

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **Latar Belakang**

Berdasarkan Undang-Undang RI No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah salah satu bukti bahwa Pemerintah memiliki komitmen dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya pemerintah dalam mempercepat terselenggaranya Sistem Jaminan Nasional secara menyeluruh bagi rakyat Indonesia adalah dengan dibentuknya suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dengan Undang-Undang RI No. 24 tahun 2011 dimana BPJS merupakan badan yang ditugaskan untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia (Marlinda & Dafriani, 2022). Jaminan Kesehatan sebagai salah satu komponen Jaminan nasional yang 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 di bayarkan oleh pemerintah (Prakoso, 2017)

Fasilitas Kesehatan terbagi menjadi dua yaitu fasilitas Kesehatan tingkat pertama (FKTP) terdiri dari Puskesmas dan fasilitas Kesehatan tingkat lanjutan (FKTL) berupa Rumah Sakit pemerintah dan swasta yang di tunjuk oleh pemerintah sebagai Rumah Sakit (Noviandi, 2018). Metode pembayaran yang di lakukan oleh BPJS kepada Fasilitas Kesehatan berbeda pada tiap Faskes, dalam pola pembayaran di FKRTL menggunakan tarif Indonesia *case base group's* yang selanjutnya di sebut Tarif (INA-CBG) adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang di dasarkan kepada

pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur (Permenkes No. 3, 2023)

Jaminan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan tingkat pertama (FKTP) BPJS menggunakan sistem dana tarif kapitasi dan Non kapitasi dalam peraturan permenkes Nomor 3 Tahun 2023 menyatakan bahwa Tarif kapitasi adalah besaran pembayaran perkapita perbulan yang di bayarkan di muka oleh BPJS kesehatan kepada fasilitas kesehatan Tingkat pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang di berikan sedangkan Tarif Non kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan. Standar Tarif Non kapitasi sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 permenkes Nomor 3 tahun 2023 yang mencakup pelayanan ambulans, pelayanan obat program rujuk balik, pelayanan pemeriksaan penunjang pada penyakit kronis, pelayanan kebidanan dan protesa gigi (Permenkes No. 3, 2023)

Berdasarkan Hasil penelitian yang di lakukan oleh (Marlinda & Dafriani, 2022) menyatakan bahwa kelengkapan sarana dan prasarana penunjang prosedur klaim sangat membantu petugas pelaksana dalam memberikan pelayanan yang maksimal kepada peserta. Kerusakan pada sarana dan prasarana pernah di temukan dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi Puskesmas seperti komputer dan printer yang rusak. Akan tetapi permasalahan yang sering terjadi adalah jaringan internet yang kadang terganggu atau aplikasi sedang dalam perbaikan. Seharusnya koneksi internet selalu terhubung karena dalam pelaksanaannya, prosedur klaim banyak menggunakan akses jaringan internet agar pekerjaan tidak menjadi terhambat. Keterlambatan pembayaran klaim juga berdampak pada pelayanan yang di berikan

Puskesmas kepada pasien, Puskesmas terkadang lebih mendahulukan pasien umum daripada pasien BPJS kesehatan.

Masalah lainnya yang terdapat dalam penelitian di lakukan (Rahmatika et al., 2022) menyatakan bahwa tidak ada petugas khusus dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi ini. Petugas juga merupakan perawat pelaksana yang berdinasi sesuai dengan shiftnya. Sarana dan prasarana masih ada kendala terkait jaringan. Kondisi ini akan mengakibatkan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan juga terlambat, yang mana sesuai regulasinya pengajuan klaim dilakukan secara periodik, sebelum tanggal 10 bulan berikutnya (N-1). Diharapkan Puskesmas membuat *timeline* pengajuan klaim yang jelas, sehingga pengajuan klaim dapat dilakukan tepat waktu sesuai regulasi.

Berdasarkan Hasil penelitian yang di lakukan oleh (Marlinda & Dafriani, 2022) Hasil penelitian didapatkan jumlah petugas entri Puskesmas masih belum cukup. 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. 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. Penyerahan berkas pengajuan klaim oleh Puskesmas masih ada yang belum lengkap dan tidak tepat waktu.

