

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Prosedur**

###### **a. Definisi Prosedur**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), Prosedur adalah tahap kegiatan dalam menyelesaikan suatu aktivitas atau metode langkah demi langkah secara pasti dalam memecahkan suatu masalah. Dan prosedur menurut Mulyadi 2016 dalam (Kaligis et al., 2019) adalah suatu susunan kegiatan klerikal, yang melibatkan beberapa orang dalam suatu departemen atau yang dibentuk untuk menjamin secara sesuai transaksi perusahaan yang terjadi berulang-ulang. Adapun menurut Ardion dalam (Wijaya & Irawan, 2018) prosedur adalah bagian sistem yang merupakan kumpulan tindakan yang menyangkut beberapa orang dalam beberapa bagian yang ditetapkan untuk menjamin suatu kegiatan usaha atau transaksi dapat terjadi secara berulang kali kemudian dilaksanakan secara seragam.

Dari beberapa pengertian menurut para ahli di atas bisa disimpulkan bahwa, prosedur adalah suatu tata cara atau kegiatan dalam menyelesaikan pekerjaan dengan urutan waktu serta memiliki pola kerja tetap yang telah ditentukan. Dalam melakukan suatu kegiatan, organisasi memerlukan acuan untuk mengatur dan mengontrol seluruh aktifitas yang terjadi pada suatu kegiatan.

###### **b. Karakteristik Prosedur**

Adapun karakteristik prosedur menurut Mulyadi 2001 dalam (FN, 2018) diantaranya sebagai berikut:

- a) Prosedur menunjang tercapainya organisasi
- b) Prosedur mampu menciptakan pengawasan-pengawasan yang baik dan menggunakan biaya seminimal mungkin

- c) Prosedur menunjukkan urutan-urutan yang logis dan sederhana
- d) Prosedur menunjukkan adanya pendapatan keputusan serta tanggung jawab
- e) Prosedur menunjukkan adanya keterlambatan serta hambatan

Dengan demikian karakteristik prosedur dapat menunjang tercapainya tujuan, menciptakan pengawasan, menunjukkan urutan-urutan yang logis serta menunjukkan tidak adanya keterlambatan maupun hambatan.

### **c. Manfaat Prosedur**

Menurut Mulyadi, 2001 terdapat manfaat dari prosedur adalah sebagai berikut:

- a) Lebih memudahkan dalam menentuksn langkah-langkah kegiatan yang akan datang.
- b) Menmperbaiki pekerjaan yang berulang-ulang menjadi teratur dan khusus.
- c) Adanya suatu petunjuk atau program kerja yang jelas dan harus dipatuhi oleh seluruh pelaksana.
- d) Membantu dalam usaha meningkatkan produktifitas kerja yang lebih efektif dan efisien.
- e) Mencegah terjadinya penyimpangan serta memudahkan dalam pengawasan.

### **2.1.2 FKTP**

Menurut Permenkes Nomor 24 Tahun 2015 Tentang Penilaian FKTP Berprestasi, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah fasilitas kesehatan yang melakukan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) atau Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan pelayana kesehatan lainnya.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan nasional, menyatakan bahwa FKTP terdiri dari:

- a) Puskesmas
- b) Klinik pratama
- c) Praktik dokter/ dokter gigi
- d) Rumah Sakit kelas D Pratama.

### 2.1.3 Klaim

#### a. Pengertian Klaim

Dalam kamus bahasa klaim menyatakan bahwa pengakuan suatu fakta, seseorang individu berhak untuk memiliki atau mempunyai atas sesuatu, terdapat konsep klaim berkembang sesuai dengan perkembangan model asuransi kesehatan. Dalam sistem asuransi kesehatan pembayaran yang dilakukan oleh asuransi komersial (*Indemnity*) dengan sistem *fee for service* kepada pemberi layanan kesehatan, pada konsep *managed care* yang berorientasi pada pengendalian mutu sesuai dengan indikasi medis biaya dengan pembayaran *prospektif (Prepayment)*. Pembayaran prospektif sendiri terdapat 2 macam yang pertama pembayaran yang dilakukan dan pembayaran setelah layanan diberikan, adapun besaran biayanya yang telah disepakati dari awal (Linda Megawati, 2018).

