BAB II

TINJAUANPUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan BPJS Kesehatan

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan inisiatif pemerintah dalam bentuk asuransi sosial yang bertujuan memberikan perlindungan finansial kepada seluruh penduduk Indonesia dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya. Program ini menawarkan cakupan layanan kesehatan yang komprehensif, mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Tujuan utama JKN meliputi peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, perlindungan dari beban biaya pengobatan, serta peningkatan kualitas hidup dan produktivitas. Selain itu, JKN juga dirancang untuk menjamin keberlanjutan sistem kesehatan nasional dan memperkuat Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), sehingga seluruh warga negara dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang layak dan berkesinambungan demi terciptanya masyarakat yang lebih sehat dan sejahtera.

2.1.2 Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawatdarurat. (Kemenkes RI, 2019) disebut sebagai institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, karena rumah sakit menyediakan berbagai jenis layanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu, tidak hanya terbatas pada pengobatan, tetapi juga mencakup upaya promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan penyakit), kuratif (pengobatan), dan rehabilitatif (pemulihan fungsi tubuh). Rumah sakit juga memiliki sarana dan fasilitas untuk pelayanan rawat inap, yaitu perawatan pasien yang memerlukan observasi atau pengobatan dalam jangka waktu tertentu dan harus menginap di rumah sakit. Selain itu, rumah sakit menyediakan pelayanan rawat jalan, yang ditujukan bagi pasien yang dating untuk konsultasi, pemeriksaan, atau pengobatan namun tidak perlu dirawat menginap. Tidak kalah penting, rumah sakit juga

menyediakan pelayanan gawat darurat, yakni pelayanan cepat tanggap bagi pasien dalam kondisi darurat atau kritis yang memerlukan penanganan segera. Dengan demikian, rumah sakit berfungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan yang komprehensif dan terintegrasi, mendukung kebutuhan medis masyarakat dari tahap pencegahan hingga pemulihan.

2.1.3 Rawat Inap

Instalasi rawat inap merupakan unit pelayanan non-struktural di rumah sakit yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara menyeluruh bagi pasien yang membutuhkan perawatan lebih dari 24 jam. Pelayanan ini mencakup observasi, diagnostic, pengobatan, keperawatan, dan rehabilitasi medik. Instalasi rawat inap memiliki peran penting dalam mendukung proses penyembuhan pasien melalui pemantauan kondisi, penegakan diagnosa, pemberian terapi, serta pemulihan fungsi tubuh. Meskipun tidak termasuk dalam struktur organisasi formal, instalasi ini menjadi bagian vital dalam sistem pelayanan rumah sakit karena kualitas layanan yang diberikan sangat memengaruhi tingkat kesembuhan. (Asmadi et al., 2023)

2.1.4 Rawat Jalan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 560/Menkes/SK/IV/2003 tentang tarif perjan rumah sakit pelayanan rawat jalan adalah layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien tanpa perlu menginap di rumah sakit. Layanan ini mencakup observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medis, dan tindakan medis lainnya yang bersifat singkat dan non-invasif. Umumnya dilakukan di poliklinik atau klinik spesialis, pelayanan ini bertujuan untuk menangani masalah kesehatan ringan hingga sedang serta sebagai bagian dari sistem rujukan berjenjang. Pelayanan ini penting dalam efisiensi waktu, biaya, dan sumber daya pelayanan kesehatan.

2.1.5 Jenis-Jenis Klaim BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Layanan kesehatan yang dijamin mencakup:

1. Klaim Rawat Inap: Penggantian biaya perawatan dan pengobatan di rumah

sakit untuk peserta yang menjalani perawatan inap sesuai indikasi medis yang dijamin JKN.

2. Klaim Rawat Jalan: Klaim untuk pelayanan kesehatan non-inap yang diberikan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), seperti puskesmas dan klinik.
3. Klaim Obat-obatan: Pembiayaan atas obat yang diresepkan sesuai dengan Formularium Nasional (Fornas) dan ketentuan layanan JKN.
4. Klaim Pemeriksaan Laboratorium: Klaim atas biaya pemeriksaan penunjang seperti laboratorium atau radiologi yang diperlukan dalam proses diagnosis atau terapi.
5. Klaim Pelayanan Kesehatan JKN: Klaim komprehensif atas pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diberikan kepada peserta JKN secara menyeluruh.
6. Dengan cakupan layanan yang komprehensif, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memegang peranan krusial dalam memastikan seluruh masyarakat Indonesia dapat mengakses layanan kesehatan. Data BPJS Kesehatan menunjukkan bahwa hingga akhir 2023, jumlah peserta JKN telah mencapai sekitar 267,31 juta orang atau sekitar 95,75% dari total penduduk Indonesia, yang menegaskan posisi BPJS Kesehatan sebagai pilar utama dalam sistem pembiayaan kesehatan nasional.

