

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **2.1 Latar Belakang**

Menurut Peraturan presiden 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Jaminan Kesehatan adalah 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 Jaminan Kesehatan atau Iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah. Jaminan Kesehatan Nasional yang selanjutnya disingkat JKN adalah 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 dibayar oleh pemerintah. JKN yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan yang bersifat wajib berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Keapersertaannya wajib bagi seluruh penduduk Indonesia, dengan tujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (dikutip dari, buku panduan jkn 2016). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mempunyai multi manfaat, secara medis dan maupun non medis. Ia mempunyai manfaat secara komprehensif; yakni pelayanan yang diberikan bersifat paripurna mulai dari preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Seluruh pelayanan tersebut tidak dipengaruhi oleh besarnya biaya iuran bagi peserta. Promotif dan preventif yang diberikan bagi upaya kesehatan perorangan (diskes kulonprogo,2023).

Menurut pasal 1 Angka 1 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut BPJS BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan perogram jaminan sosial. BPJS menurut UU Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan social (Asih Eka Putri,2014). BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan, terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau anggota keluarganya. BPJS menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan prinsip kegotong-royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

Menurut Permenkes 28 tahun 2014, fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk peserta JKN terdiri atas fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). FKTP dimaksud adalah: 1. Puskesmas atau yang setara, 2. Praktik Dokter, 3. Praktik dokter gigi, 4. Klinik Pratama atau yang setara, 5. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara. Di Puskesmas Mojolangu menggunakan pelayanan Kapitasi dan Non Kapitasi. Pendistribusian dana BPJS secara kapitasi adalah suatu metode pembayaran untuk jasa layanan kesehatan di mana pemberi pelayanan kesehatan di FKTP menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta, per periode waktu untuk pelayanan yang telah ditentukan. Hal ini dipertegas dengan Pasal 1 Angka (6) Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 yang menyatakan bahwa Dana Kapitasi adalah besaran pembayaran per bulan yang dibayar di muka kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang

terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

Menurut Permenkes nomor 3 tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan, Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Proses pengajuan klaim dimulai dari pengumpulan berkas atau dokumen serta bukti pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien BPJS Kesehatan non kapitasi di puskesmas. Dalam pengajuan klaim non kapitasi, terdapat beberapa syarat yang harus dipenuhi, seperti fotokopi kartu peserta JKN, fotokopi kartu identitas peserta (KTP/akta kelahiran), dan surat perintah pemeriksaan oleh dokter di FKTP terdaftar. Selain itu, terdapat juga prosedur klaim non kapitasi yang harus diikuti oleh petugas di puskesmas, seperti pengisian formulir klaim, verifikasi data, dan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.

Penelitian ini berfokus pada bagaimana meningkatkan kualitas klaim non kapitasi Antenatalcare di puskesmas Mojolangu. Pemeriksaan ANC (Antenatal Care) merupakan pemeriksaan kehamilan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental ibu hamil secara optimal, sehingga dapat menghadapi persalinan, masa nifas, persiapan pemberian ASI eksklusif, dan kesehatan reproduksi kembali normal. Berdasarkan wawancara tidak terstruktur dengan petugas pengajuan klaim non kapitasi Antenatalcare di Puskesmas Mojolangu melayani layanan Antenatalcare menggunakan BPJS Kesehatan. Pengajuan klaim non kapitasi di Puskesmas Mojolangu saat ini menggunakan acuan Book Guide dari BPJS Kesehatan Kota Malang dan belum ada SOP pengajuan klaim non kapitasi Antenatalcare. Pengajuan klaim non kapitasi Antenatalcare mengalami permasalahan seperti klaim pending dikarenakan berkas pasien yang tidak lengkap, sehingga saat proses pengajuan klaim ada beberapa klaim yang tidak bias diajukan karena kekurangan berkas. Berkas – berkas klaim yang kurang saat pengajuan klaim non kapitasi antenatalcare yaitu fotokopi identitas pasien seperti KTP atau Kartu JKN dan fotokopi buku KIA pasien. Permasalahan kekurangan berkas

tersebut terjadi karena belum adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) pengajuan klaim non kapitasi Antenatalcare, sehingga diperlukan Standar Operasional Prosedur (SOP) agar proses pengajuan klaim non kapitasi antenatalcare di Puskesmas Mojolangu bisa meminimalisir permasalahan tersebut.

## **2.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana cara meningkatkan kualitas klaim non kapitasi Antenatal care di Puskesmas Mojolangu, dengan pembuatan Standar Oprasional Prosedur Pengajuan klaim non kapitasi antenatalcare di Puskesmas Mojolangu.

## **2.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk meningkatkan kualitas klaim non kapitasi Antenatalcare di Puskesmas Mojolangu.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan Khusus penelitian ini sebagai berikut:

Untuk meningkatkan kualitas pengajuan klaim non kapitasi Antenatalcare di Puskesmas Mojolangu dengan membuat Standar Operasional Prosedur (SOP) Pengajuan Klaim non Kapitasi Antenatalcare.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat bagi FKTP Puskesmas Mojolangu**

Sebagai upaya peningkatan kualitas klaim non kapitas Antenatalcare di Puskesmas Mojolangu lebih baik kedepannya.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Untuk menambah wawasan mengenai penerapan teori yang telah diperoleh dari mata kuliah yang telah diterima ke dalam penelitian sebenarnya.