

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Teori**

##### **2.1.1 JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)**

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh masyarakat Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah (Rika et al., 2014).

Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Rika et al., 2014)

##### **2.1.2 Rumah Sakit**

Menurut Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023, Rumah sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotive, preventif, kuratif, rehabilitative, dan/atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Jenis pelayanan rumah sakit meliputi pelayanan pada rumah sakit umum dan rumah sakit khusus yang dipenuhi berdasarkan ketersediaan sumber daya manusia, bangunan, sarana, dan peralatan.

##### **2.1.3 Pengertian Rawat Inap**

Menurut Posma (2001) dalam Anggraini (2008) bahwa rawat inap merupakan suatu bentuk perawatan, dimana pasien dirawat dan tinggal di rumah

sakit untuk jangka waktu tertentu. Selama pasien di rawat, rumah sakit harus memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien.

#### **2.1.4 Pengertian Badan Jaminan Penyelenggara Jaminan Sosial**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

#### **2.1.5 Definisi Klaim**

Kamus Besar Bahasa Indonesia mendefinisikan klaim sebagai tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak atas sesuatu. Dalam dunia kesehatan, klaim sering dikaitkan dengan Sistem Reimbursement atau penggantian biaya klaim dari Jaminan Kesehatan Nasional. Sistem Reimbursement erat kaitannya dengan PMIK karena merupakan penerapan dari Kegunaan Rekam Medis dalam salah satu aspek ALFRED (Administrative, Legal, Financial, Research, Education & Documentation) yaitu dalam aspek Financial.

Undang-Undang No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk JKN melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh BPJS ditetapkan didalam (Undang-Undang No.24 Tahun 2011) tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, yang terdiri atas BPJS Kesehatan yang dahulunya merupakan PT Askes dan BPJS Ketenagakerjaan (Jamsostek). BPJS Kesehatan telah diimplementasikan sejak 1 Januari 2014.

Memasuki awal bulan Maret 2017, BPJS Kesehatan telah menerapkan aturan baru mengani koordinasi manfaat atau coordinatin of benefit (CoB). Dalam dunia asuransi, Coordination of Benefit (CoB) berlaku bila ada kerjasama antara dua perusahaan asuransi untuk menanggung satu nasabah yang sama agar nasabah mendapatkan manfaat maksimal dari program.

### **2.1.6 Prosedur Klaim BPJS**

Pelayanan kesehatan bagi peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan kebutuhan medis mulai dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama yang diselenggarakan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tempat dimana peserta tersebut terdaftar yang dalam keadaan tertentu tidak berlaku bagi peserta yang berada di luar wilayah Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama tempat peserta terdaftar atau dalam keadaan kedaruratan medis, maka peserta tersebut dapat memilih Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama selain fasilitas pelayanan kesehatan tempat peserta terdaftar pertama kali setelah jangka waktu 3 bulan atau lebih (Karma et al., 2019).

Apabila peserta memerlukan pelayanan kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut atas indikasi medis, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut terdekat sesuai dengan system rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas, yang tata cara rujukannya dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang ada pasal peraturan perundang-undangan (Wirajaya & Nuraini, 2019).

### **2.1.7 Verifikasi Klaim**

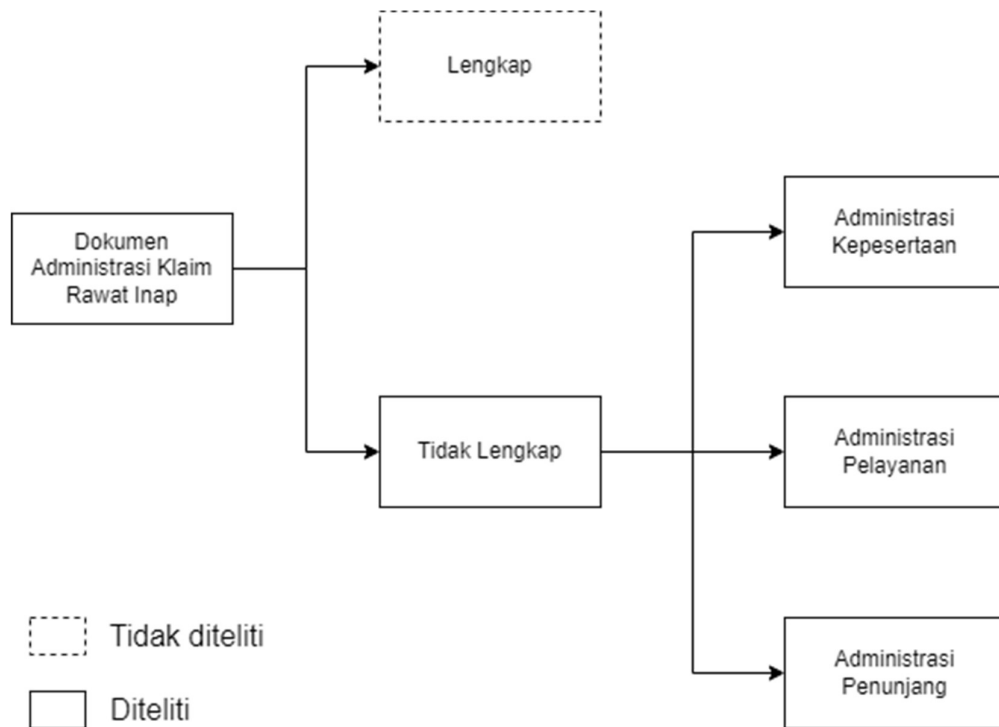
Berkas klaim rawat inap yang akan diverifikasi meliputi:

- a. Surat perintah rawat inap
- b. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- c. Resume medis yang mencantumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Peserta (DPJP)
- d. Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INACBG's diperlukan tambahan bukti pendukung :

1. Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian) obat khusus onkologi
2. Resep alat bantu kesehatan (alat bantu gerak, *collar neck*, *corset*, dll)
3. Tanda terima alat bantu kesehatan

## 2.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan dokumen administrasi klaim maka dapat dibuat kerangka konsep sebagai berikut.



Gambar 2.1 Kerangka Konsep