2.1.6 Administrasi Klaim

1. Pengertian Administrasi Klaim

Administrasi secara umum merupakan rangkaian aktivitas yang melibatkan kolaborasi antara dua orang atau lebih, yang didasarkan pada pertimbangan rasional untuk mencapai tujuan yang telah disepakatibersama. Dalam kontek sini, administrasi mencakup elemen- elemen penting seperti kerja sama, pembagian peran, pengaturan strukturor ganisasi, serta pemanfaatan sumber daya secara optimal dan efisien (Mulia Putri & Gischa, 2021).

Salah satu penerapan administrasi yang spesifik adalah administrasi klaim, yaitu proses yang melibatkan pengumpulan bukti atau fakta terkait suatu kejadian, seperti sakit atau kecelakaan, yang kemudian dibandingkan dengan

ketentuan dalam polis asuransi untuk memastikan bahwa klaim yang diajukan sesuai dengan perjanjian dan persyaratan yang berlaku. Proses administrasi klaim meliputi pemberitahuan kejadian kepada perusahaan asuransi, verifikasi dan validasi dokumen serta fakta kejadian, pengumpulan dokumen pendukung seperti surat keterangan medis, hingga pengambilan keputusan untuk menyetujui dan membayarkan klaim yang sah. Dengan demikian, administrasi klaim tidak hanya mencerminkan prinsip-prinsip dasar administrasi dalam hal kerjasama dan pengelolaan sumber daya, tetapi juga berfungsi sebagai mekanisme pengendalian yang memastikan pembayaran klaim dilakukan secara tepat, adil, dan sesuai aturan, sehingga melindungi kepentingan baik tertanggung maupun perusahaan asuransi (Olivia Susan et al., 2016).

2. Prosedur Pengajuan Klaim

Prosedur administrasi klaim BPJS kesehatan merupakan serangkaian aktivitas yang dilakukan dirumah sakit untuk memperoleh penggantian biayaatas pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Ada beberapa tahapan dalam proses administrasi klaim, yaitu:

1. Verifikasi Kepesertaan Pasien

   Tahap awal dimulai saat pasien datang ke rumah sakit. Petugas administrasi akan memverifikasi status kepesertaan JKN melalui aplikasi BPJS *Health Care* atau sistem yang terintegrasi, seperti P- Care atau V-Claim. Dokumen utama yang digunakan dalam proses ini adalah:

   a. Nomor Induk Kependudukan (NIK) atau Kartu JKN-KIS.

   b. Kartu rujukan (untuk rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/FKTP).

   c. Surat Eligibilitas Peserta (SEP), yang diterbitkan secara elektronik dan menjadi dasar administrasi klaim.

2. Pelayanan Medis dan Pencatatan Tindakan

   Setelah kepesertaan terverifikasi, pasien mendapatkan pelayanan medis sesuai indikasi. Tenaga medis wajib mendokumentasikan setiap diagnosis dan tindakan medis dalam rekam medis pasien.

   Diagnosis dan prosedur medis ini kemudian dikodekan menggunakan

standar internasional:

a. ICD-10 Untuk diagnosis penyakit.
b. ICD-9-CM Untuk tindakan medis atau prosedur.

Akurasi dalam pencatatan ini sangat penting karena kesalahan kode dapat menyebabkan klaim ditolak atau dinyatakan tidak layak.

3. Pengumpulan dan Verifikasi Dokumen Pendukung

   Setelah pasien dirawat atau selesai menjalani pelayanan, bagian administrasi rumah sakit mengumpulkan semua dokumen pendukung, yang meliputi:

   a. Resume medis pasien yang ditandatangani dokter penanggung jawab.
   b. Hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi).
   c. Bukti pelayanan (konsumsi obat, tindakan).
   d. Surat rujukan dan SEP.
   e. Kartu identitas dan data administrasi pasien.

   Dokumen ini kemudian diverifikasi secara internal oleh petugas klaim untuk memastikan kelengkapan dan kesesuaiannya.

4. Input Data Klaim ke Sistem Informasi (INA-CBG's / V-Claim / e-Klaim)

   Petugas klaim akan menginput data layanan ke dalam sistem INA-CBG's, yaitu sistem klasifikasi penyakit dan prosedur berbasis kelompok kasus (*case-mix*).