Terdapat kendala yang menyebabkan pengajuan klaim menjadi terhambat dan dana klaim BPJS non kapitasi kepada puskesmas cairnya lama. hal ini di sebabkan permasalahan pada proses verifikasi berkas yaitu kurangnya persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan oleh puskesmas kepada BPJS kesehatan yang kemudian berdampak terhadap pendapatan di puskesmas Nanggulan (Kusniawan et al., 2021). Berdasarkan penelitian yang di lakukan oleh (Noviandi,

2018) pengajuan Klaim oleh penyedia pelayanan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan sering di temui berbagai permasalahan seperti permasalahan berkas klaim Non kapitasi, oleh karena itu pentingnya prosedur pengajuan klaim non kapitasi agar tidak terjadi kesalahan sehingga di buat prosedur yang muda dan jelas hal ini bertujuan untuk memberi kepuasan kepada peserta BPJS Kesehatan sehingga mendapat pelayanan semaksimal mungkin.

Puskesmas Suppa merupakan puskesmas yang ada di kabupaten pinrang yang terletak di jalan Andi maonjong lingkungan Wanuae kelurahan watang Suppa Kecamatan Suppa Kab. Pinrang. berdasarkan Study pendahuluan yang di lakukan di Puskesmas Suppa data peserta terdaftar BPJS di puskesmas Suppa pada tahun 2022 sebanyak 12.951 dan pada tahun 2023 sebanyak 14.967 peserta yang terdaftar, data tersebut disimpulkan bahwasanya peserta BPJS kesehatan terus meningkat di puskesmas Suppa. Berdasarkan hasil wawancara yang penulis lakukan dengan kepala Puskesmas Suppa pada tanggal 21 Oktober yaitu, masih sering terjadi kesalahan atau kekurangan berkas pada klaim non kapitasi sehingga klaim yang di ajukan tidak dapat terbayarkan. Selain itu waktu yang di berikan BPJS untuk memperbaiki berkas yang belum lengkap sangat singkat. Jumlah tenaga administrasi di puskesmas sangat terbatas sehingga kewalahan untuk memenuhi persyaratan pengajuan klaim ke BPJS. Oleh karena itu pentingnya perosedur pengajuan klaim Non kapitasi di puskesmas Suppa. Oleh sebab itu, peneliti tertarik untuk mengangkat topik tugas akhir Prosedur pengajuan klaim Non Kapitas BPJS Kesehatan pada Puskesmas Suppa.

### **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah di jelaskan diatas, maka Penulisan masalah yang akan Penulis bahas mengenai:

Bagaimana Prosedur pengajuan Klaim Non Kapitas di Puskesmas Suppa?

### **Tujuan**

#### **Tujuan Umum**

Dapat mengetahui Prosedur pengajuan Klaim Non kapitasi BPJS Kesehatan pada Puskesmas Suppa

#### **Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui prosedur klaim Non kapitasi aspek input di Puskesmas Suppa
- b. Mengetahui prosedur klaim Non kapitasi aspek proses di Puskesmas Suppa
- c. Mengetahui prosedur klaim Non kapitasi aspek Ouput di Puskesmas Suppa

### **Manfaat**

#### **Bagi Puskesmas**

Menjadi referensi bagi Puskesmas terkait prosedur pengajuan klaim Non kapitasi dan sayarat-syarat klaim tersebut bias di terima

#### **Bagi Poltekkes Kemenkes Malang**

- a. Sebagai bahan referensi untuk bahan ajar perkuliahan terutama berkaitan dengan pengajuan klaim
- b. Sebagai penilaian terhadap kinerja Pendidikan dalam praktik di sarana pelayanan kesehatan

#### **Bagi Peneliti**

Menambah pengetahuan terkait prosedur klaim non kapitasi dan syarat kaim tersebut dapat di terima dan di cairkan oleh BPJS