (2021) mengenai pengajuan klaim BPJS Kesehatan non kapitasi Puskesmas Nanggulan Kabupaten Kulon Progo yang masih terdapat kendala yaitu klaim yang dilakukan hanya klaim persalinan, hal tersebut dikarenakan kurangnya SDM petugas klaim, masih ditemukan berkas klaim yang tidak lengkap, dan sering terjadi gagal bridging antara SIMPUS dengan aplikasi Pcare yang berpengaruh pada *print out* Pcare. Adanya permasalahan pada proses verifikasi berkas klaim non kapitasi di Puskesmas Nanggulan yaitu kurangnya persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan yang menyebabkan pengajuan klaim menjadi terhambat dan dana klaim non kapitasi BPJS Kesehatan kepada Puskesmas Nanggulan cairnya lama (Kusniawan et al., 2021).

Menurut hasil penelitian Chamy, dkk. (2022) yaitu tentang analisis manajemen input pelaksanaan prosedur klaim Non Kapitasi Peserta JKN-KIS di Puskesmas

Pasar Kuok. Tercatat 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. Hasil penelitian ini tidak adanya petugas khusus dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi, karena petugas juga merupakan perawat pelaksana yang berdinam sesuai dengan shiftnya. Sarana dan prasarana masih ada kendala terkait jaringan. Kondisi tersebut akan mengakibatkan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan juga terlambat, yang mana sesuai regulasinya pengajuan klaim dilakukan secara periodik, sebelum tanggal 10 bulan berikutnya (Rahmatika et al., 2022).

Menurut hasil penelitian Yuliva, dkk. (2018), mengenai analisis pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi Puskesmas BPJS Kesehatan Kota Padang. Rumitnya proses pengajuan klaim non kapitasi dan seringnya terjadi keterlambatan pembayaran, mengakibatkan tidak teraturnya Puskesmas melakukan pengajuan klaim non kapitasi ke BPJS Kesehatan, data BPJS Kesehatan Cabang Padang menunjukkan bahwa dari 22 Puskesmas di Kota Padang terdapat 10 Puskesmas yang tidak mengajukan klaim non kapitasi selama 3 bulan berturut-turut. Hasil penelitian tersebut didapatkan 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 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 atau bisnis proses yang ada, dalam pelaksanaannya sudah berjalan dengan baik dan lancar namun masih ada sedikit kendala (Yuliva et al., 2018).

Di Kabupaten Tulungagung terdapat 31 fasilitas kesehatan Puskesmas yang terdiri dari 17 Puskesmas rawat inap dan 15 Puskesmas non rawat inap. Pengajuan klaim non kapitasi paling besar dilakukan oleh Puskesmas rawat inap (BPJS, 2019).

Dari beberapa Puskesmas rawat inap di Tulungagung tersebut, peneliti mengambil sampel di 3 (tiga) Puskesmas, yaitu: Puskesmas Kauman, Puskesmas Gondang, dan Puskesmas Karangrejo. Adapun jumlah pengajuan klaim non kapitasi di Puskesmas Kauman pada tahun 2022 sebanyak 256 klaim rawat inap dan persalinan, serta 56 klaim rawat jalan, pada bulan Januari-Oktober 2023 terdapat 437 klaim rawat inap dan 104 klaim rawat jalan. Jumlah pengajuan klaim non kapitasi di Puskesmas Gondang pada tahun 2022 sebanyak 249 klaim rawat inap dan persalinan, serta 176 klaim rawat jalan, pada bulan Januari-Oktober 2023 terdapat 207 klaim rawat inap dan 215 klaim rawat jalan. Jumlah pengajuan klaim non kapitasi di Puskesmas Karangrejo pada tahun 2022 sebanyak 500 klaim rawat inap dan persalinan, serta 137 klaim rawat jalan, pada bulan Januari-Oktober 2023 terdapat 340 klaim rawat inap dan 155 klaim rawat jalan.