Klaim adalah sesuatu yang mana bertanggung mengatakan kerugian dan memberikan bukti yang diperlukan, dan perusahaan asuransi menerima klaim serta memberikan manfaat untuk gambaran proses tersebut Pamjaki 2014 dalam (Fajar Basoni, 2021). Menurut (Peraturan BPJS 7, 2018) tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Pengelolaan Jaminan Kesehatan klaim manfaat pelayanan kesehatan selanjutnya disebut klaim adalah permintaan pembayaran biaya

pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan. Klaim adalah suatu kesepakatan antara satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar hak nya terpenuhi. Diantara satu dari dua pihak, yang melakukan kontrak tersebut akan mengajukan klaimnya kepada pihak lainnya sesuai dengan perjanjian atau kesepakatan yang telah disepakati bersama oleh kedua pihak (Ilyas, 2019). Berdasarkan pengertian klaim diatas dapat disimpulkan bahwa klaim adalah sebuah tuntutan atas dasar ketidakpuasan terhadap suatu pelayanan terhadap pelanggan (Tambunan, 2016).

#### **b. Prinsip Klaim**

Secara umum dalam penerapan pengajuan klaim terdapat tiga prinsip yang harus diperhatikan oleh petugas klaim sejak berkas klaim diterima sampai klaim dibayarkan kepada peserta, yaitu:

##### 1) Yang dijanjikan

Berdasarkan Permenkes No 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program JKN disebutkan bahwa klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan akan dibayarkan paling lambat 15 hari setelah pengajuan klaim.

##### 2) Tepat jumlah

Klaim yang harus dibayarkan kepada peserta sesuai dengan santunan yang menjadi hak peserta atau ahli warisnya, sesuai dengan nilai kerugian.

##### 3) Tepat orang

Klaim yang dibayarkan harus benar-benar kepada orang yang berhak (Anwar, 2017)

Pada pelaksanaan klaim JKN proses administrasi klaim dilancarkan dengan menggunakan aplikasi *P-Care*. Administrasi klaim adalah rangkaian proses penyiapan berkas atau dokumen yang diajukan melalui proses verifikasi klaim sampai dengan

pembayaran klaim. Administrasi klaim merupakan suatu kesatuan dimulai dari proses di puskesmas mengajukan klaim sampai di BPJS Kesehatan dalam melakukan verifikasi klaim serta pembayaran klaim. Puskesmas akan mengajukan klaim dalam bentuk *hardcopy* untuk rekapitulasi dan *softcopy* untuk data individu klaim. Sedangkan pada verifikasi klaim dilakukan dengan menggunakan aplikasi verifikasi klaim. Apabila setelah adanya kesepakatan terkait pengajuan klaim maka akan dibuatkan berita acara sehingga layak dalam pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan yang sesuai dengan ketentuan (Kartika, 2014).

#### **2.1.4 Dana Kapitasi dan Non Kapitasi**

##### **a. Dana Kapitasi**

Menurut Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 menjelaskan bahwa dana kapitasi adalah besaran pembayaran per-bulan yang dibayarkan dimuka kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) berdasarkan dengan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Dana kapitasi dibagi menjadi dua bagian yaitu jasa pelayanan dan juga biaya operasional. Pemanfaatan dana kapitasi yang diterima oleh FKTP dari BPJS Kesehatan digunakan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan (PP No.32, 2014).

##### **b. Dana Non Kapitasi**

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2011 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan, klaim non kapitasi merupakan besaran pembayaran klaim oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) berdasarkan jenis dan jumlah

pelayanan kesehatan diberikan. Pelayanan kesehatan yang terdapat dalam tarif klaim non kapitasi antara lain:

- 1) Pelayanan Keluarga Berencana (KB) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
  - Suntik
  - Implant
  - Mantab Operasi Pria/ Vasektomi (MOP)
- 2) Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis
- 3) Pelayanan obat program rujuk balik
- 4) Pelayanan ambulans
- 5) Pemeriksaan penunjang pelayanan rujuk balik
- 6) Jasa pelayanan kebidanan dan neonatal yang dilakukan oleh bidan ataupun dokter, sesuai dengan kompetensi dan kewenangan.

