

BAB II

TELAAH PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Menurut Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah jenis jaminan yang diberikan dalam bentuk perlindungan kesehatan, yang memungkinkan peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan serta memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar premi jaminan kesehatan atau premi jaminan kesehatannya dibayarkan oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah (Peraturan Presiden, 2018).

Kepesertaan yang terdapat pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ada 2 jenis, yaitu peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta non PBI dengan penjelasan sebagai berikut:

- a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.
- b. Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
 - 1) Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya, yang terdiri atas: pejabat negara, pimpinan dan anggota DPRD, pegawai negeri sipil, prajurit, anggota Polri, kepala desa dan perangkat desa, pegawai swasta, dan pekerjaan lainnya yang menerima gaji atau upah.
 - 2) Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan anggota keluarganya, yang terdiri atas: Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri, dan pekerjaan lainnya yang bukan penerima gaji atau upah.
 - 3) Bukan Pekerja (BP) dan anggota keluarganya, yang terdiri atas: investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, perintis

kemerdekaan, janda, duda, anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan, dan lainnya yang mampu membayar iuran.

Terdapat dua manfaat dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yaitu manfaat medis yang berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional Mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis”.

Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi:

- a. pelayanan yang tidak sesuai prosedur,
- b. fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS kesehatan,
- c. pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri,
- d. pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik/ kecantikan,
- e. pelayanan kesehatan untuk mengatasi infertilitas atau untuk mendapatkan keturunan,
- f. gangguan kesehatan akibat ketergantungan obat atau alkohol,
- g. gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri atau akibat hobi yang membahayakan diri sendiri,
- h. pengobatan alternatif

(Peraturan Presiden, 2018)

2.1.2 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan fasilitas kesehatan yang harus dikunjungi peserta BPJS Kesehatan/JKN untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Pelayanan di FKTP ini gratis dan ditanggung pemerintah apabila telah terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan. Berikut ini contoh fasilitas kesehatan yang masuk ke dalam jenis-jenis FKTP di Indonesia:

- a. Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota yang preseb jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Puskesmas biasanya tersedia di setiap kecamatan

atau lingkup yang lebih kecil lainnya. Fungsinya tentu saja untuk menghadirkan akses kesehatan yang merata untuk masyarakat.

b. Klinik

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan umum yang memberikan pelayanan medis dasar atau spesialistik dengan jumlah tenaga medis lebih dari satu. Tenaga medis yang dimaksud adalah dokter dan dokter spesialis. Klinik dibagi menjadi dua, yaitu klinik pratama dan klinik utama. Perbedaan klinik utama dan pratama terdapat pada pelayanannya. Klinik pratama hanya melayani pelayanan medis dasar, sedangkan klinik utama melayani pelayanan medis dasar dan spesialistik.

c. Praktek dokter umum

Dokter umum merupakan tenaga medis yang memberikan pelayanan kesehatan atas masalah-masalah kesehatan dan gejala yang umum dialami pasien. Seorang dokter umum bisa melakukan praktik di klinik, puskesmas, rumah sakit, atau membuka praktek sendiri.

d. Praktek dokter gigi

Jika dokter umum menangani permasalahan medis dan gejala umum yang dialami pasien, dokter gigi khusus menangani permasalahan gigi dan mulut. Seorang dokter gigi bisa bekerja di puskesmas, klinik, dan rumah sakit. Namun, mereka juga dipersilakan untuk membuka praktik sendiri.

e. RS Kelas D Pratama

Berdasarkan peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 24 tahun 2014, RS Kelas D Pratama adalah rumah sakit umum yang menyediakan layanan perawatan kelas 3. Fungsinya untuk meningkatkan akses bagi masyarakat dalam rangka menjamin upaya pelayanan kesehatan perorangan dengan bentuk pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, serta pelayanan lainnya (Budi, 2020).

FKTP memiliki cakupan pelayanan medis yang sangat luas, termasuk rawat jalan dan rawat inap. Berikut ini cakupan pelayanan medis di FKTP:

1. Rawat jalan tingkat pertama

Layanan medis rawat jalan tingkat pertama ini meliputi segala pelayanan administrasi dan pelayanan promotif preventif. Pelayanan administrasi yang ditanggung BPJS di FKTP, di antaranya biaya administrasi pendaftaran sampai biaya penerbitan surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan. Sementara pelayanan promotif preventif meliputi penyuluhan kesehatan, penyuluhan faktor risiko penyakit, dan penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat.