   Output dari sistem ini adalah:

   a. Laporan Individual Pasien(LIP)
   b. Tarif INA-CBG's

   Kemudian data dikirim melalui aplikasi e-Klaim atau V-Claim.

5. Verifikasi Internal oleh Unit Manajemen Klaim

   Sebelum dikirim ke BPJS, klaim harus diverifikasi ulang oleh tim manajemen klaim internal rumah sakit. Proses ini mencakup:

   a. Pemeriksaan kelengkapan berkas
   b. Kesesuaian antara resume medis dan koding
   c. Penyesuaian tarif INA-CBG's

d. Sinkronisasi antara sistem rumah sakit dan sistem klaim BPJS

6. Pengiriman Klaim ke BPJS Kesehatan

   Menurut penelitian (Maulida & Djunawan, 2022) setelah dokumen dan data dinyatakan lengkap, klaim dikirim ke BPJS secara elektronik, sesuai dengan batas waktu yang ditetapkan (maksimal tanggal 10 setiap bulan untuk klaim bulan sebelumnya). BPJS akan memberikan notifikasi status klaim, seperti:

   a. Klaim Layak

      Klaim yang telah memenuhi semua persyaratan administratif dan klinis sesuai ketentuan BPJS Kesehatan, sehingga disetujui untuk dibayarkan.

   b. Klaim Tidak Layak

      Klaim yang telah diverifikasi namun tidak memenuhi ketentuan administrasi atau pelayanan yang berlaku, sehingga tidak dapat dibayarkan.

   c. Klaim Pending

      Klaim yang mengalami penundaan pembayaran karena berkas klaim yang diajukan belum lengkap atau tidak memenuhi persyaratan.

   d. Klaim Dispute

      Klaim yang mengalami ketidaksepakatan antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan, biasanya terkait dengan aspek klinis, administrasi, atau pengkodean tidak layak (ditolak).

7. Evaluasi dan Verifikasi oleh BPJS Kesehatan

   BPJS Kesehatan melakukan verifikasi terhadap data dan dokumen yang dikirim rumah sakit. Beberapa aspek yang diperiksa meliputi:

   a. Konsistensi antara SEP, rekam medis, dan resume
   b. Kesesuaian koding ICD-10/ICD-9
   c. Validitas tindakan dan justifikasi medis

   Jika ditemukan dokumen tidak valid, klaim akan dimasukkan ke dalam kategori Data Tidak Sesuai (DTS) dan harus diperbaiki untuk diajukan kembali.

3. Persyaratan Klaim

Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Megawati & Pratiwi, 2016) atau menurut pedoman BPJS Kesehatan, persyaratan dokumen klaim rawat inap yang wajib disertakan oleh rumah sakit agar klaim dapat diverifikasi dan diterima antara lain meliputi:

1) Surat Eligibilitas Peserta(SEP)
2) Surat perintah rawat inap
3) Resume medis yang ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)
4) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), misal:
    a) Laporan operasi
    b) Protokol terapi dan regimen (jadwal pemberian obat) pemberian obat khusus
    c) Perincian tagihan rumah sakit
    d) Karakteristik (manual atau automatic billing)
    e) Berkas pendukung lain yang diperlukan

4. Hambatan Dalam Administrasi Klaim

Dalam praktiknya, pengajuan klaim pelayanan kesehatan oleh rumah sakit kepada penjamin seperti BPJS Kesehatan atau BPJS Ketenagakerjaan sering menghadapi sejumlah kendala yang mempengaruhi kelancaran dan keberhasilan proses klaim. Berikut adalah beberapa hambatan utama yang umum terjadi:

1) Ketidaksesuaian Data dan dokumen
2) Keterlambatan dalam penginputan data
3) Sistem teknologi yang belum terintegrasi
4) Kurangnya pelatihan sumber daya manusia (SDM)

N.Ramadanis et al 24., menegaskan bahwa sebagian besar klaim yang ditolak BPJS Kesehatan disebabkan oleh kesalahan administratif dan dokumentasi yang tidak lengkap, sehingga aspek teknis dan manajerial sangat menentukan diterima atau tidaknya klaim tersebut. Oleh karena itu, peningkatan kualitas data, efisiensi proses input, integrasi sistem, serta

peningkatan kapasitas SDM merupakan strategi penting yang harus diterapkan rumah sakit agar pengajuan klaim berjalan efektif dan tepat waktu.