Berdasarkan studi pendahuluan di 3 (tiga) Puskesmas, yaitu Puskesmas Kauman, Puskesmas Gondang, dan Puskesmas Karangrejo masih didapatkan hambatan dalam proses pengajuan klaim non kapitasi ke BPJS Kesehatan Kantor Cabang Tulungagung. Proses klaim non kapitasi di Puskesmas Kauman pernah terjadi klaim pending sebanyak 43 klaim di bulan Desember 2022 dan 59 klaim pending bulan Mei 2023 yang menyebabkan terlambatnya proses pencairan dana, dan masih terdapat kendala yaitu berkas klaim yang kurang lengkap, tidak adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) klaim non kapitasi, dan petugas entry klaim BPJS Kesehatan hanya 1 (satu) orang yang juga sebagai perawat di Puskesmas, serta adanya keterbatasan dalam pengoperasian aplikasi Primary Care (PCare). Sedangkan studi pendahuluan di Puskesmas Gondang dan Puskesmas Karangrejo memiliki kendala yang sama yaitu tidak adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) klaim non kapitasi, adanya keterbatasan dalam pengoperasian aplikasi Primary Care (PCare), serta berkas klaim yang kurang lengkap sehingga klaim tersebut akan dikembalikan lagi oleh BPJS Kesehatan Kantor Cabang Tulungagung ke fasilitas kesehatan yang mengajukan. Dari BPJS Kesehatan Kantor Cabang Tulungagung juga belum ada buku panduan khusus untuk pengajuan klaim non kapitasi di FKTP. Dari permasalahan yang terjadi pada proses administrasi klaim tersebut menyebabkan terhambatnya proses verifikasi klaim di BPJS Kesehatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti tertarik untuk membuat sebuah proyek akhir, yaitu “Peningkatan Ketepatan Pengajuan Klaim Non Kapitasi JKN di Kabupaten Tulungagung Menggunakan *Guidelines Book* Klaim Non Kapitasi”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan sebelumnya, maka permasalahan yang akan dikaji dalam pembuatan proyek akhir ini adalah apakah dengan adanya *Guidelines Book* klaim non kapitasi ini menjadi solusi yang tepat dalam meningkatkan ketepatan pengajuan klaim non kapitasi JKN ke BPJS Kesehatan?

1.3 Alasan Pemilihan Tema Proyek Akhir

1. BPJS Kesehatan Kantor Cabang Kabupaten Tulungagung belum memiliki buku panduan khusus terkait prosedur dan persyaratan pengajuan klaim non kapitasi
2. Sering ditemukan ketidaklengkapan berkas administrasi klaim non kapitasi dari FKTP yang telah diajukan ke BPJS Kesehatan Kantor Cabang Kabupaten Tulungagung
3. Memudahkan petugas klaim non kapitasi di FKTP dalam melakukan proses administrasi klaim non kapitasi sebelum diserahkan ke BPJS Kesehatan
4. Meminimalisir terjadinya klaim pending pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), sehingga tidak terjadi keterlambatan pembayaran klaim non kapitasi oleh BPJS Kesehatan
5. Memudahkan petugas Penjaminan Manfaat Primer (PMP) BPJS Kesehatan Kantor Cabang Kabupaten Tulungagung dalam melakukan proses verifikasi klaim non kapitasi yang telah diajukan FKTP

1.4 Tujuan Proyek Akhir

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk meningkatkan ketepatan dan kemudahan dalam pengajuan klaim non kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Tulungagung dengan menggunakan *Guidelines book* klaim non kapitasi.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengeksplorasi keunggulan relatif dari penggunaan *guidelines book* klaim non kapitasi
- b. Untuk mengetahui tingkat kesesuaian isi *guidelines book* klaim non kapitasi apakah sudah sesuai dengan peraturan yang berlaku dan ketentuan dimasing-masing Puskesmas
- c. Untuk mengeksplorasi kompleksitas dari penggunaan *guidelines book* klaim non kapitasi
- d. Untuk mengetahui apakah *guidelines book* klaim non kapitasi ini dapat dieksperimenkan pada Puskesmas di Tulungagung (Puskesmas Kauman, Puskesmas Gondang, dan Puskesmas Karangrejo)
- e. Untuk mengetahui apakah *guidelines book* klaim non kapitasi ini dapat digunakan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) lainnya

1.5 Manfaat Proyek Akhir

Adapun hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1.4.1 Bagi Puskesmas

Mampu memberikan kemudahan bagi petugas pelayanan klaim non kapitasi di Puskesmas dalam melakukan administrasi klaim non kapitasi secara lengkap dan terstruktur.

1.4.2 Bagi BPJS Kesehatan

Mampu memberikan kemudahan bagi petugas verifikator Penjaminan Manfaat Primer (PMP) dalam melakukan proses verifikasi klaim non kapitasi yang diajukan oleh Puskesmas.

1.4.3 Bagi Peneliti

Untuk menambah wawasan mengenai penerapan teori yang telah didapat dari matakuliah yang telah diterima kedalam penelitian yang sebenarnya.

1.4.4 Bagi Instrumen Pendidikan

Dapat menjadi bahan pembelajaran dan referensi bagi mahasiswa yang akan melakukan penelitian ataupun proyek akhir lebih lanjut dengan topik yang berhubungan dengan judul penelitian di atas.