2. Rawat inap pertama

Cakupannya sama dengan pelayanan rawat jalan tingkat pertama, tapi ditambahkan dengan fasilitas akomodasi (bila diperlukan) bagi pasien sesuai dengan indikasi medis yang dialami.

3. Layanan imunisasi dasar

Fasilitas kesehatan ini turut melayani tindakan medis imunisasi, termasuk imunisasi Tetanus, Hepatitis-B, Polio, dan Campak.

4. Layanan konsultasi Keluarga Berencana

Layanan keluarga berencana yang meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi. Seluruh pemberian vaksin dan alat kontrasepsi dasar ditanggung BPJS. Kecuali untuk kegiatan pelayanan pemasangan IUD dan suntik di daerah perifer.

5. Layanan skrining kesehatan

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama juga melayani pengecekan atau skrining kesehatan. Tujuan dari skrining itu sendiri adalah untuk mengetahui risiko penyakit sebagai upaya pencegahan dampak lanjutannya. Skrining dilakukan bila ada gejala medis yang dialami. Skrining meliputi diabetes mellitus tipe 2, hipertensi, kanker leher rahim, kanker payudara, dan penyakit lainnya.

6. Pelayanan darah sesuai indikasi medis

Pelayanan darah yang dilakukan harus memenuhi indikasi medis pelayanan transfusi darah. Contoh kasusnya adalah kegawatdaruratan demi keselamatan pasien, seperti transfusi darah saat proses persalinan dan kecelakaan (Budi, 2020).

A. Berikut prosedur rawat jalan di FKTP:

1. Kunjungi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang telah didaftar sesuai kartu BPJS Kesehatan.
2. Tunjukkan KTP dan atau nomor identitas peserta BPJS Kesehatan atau JKN.
3. Mendapatkan pelayanan kesehatan.
4. Jika memerlukan pelayanan rujukan, tenaga medis akan memberikan surat rujukan.

B. Berikut prosedur rawat inap di FKTP:

1. Kunjungi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang telah didaftar sesuai kartu BPJS Kesehatan.
2. Tunjukkan KTP dan atau nomor identitas peserta BPJS Kesehatan atau JKN.
3. Mendapatkan pelayanan kesehatan.
4. Tenaga medis akan menginformasikan kondisi medis apabila membutuhkan rawat inap.
5. Pasien JKN menjalani rawat inap hingga kondisi membaik.
6. Jika faskes tidak memiliki pelayanan rawat inap, maka akan dirujuk ke faskes tingkat lanjut (Budi, 2020).

2.1.3 Administrasi Klaim

Menurut Peraturan BPJS Kesehatan No.7 Tahun 2018, administrasi pengajuan klaim pembayaran manfaat di Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan meliputi klaim pembayaran manfaat pelayanan kesehatan di FKTP dan FKRTL (Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun, 2018).

1. Adapun kelengkapan administrasi klaim manfaat pelayanan kesehatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah sebagai berikut:
 - a. Kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
 - 1) formulir pengajuan klaim (FPK) yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang;
 - 2) rekapitulasi pelayanan;
 - 3) kuitansi asli bermaterai; dan
 - 4) surat tanggungjawab mutlak bermaterai yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang
 - b. Kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
 - 1) bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga; dan
 - 2) kelengkapan pendukung yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim
2. Adapun kelengkapan administrasi klaim manfaat pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKRTL) adalah sebagai berikut:
 - a. Kelengkapan administrasi umum yang terdiri atas:
 - 1) surat pengajuan klaim yang ditandatangani oleh pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat direktur yang diberi kewenangan;
 - 2) kuitansi asli bermaterai; dan
 - 3) surat tanggungjawab mutlak bermaterai yang ditandatangani oleh pimpinan FKRTL atau pejabat setingkat direktur yang diberi kewenangan.

- b. Kelengkapan administrasi khusus yang terdiri atas:
 - 1) bukti pendukung pelayanan; dan
 - 2) kelengkapan lain yang dipersyaratkan dalam masing-masing tagihan klaim.

(Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun, 2018)

2.1.4 Sistem Pembayaran Manfaat Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran manfaat jaminan kesehatan kepada FKTP secara pra upaya atau kapitasi berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar di FKTP dan non kapitasi berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran perkapita perbulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan, jadi semakin banyak peserta BPJS yang terdaftar pada suatu FKTP maka akan semakin besar pembayaran yang diberikan oleh BPJS kepada FKTP tersebut. Pembayaran kapitasi kepada FKTP dilakukan oleh BPJS Kesehatan setiap bulan paling lambat tanggal 15 bulan berjalan (BPJS Kesehatan, 2015).

1. Standar tarif kapitasi mencakup pelayanan, sebagai berikut:
 - a. administrasi pelayanan;
 - b. promotif dan preventif perorangan;
 - c. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 - d. tindakan medis non spesialisik;
 - e. kesehatan gigi non spesialisik;
 - f. obat dan bahan medis habis pakai;
 - g. pemeriksaan penunjang diagnostik tingkat pratama;
 - h. pelayanan kesehatan melalui pemanfaatan teknologi komunikasi dan informasi, meliputi telekonsultasi, promotif, dan preventif antara FKTP dan peserta terdaftar;

- i. pelayanan Keluarga Berencana mencakup konseling, pemberian pil, dan kondom;
- j. imunisasi rutin;
- k. pemeriksaan fisik balita untuk stunting dan wasting; dan
- l. skrining kesehatan (Kemenkes RI, 2023).

Tarif Non Kapitasi adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan, jadi semakin banyak pelayanan yang dilakukan FKTP, maka akan semakin besar pembayaran yang diberikan BPJS. Pembayaran klaim non kapitasi pelayanan JKN oleh BPJS Kesehatan di FKTP milik pemerintah daerah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku (Kemenkes RI, 2023).

2. Standar tarif non kapitasi mencakup pelayanan, sebagai berikut:
 - a. pelayanan ambulans
 - b. pelayanan obat program rujuk balik;
 - c. pelayanan pemeriksaan penunjang pada program pengelolaan penyakit kronis;
 - d. skrining kesehatan tertentu termasuk :
 - 1) pemeriksaan *inspeksi visual asam asetat* (IVA-test) untuk penyakit kanker leher rahim
 - 2) pemeriksaan *pap smear* untuk penyakit kanker leher rahim;
 - 3) pemeriksaan gula darah untuk penyakit diabetes mellitus;
 - 4) pemeriksaan darah lengkap dan apus darah tepi untuk penyakit thalassemia; dan
 - 5) pemeriksaan *rectal touche* dan darah samar feses untuk penyakit kanker usus.
 - e. pelayanan terapi krio untuk kanker leher rahim
 - f. pelayanan RITP sesuai indikasi medis
 - g. pelayanan kebidanan dan neonatal, termasuk pengambilan sampel Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) yang dilakukan oleh bidan atau dokter, sesuai kompetensi dan kewenangannya;

- h. pelayanan kontrasepsi;
- i. pelayanan gawat darurat pada FKTP yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan; dan
- j. pelayanan prothesa gigi (Kemenkes RI, 2023).

Menurut Perpres RI Tahun 2018, terdapat ketentuan dalam pengajuan Klaim di FKTP, yaitu:

- a) BPJS Kesehatan wajib membayar kapitasi kepada FKTP paling lambat tanggal 15 setiap bulan berjalan
- b) FKTP mengajukan klaim non kapitasi kepada BPJS Kesehatan secara periodik dan lengkap
- c) BPJS Kesehatan wajib membayar kepada FKTP berdasarkan klaim yang diajukan dan telah diverifikasi paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak berkas klaim dinyatakan lengkap
- d) Dalam hal pembayaran jika jatuh pada hari libur maka pembayaran pada FKTP dilakukan pada hari kerja berikutnya
- e) Dalam hal BPJS Kesehatan tidak melakukan pembayaran sesuai waktu yang ditentukan, BPJS Kesehatan wajib membayar denda kepada FKTP yaitu sebesar 1% (satu persen) dari jumlah yang harus dibayarkan untuk setiap 1 (satu) bulan keterlambatan (Peraturan Presiden, 2018).