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

#### **a. Proses Pengajuan Klaim JKN**

Pada Promkes No 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program JKN disebutkan bahwa klaim JKN dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang diajukan oleh BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. BPJS akan membayar biaya pelayanan sesuai dengan tarif kesehatan dan regionalisasi tarif yang berlaku.

Pada Permenkes No. 28 Tahun 2014 juga disebutkan prosedur pelayanan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut diawali dengan pelayanan administrasi, yaitu sebagai berikut :

- a) Peserta datang ke Puskesmas dengan menunjukkan nomor identitas peserta JKN.
- b) Peserta menerima Surat Pernyataan Pelayanan (SPP) untuk mendapatkan pelayanan.
- c) Peserta dapat memperoleh pelayanan rawat jalan atau rawat inap sesuai dengan indikasi medis.

Setelah pelayanan administrasi, kelanjutan dari proses pengajuan klaim di fasilitas kesehatan berdasarkan panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS (2014) yaitu rekapitulasi pelayanan dan diakhiri dengan pengiriman pengajuan klaim ke Verifikator BPJS Kesehatan.

#### **b. Program Jaminan Kesehatan Nasional**

Pemerintah mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bagi seluruh rakyat Indonesia sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Pasal 18 – 24 tentang jaminan sosial sebagai bukti pemerintah mempunyai komitmen besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia adalah bagian dari Sistem Jaminan Nasional.

Sistem Jaminan Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh masyarakat Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi. Adanya perlindungan asuransi ini dapat memenuhi kebutuhan dasar

kesehatan bagi masyarakat Indonesia Perlindungan ini diberikan kepada masyarakat yang membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah (Undang Undang Nomor 40 Pasal 41, tahun 20014).

Terdapat dua jenis pelayanan yang diperoleh peserta JKN, yaitu pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative (Peraturan BPJS Kesehatan No 1 Tahun 2014).

#### **2.1.6 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS)**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan yang telah diatur dalam Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).

#### **2.1.7 Prosedur Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan di FKTP**

Prosedur pengajuan klaim non kapitasi diatur dalam peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 tentang Pengolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional. BPJS Kesehatan mengeluarkan peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan tujuan untuk menjalankan tugas BPJS kesehatan dalam membayarkan manfaat atau membiayai pelayanan kesehatan, serta menerapkan kendali mutu kendali biaya, diperlukan pengaturan mengenai pengelolaan pengajuan dokumen klaim ke fasilitas kesehatan tingkat pertama. Berikut ini merupakan prosedur pengajuan klaim non kapitasi menurut Peraturan Badan



Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 pasal 8 sampai dengan pasal 14 adalah sebagai berikut:

- (1) Klaim manfaat pelayanan kesehatan tingkat pertama terdiri dari:
  - a. RITP
  - b. Pelayanan kesehatan dan Neonatal
  - c. Pelayanan Program Rujukan Balik (PRB)
  - d. Pelayanan skrining kesehatan dan pemeriksaan penunjang skrining kesehatan
  - e. Protesa gigi
  - f. Pelayanan ambulan.
- (2) Persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan di FKTP sebagai berikut:
  - a. Kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
    1. Formulir Pengajuan Klaim yang ditandatangani oleh pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang
    2. Kuitansi asli bermaterai cukup, dan
    3. Surat Tanggung Jawab Mutlak bermaterai cukup yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberikan wewenang.
  - b. Kelengkapan khusus yang terdiri dari
    1. Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh Peserta atau anggota keluarga, dan
    2. Kelengkapan pendukung yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan RITP terdiri dari:

  - a. Kelengkapan administrasi umum
  - b. Kelengkapan administrasi khusus terdiri atas:
    1. Rekapitulasi Pelayanan, dan
    2. Surat Perintah Rawat inap dari Dokter
- (1) Persyaratan pengajuan klaim kebidanan dan neonatal adalah sebagai berikut:

- a. Kelengkapan administrasi umum
  - b. Kelengkapan administrasi khusus terdiri atas
    1. Rekapitulasi pelayanan, dan
    2. Salinan lembar pelayanan pada buku kesehatan ibu dan anak (KIA) sesuai dengan pelayanan yang diberikan.
- (2) Dalam hal peserta tidak mempunyai buku KIA, buku KIA dapat diganti dengan Kartu Ibu atau Keterangan pelayanan lainnya sebagai pengganti buku KIA yang ditandatangani ibu hamil atau bersalin dan petugas yang menangani.
- (3) Dalam hal pengajuan klaim persalinan merupakan persalinan pervaginaan dengan tindakan emergensi dasar di puskesmas, atau pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal, berkas klaim dilengkapi dengan
- a. Partograf yang ditandatangani oleh tenaga kesehatan penolong persalinan untuk pertolongan persalinan atau keterangan lain yang menjelaskan tentang pelayanan persalinan yang diberikan, dan
  - b. Surat keterangan kelahiran.

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan PRB terdiri atas:

- a. Kelengkapan klaim PRB meliputi:
  1. Kelengkapan administrasi umum
  2. Kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
    - a) Data tagihan pelayanan dalam bentuk softcopy sesuai dengan aplikasi Apotek
    - b) Lembar resep obat PRB, dan
    - c) Bukti pendukung yang memuat informasi mengenai hasil pemeriksaan penunjang diagnostik sesuai dengan restriksi obat sesuai dengan Formularium Nasional (FORNAS)
- b. Klaim pelayanan pemeriksaan penunjang PRB meliputi:
  1. Kelengkapan administrasi umum

2. Kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
    - a) Lembar permintaan pemeriksaan laboratorium PRB oleh dokter, dan
    - b) Rekapitulasi tagihan pelayanan laboratorium PRB disertai hasil pemeriksaan laboratorium.
- (1) Persyaratan pengajuan klaim pelayanan pemeriksaan penunjang screening kesehatan adalah:
- a. Kelengkapan administrasi umum
  - b. Kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
    1. Rekapitulasi tagihan pelayanan disertai hasil pemeriksaan laboratorium, dan
    2. Hasil screening primer riwayat Kesehatan iuran aplikasi BPJS Kesehatan (*P-Care*) untuk pemeriksaan penunjang gula darah.
- (2) Pelayanan pemeriksaan penunjang screening kesehatan termasuk pelayanan screening kesehatan IVA atau *Papsmear* dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan administrasi khusus tambahan yaitu hasil pemeriksaan IVA atau *papsmear* dan hasil pemeriksaan IVA positif untuk terapi krio sesuai dengan Iuran BPJS Kesehatan.

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan protesta sebagai berikut:

- a. Kelengkapan administrasi umum
- b. Kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
  1. Surat keterangan medis dari dokter yang merawat (keterangan indikasi medis), atau
  2. Resep protesta gigi.

Persyaratan pengajuan klaim pelayanan ambulan adalah sebagai berikut:

- a. Kelengkapan administrasi umum
- b. Kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:

1. Surat keterangan medis dari dokter yang menerangkan kondisi medis pasien pada saat akan dirujuk,
2. Bukti pelayanan ambulan yang memuat informasi tentang:
  - a. Identitas pasien
  - b. Waktu pelayanan (hari tanggal jam berangkat dari fasilitas kesehatan perujuk dan jam tiba fasilitas kesehatan tujuan)
  - c. Fasilitas kesehatan perujuk, dan
  - d. Fasilitas kesehatan tujuan rujukan
3. Tanda tangan dan stempel dari fasilitas kesehatan perujuk dan fasilitas kesehatan penerima rujukan, dan
4. Bukti pembayaran jika ambulan menggunakan kapal penyebrangan.

