

## **BAB 2**

### **KAJIAN PUSTAKA**

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

##### **2.1.1 Definisi JKN**

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 (Permenkes, 2014).

##### **2.1.2 Tujuan Pelaksanaan JKN**

Pelaksanaan Program JKN bertujuan 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 yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah (Permenkes, 2014).

#### **2.2 Rawat Inap**

##### **2.2.1 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

## **2.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

### **2.3.1 Pengertian Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

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 (Undang-Undang, Nomor 24 Tahun 2011).

### **2.3.2 Fungsi, Tugas, dan Wewenang BPJS**

Dalam penyelenggaraannya BPJS Kesehatan berfungsi dalam menyelenggarakan program jaminan kesehatan. (Undang-Undang, Nomor 24 Tahun 2011) BPJS berfungsi :

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta;
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja;
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah;
4. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta;
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;
6. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; dan
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat

Dalam melaksanakan tugasnya BPJS berkewajiban untuk :

- a. Menagih pembayaran iuran
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai.

- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan. 31
- f. Mengenaikan sanksi administrative kepada Peserta atau Pemberi Kerja yang tidak memenuhi kewajibannya
- g. Melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidak patuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan ; dan
- h. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Dalam melaksanakan kewenangan BPJS berhak untuk :

- a. Memperoleh dana operasional untuk penyelenggara program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan / atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undnagan; dan
- b. Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

### **2.3.3 Hak dan Kewajiban Peserta BPJS**

- a. Menurut Hastuti dan Fitri (2016), hak dan kewajiban peserta BPJS Kesehatan yaitu : Hak Peserta :
  1. Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan
  2. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku
  3. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;

4. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan

b. Kewajiban Peserta :

1. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku
2. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat I
3. Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak
4. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan

## **2.4 Tinjauan Klaim**

### **2.4.1 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 mengenai koordinasi manfaat atau *coordination 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

#### **2.4.2 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 (tiga) bulan atau lebih (Pemenkes, 2013).

Apabila peserta memerlukan pelayanan kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas indikasi medis, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama harus merujuk ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan terdekat sesuai dengan sistem 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 (Pemenkes, 2013).

#### **2.4.3 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 diagnosa 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 untuk onkologi.
  - 2. Resep alat bantu kesehatan (alat bantu gerak, collar neck, corset, dll).
  - 3. Tanda terima alat bantu kesehatan.

Pada Permenkes no 28 tahun 2014 dan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim,(2014) menyebutkan bahwa dalam proses ini, apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas-berkas pasien BPJS rawat inap dan rawat jalan tersebut ke rumah sakit. Berkas-berkas yang dikembalikan merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh verifikator di BPJS Kesehatan.

Dengan kata lain berkas-berkas yang dikembalikan ini disebut berkas pending dan harus di lengkapi oleh rumah sakit dan harus diserahkan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Selain itu berkas klaim yang pending ini, harus dikembalikan dalam kurun waktu selambat-lambatnya yaitu 6 (enam) bulan dari berkas tersebut dikembalikan oleh BPJS Kesehatan. Apabila pihak rumah sakit tidak mengembalikan berkas ini dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, maka berkas-berkas pasien BPJS rawat inap akan dikembalikan (pending) tersebut tidak dapat diklaim oleh pihak BPJS Kesehatan

#### **2.4.4 Pending Klaim**

Berdasarkan (Kepmenkes, 2021) klaim dinyatakan pending oleh BPJS Kesehatan apabila hasil verifikasi ditemukan dokumen atau berkas klaim yang diupload oleh rumah sakit tidak lengkap dan/atau dibutuhkan data dukung administratif lainnya. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di salah satu

rumah sakit pemerintah, umumnya pengembalian klaim dibagi menjadi 4 kategori, antara lain (Indawati et al., 2018):

1. Perbaikan administrasi, apabila hasil verifikasi menunjukkan bahwa terdapat ketidaksesuaian berkas klaim diantaranya SEP dengan sata kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INACBG'S.
2. Pinjam status, apabila ada keperluan verifikasi terkait rekam medis sehingga dokumen rekam medis dipinjam
3. Konfirmasi coding, apabila verifikasi menemukan adanya ketidaksesuaian coding yang dibuat dengan diagnosis dan hasil pemeriksaan yang ada di berkas klaim rawat inap.
4. Kelengkapan resume medis, pengembalian berkas untuk dilengkapi kembali resume medis dengan pemeriksaan fisik dan penunjang

## **2.5 Kebijakan atau SOP dalam klaim JKN**

### **2.5.1 Pengertian Standart Operasional Prosedur**

Menurut Soemohadiwidjojo (2014) Standar Operasional Prosedur (SOP) yang merupakan panduan yang digunakan untuk memastikan kegiatan operasional organisasi atau perusahaan berjalan dengan lancar. Secara luas SOP dapat diartikan sebagai dokumen yang menjabarkan aktivitas operasioanal sebuah organisasi. Sedangkan dalam arti sempit SOP merupakan salah satu jenis dokumen dalam sebuah sistem tata kerja yang digunakan untuk mengatur kegiatan operasional antar bagian atau fungsi dalam sebuah organisasi agar kegiatan tersebut dapat terlaksana secara sistemik. Penggunaan SOP dalam organisai bertujuan untuk memastikan organisasi beroperasi secara konsisten, efektif, efisien.

## **2.6 Pengkodean dan Entri Data**

### **2.6.1 Pengertian Pengkodean dan Entri Data**

Berdasarkan Permenkes No 27 tahun 2014 tentang Juknis sistem INA CBG's, sebelum diverifikasi terdapat beberapa proses yang harus dilakukan oleh fasilitas kesehatan seperti melakukan entri data, coding dan grouping. Entry data,

pengkodean dan gruping dilakukan dengan menggunakan italic atau aplikasi INACBGs (Indonesian-Case Based Groups). Aplikasi INA-CBGs merupakan salah satu perangkat entri data pasien yang digunakan untuk melakukan italic tarif berdasarkan data yang berasal dari resume medis. Aplikasi INA-CBGs sudah terinstall dirumamh sakit yang melayani peserta JKN yaitu INA –CBGS 4.0. Untuk menggunakan aplikasi INA-CBGs, rumah sakit sudah harus memiliki kode registrasi rumah sakt yang dikeluarkan oleh Direkrtorat Jendral Bina Upaya Kesehatan , selanjutnya akan dilakukan aktifasi INA-CBGs setiap rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit serta regionalisasinya

Dalam pengelompokkan sistematika INA CBG's memakai dasar-dasar sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi luaran pelayanan, dan dengan referensi dari ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan.Kelompok tarif INA CBG's memakai sistem yang memiliki 1.075 kelompok tarif terdiri atas 786 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup atau kelompok rawat jalan. aplikasi INA CBG's akan diisi dengan group yang dilambangkan menggunakan kode numerik dan gabungan dari alfabetik berikut contoh dari sistematika kode INA CBG's :

**Kode INACBG's : K-4-17-I**

Gambar 2.6 Pengkodean INACBG's

Keterangan :

1. Digit ke 1 (alfabetik) : menggambarkan kode (CMG) *Casemix* Main Groups
2. Digit ke 2 (numerik) : menggambarkan tipe kelompok kasus (Case Groups)
3. Digit ke 3 (numerik) : menggambarkan spesifikasi kelompok kasus, dan
4. Digit ke 4 (romawi) : menggambarkan tingkat keparahan kelompok kasus.