5. Model Sistem Donabedian

Model mutu pelayanan kesehatan yang dikemukakan oleh (Donabedian, 1980) membagi evaluasi mutu ke dalam tiga komponen utama, yaitu struktur, proses, dan output.

- *Input*

Struktur merujuk pada sumber daya dan fasilitas yang tersedia dalam suatu pelayanan kesehatan. Ini mencakup tenaga kesehatan, sarana prasarana, sistem manajemen, pendanaan, dan dokumen pendukung seperti rekam medis. Struktur yang baik menjadi fondasi penting dalam menunjang kelancaran proses pelayanan.

- Proses (*Process*)

Proses mencakup semua aktivitas yang dilakukan dalam pemberian pelayanan kesehatan, mulai dari pencatatan, pemeriksaan, pengambilan keputusan medis, hingga kegiatan administratif seperti pengelolaan klaim. Kualitas proses sangat dipengaruhi oleh kualitas struktur yang tersedia.

- *Output (Outcome)*

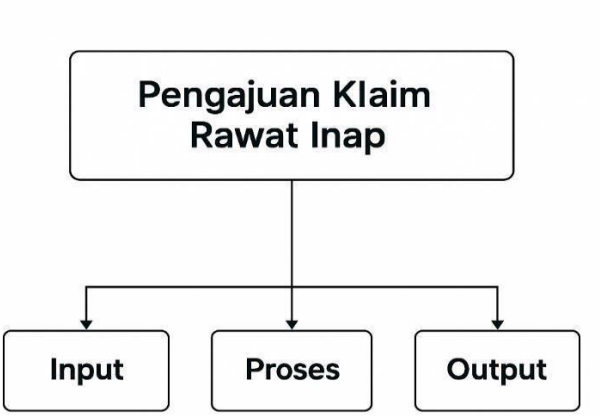
Output merupakan hasil akhir dari pelayanan yang diberikan, yang dapat berupa tingkat kepuasan, efisiensi, serta kelengkapan dan ketepatan pengajuan klaim. *Outcome* menjadi indikator utama dalam menilai keberhasilan pelayanan kesehatan.

6. Model Sistem Dalam Pelayanan Kesehatan

- *Input* dalam pelayanan Kesehatan meliputi sumber daya manusia (seperti dokter, koder, dan petugas administrasi), dana, obat-obatan, fasilitas, peralatan, bahan medis, perangkat sistem informasi, dan dokumen rekam medis. Kualitas pelayanan sangat bergantung pada kualitas input ini, yang berperan penting dalam perencanaan dan pelaksanaan layanan kesehatan.
- Proses adalah tahap dimana berbagai input diubah melalui kegiatan operasional untuk menghasilkan produk atau layanan.
- Dalam konteks pelayanan kesehatan, ini mencakup interaksi professional antara penyedia layanan dan pasien atau masyarakat.

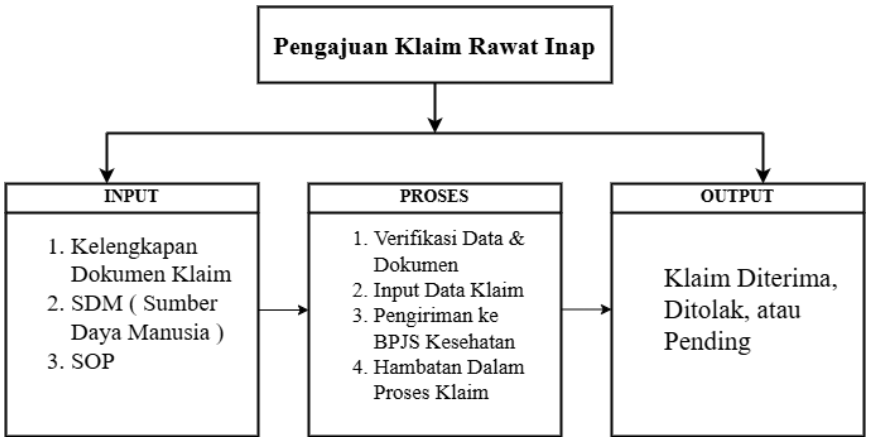
- *Output* adalah hasil akhir dari tindakan profesional tenaga kesehatan terhadap pasien. Ini juga bias berarti keberhasilan klaim yang diterima atau dokumen yang dikembalikan oleh BPJS Kesehatan (Purwasih et al., 2024).

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Model Sistem (*Input-Process-Output*) Prof. A. Donabedian (Donabedian, 1980)

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Modifikasi Model Sistem Donabedian (Donabedian, 1980) & (Ramadanis *et al.,* 2024)