### **2.1.8 Pendekatan Sistem**

#### **a. Konsep Dasar Sistem**

Terdapat dua kelompok pendekatan di dalam mendefinisikan sistem yaitu berdasarkan pendekatan yang digunakan untuk menerangkannya, yaitu dengan pendekatan:

##### **1. Prosedur**

Sistem menurut pendekatan prosedur adalah suatu jaringan kerja dari prosedur-prosedur berupa rangkaian kegiatan yang saling berhubungan.

##### **2. Komponen/ Elemen**

Definisi sistem juga dilihat dari pendekatan komponen/ elemen ialah kumpulan dari komponen yang saling berkaitan dan bekerja sama dalam mencapai suatu tujuan tertentu. Suatu sistem terdiri dari beberapa sub-sub sistem, dan sub-sub sistem tersebut juga terdiri dari beberapa sub-sub sistem yang lebih kecil.

## **b. Pengertian Sistem**

Sistem adalah sekelompok unsur yang berhubungan erat dengan yang lainnya dengan fungsi yang sama yaitu untuk mencapai suatu tujuan tertentu Mulyadi (2008:2).

Menurut Rochanty (2011:2) mendefinisikan sistem merupakan suatu kesatuan yang terdiri dari dua atau lebih komponen atau subsistem yang berinteraksi dalam mencapai suatu tujuan.

Sistem adalah kumpulan dari elemen elemen yang bersangkutan untuk mencapai suatu tujuan tertentu (Jogianto, 2005). Sistem ini menggambarkan suatu kejadian-kejadian dan juga kesatuan yang nyata, seperti tempat, benda, dan orang-orang yang betul-betul ada dan terjadi.

Menurut Donabedian (1968) ada tiga pendekatan penilaian mutu yaitu sebagai berikut:

### **1. Masukan (*Input*)**

Aspek struktur mencakup segala sesuatu yang dibutuhkan agar dapat melaksanakan kegiatan berupa sumber daya manusia, dana dan sarana. Input fokus pada sistem yang dipersiapkan dalam organisasi, termasuk komitmen, prosedur serta kebijakan sarana dan prasarana fasilitas dimana pelayanan diberikan.

### **2. Proses (*Process*)**

Merupakan seluruh kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga profesi lainnya) dan interaksinya dengan pasien, meliputi metode atau tata cara pelayanan kesehatan dan pelaksanaan fungsi manajemen.

### 3. Keluaran (*Output*)

*Output* pelayanan kesehatan adalah konsekuensi atau dampak dari kesehatan yang diperoleh setelah mendapatkan pelayanan.

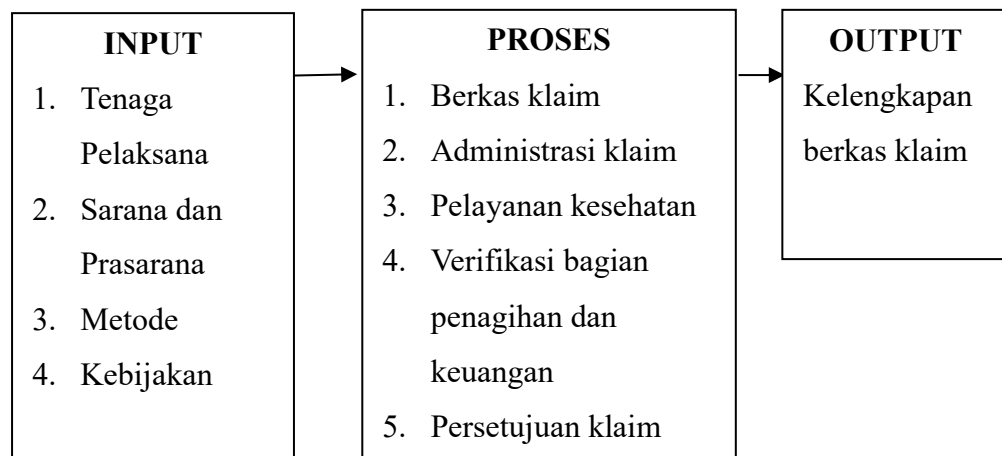
## 2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : (IPO Model Donabedian, 1968)

## 2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konseptual

Sumber : Modifikasi Donabedian (1968), (Yuliva et al, 2019).