3. Kadaluarsa Klaim

a. Klaim Kolektif

Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah maupun Swasta, baik Tingkat Pertama maupun Tingkat Lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.

b. Klaim Perorangan

Batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus (BPJS Kesehatan, 2015).

2.1.5 Penelitian Terkait Sebelumnya

Berdasarkan jurnal penelitian Heri Kusniawan, dkk. (2021) mengenai pengajuan klaim BPJS Kesehatan non kapitasi Puskesmas Nanggulan Kabupaten Kulon Progo yang masih terdapat kendala yaitu klaim yang dilakukan hanya klaim persalinan, hal tersebut dikarenakan kurangnya SDM petugas klaim, masih ditemukan berkas klaim yang tidak lengkap, dan sering terjadi gagal bridging antara SIMPUS dengan aplikasi Pcare yang berpengaruh pada *print out* Pcare. Adanya permasalahan pada proses verifikasi berkas klaim non kapitasi di Puskesmas Nanggulan yaitu kurangnya persyaratan pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan yang menyebabkan pengajuan klaim menjadi terhambat dan dana klaim non kapitasi BPJS Kesehatan kepada Puskesmas Nanggulan cairnya lama (Kusniawan et al., 2021)

Menurut hasil penelitian Chamy, dkk. (2022), yaitu tentang analisis manajemen input pelaksanaan prosedur klaim Non Kapitasi Peserta JKN-KIS di Puskesmas Pasar Kuok. Tercatat Puskesmas Pasar Kuok sering terlambat dalam mengajukan klaim non kapitasi pada bulan berikutnya dari bulan pelayanan dibandingkan Puskesmas lain di wilayah kerja Kantor Kabupaten Pesisir Selatan. Hasil penelitian ini tidak adanya petugas khusus dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi, karena petugas juga merupakan perawat pelaksana yang berdinam sesuai dengan shiftnya. Sarana dan prasarana masih ada kendala terkait jaringan. Kondisi tersebut akan mengakibatkan pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan juga terlambat, yang mana sesuai regulasinya pengajuan klaim dilakukan secara periodik, sebelum tanggal 10 bulan berikutnya (Rahmatika et al., 2022).

Menurut hasil penelitian Yuliva, dkk. (2018), mengenai analisis pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi Puskesmas BPJS Kesehatan Kota Padang. Rumitnya proses pengajuan klaim non kapitasi dan seringnya terjadi keterlambatan pembayaran, mengakibatkan tidak teraturnya Puskesmas melakukan pengajuan klaim non kapitasi ke BPJS Kesehatan, data BPJS Kesehatan Cabang Padang menunjukkan bahwa dari 22 Puskesmas di Kota Padang terdapat 10 Puskesmas yang tidak mengajukan klaim non kapitasi selama 3 bulan berturut-turut. Hasil penelitian tersebut didapatkan jumlah petugas entri Puskesmas masih belum cukup,

verifikator bidang PMP belum mencukupi namun staf keuangan BPJS Kesehatan Cabang Padang sudah mencukupi. Sarana dan prasarana dalam prosedur klaim non kapitasi Puskesmas sudah lengkap dan metode sesuai dengan SOP dan Perjanjian Kerja Sama. Proses melengkapi berkas klaim belum berjalan dengan baik, klaim yang diserahkan tidak lengkap dan sering terlambat. Masih ada berkas klaim yang tidak lolos proses verifikasi, saat proses verifikasi ulang masih ditemukan berkas yang tidak lengkap dan salah. Persetujuan klaim tertunda saat kepala cabang tidak ditempat. Secara keseluruhan, mekanisme prosedur klaim sudah dilaksanakan sesuai dengan pedoman atau bisnis proses yang ada, dalam pelaksanaannya sudah berjalan dengan baik dan lancar namun masih ada sedikit kendala (Yuliva et al., 2018).

Berdasarkan *Guidelines Book Klaim Non Kapitasi dan PromPrev BPJS Kesehatan Kantor Cabang Malang*, pengelompokan jenis klaim non kapitasi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), yaitu: klaim rawat jalan (ANC, PNC, KB, ambulance, pra rujukan, prothesa gigi), klaim rawat inap (rawat inap dan persalinan), dan obat PRB. Masa kadaluarsa klaim non kapitasi yaitu 6 (enam) bulan. Adapun ketentuan umum dalam pengajuan klaim non kapitasi ini adalah klaim non kapitasi diajukan kepada Kantor Cabang BPJS Kesehatan/Kantor Operasional Kabupaten/Kota sesuai mapping, pengajuan klaim non kapitasi yang telah dilakukan oleh FKTP diajukan secara kolektif dan rutin setiap bulan, FKTP wajib melakukan entry pelayanan yang telah diberikan kepada peserta melalui aplikasi BPJS Kesehatan sampai dengan selesai dan FKTP wajib melakukan scan berkas klaim sebagai arsip masing-masing FKTP (Hastuty, 2023). Pengajuan klaim non kapitasi maksimal tanggal 10 setiap bulannya, jika pada tanggal 10 jatuh pada hari libur maka diajukan pada hari kerja berikutnya. Berikut pengelolaan administrasi klaim umum fasilitas kesehatan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN):

1. Kuitansi asli dengan tanda tangan dan stempel basah FKTP (rangkap 3):
 - a) Bermaterai 10.000 jika nilai klaim diatas 5 juta rupiah
 - b) Tanpa materai jika nilai klaim dibawah 5 juta

2. Formulir pengajuan klaim (FPK) yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang (rangkap 3)
 3. Rekap manual yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang (rangkap 3)
 4. Surat tanggungjawab mutlak bermaterai 10.000 yang ditandatangani oleh Pimpinan FKTP atau pejabat lain yang diberi wewenang (Hastuty, 2023).
- a. Kelengkapan administrasi khusus klaim pelayanan RITP per pasien, antara lain:
- 1) Surat Pernyataan Pelayanan (SPP) keluaran aplikasi PCARE yang sudah ditandatangani oleh peserta atau keluarga pasien
 - 2) Formulir Klaim Pelayanan Primer (FKPP) keluaran aplikasi PCARE yang ditandatangani oleh tenaga medis
 - 3) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga
 - 4) Surat perintah rawat inap yang ditandatangani oleh pasien dan tenaga medis
 - 5) Resume medis pasien yang berisikan lengkap identitas pasien, tanggal dan jam masuk rawat inap, kondisi medis dan penanganan pasien, dan status pulang pasien, serta ditandatangani oleh tenaga medis yang bertanggung jawab (DPJP)
 - 6) Catatan/observasi jika diperlukan
- b. Kelengkapan administrasi khusus klaim pelayanan persalinan per pasien, antara lain:
- 1) Surat Pernyataan Pelayanan (SPP) keluaran aplikasi PCARE yang sudah ditandatangani oleh peserta atau keluarga pasien
 - 2) Formulir Klaim Pelayanan Primer (FKPP) keluaran aplikasi PCARE yang ditandatangani oleh tenaga medis
 - 3) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga dan tenaga medis
 - 4) Resume medis pasien yang berisikan lengkap identitas pasien, tanggal dan jam masuk persalinan, kondisi medis dan penanganan pasien, dan status pulang pasien, serta ditandatangani oleh tenaga medis
 - 5) Salinan Partograf yang lembarnya ditandatangani oleh tenaga medis

- 6) Surat keterangan lahir yang sudah ditandatangani oleh tenaga medis
- c. Kelengkapan administrasi khusus pelayanan RJTP klaim ANC per pasien, antara lain:
- 1) Surat Pernyataan Pelayanan (SPP) keluaran aplikasi PCARE yang sudah ditandatangani oleh peserta atau keluarga pasien
 - 2) Formulir Klaim Pelayanan Primer (FKPP) keluaran aplikasi PCARE yang ditandatangani oleh tenaga medis
 - 3) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga dan tenaga medis
 - 4) Salinan identitas buku KIA
 - 5) Salinan lembar ANC dari buku KIA (lembar yang terdapat HPHT harus ikut terfotocopy)
 - 6) Hasil cetak atau bacaan USG apabila ANC 1 dan 5 dilakukan USG
- d. Kelengkapan administrasi khusus pelayanan RJTP klaim PNC per pasien, antara lain:
- 1) Surat Pernyataan Pelayanan (SPP) keluaran aplikasi PCARE yang sudah ditandatangani oleh peserta atau keluarga pasien
 - 2) Formulir Klaim Pelayanan Primer (FKPP) keluaran aplikasi PCARE yang ditandatangani oleh tenaga medis
 - 3) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga dan tenaga medis
 - 4) Fotocopy identitas buku KIA dan Surat Keterangan Lahir
 - 5) Fotocopy lembar KN (Pemeriksaan Neonatus atau bayi baru lahir dari buku KIA)
 - 6) Fotocopy lembar KF (Pemeriksaan nifas dari buku KIA)
- e. Kelengkapan administrasi khusus klaim pelayanan KB per pasien, antara lain:
- 1) Surat Pernyataan Pelayanan (SPP) keluaran aplikasi PCARE yang sudah ditandatangani oleh peserta atau keluarga pasien
 - 2) Formulir Klaim Pelayanan Primer (FKPP) keluaran aplikasi PCARE yang ditandatangani oleh tenaga medis

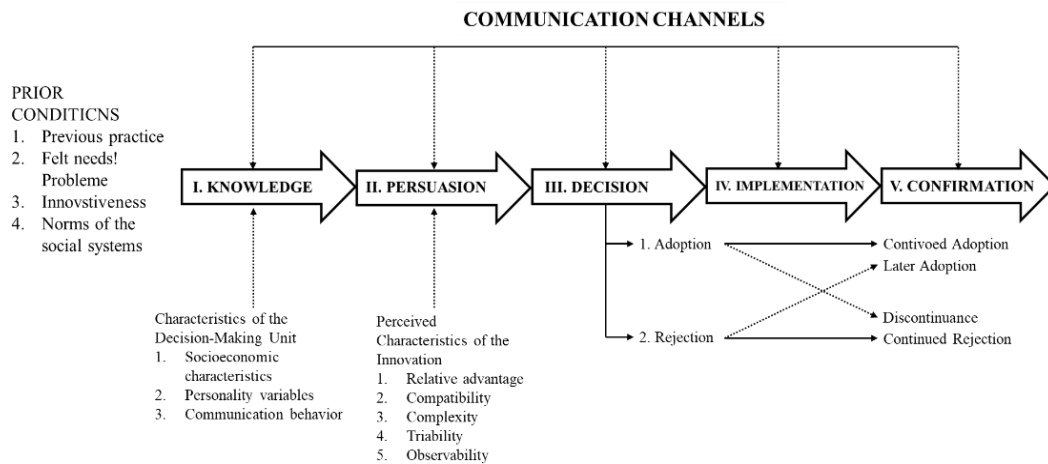
- 3) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga dan tenaga medis
 - 4) Fotocopy kartu KB (identitas pada kartu KB juga difotocopy), pastikan jelas antara tanggal periksa dan tanggal kembali pada kartu KB dan tertera pemeriksaan penunjang seperti tensi darah dan cek berat badan
- f. Kelengkapan administrasi khusus klaim pelayanan Ambulance per pasien, antara lain:
- 1) Surat Pernyataan Pelayanan (SPP) keluaran aplikasi PCARE yang sudah ditandatangani oleh peserta atau keluarga pasien
 - 2) Formulir Klaim Pelayanan Primer (FKPP) keluaran aplikasi PCARE yang ditandatangani oleh tenaga medis
 - 3) Bukti pelayanan yang berisikan:
 - a. Identitas pasien
 - b. Waktu pelayanan (hari, tanggal, jam berangkat dari fasilitas kesehatan perujuk dan jam tiba di fasilitas kesehatan tujuan)
 - c. Fasilitas kesehatan perujuk
 - d. Fasilitas kesehatan tujuan rujukan
 - e. Tandatangan dan stempel dari fasilitas kesehatan perujuk, fasilitas kesehatan penerima rujukan, dan pasien atau keluarga pasien
 - 4) Resume medis yang menunjukkan kondisi pasien saat dirujuk dan status pulang pasien pastikan adalah rujuk serta ditandatangani oleh tenaga medis
- g. Kelengkapan administrasi khusus klaim pelayanan Pra Rujukan per pasien, antara lain:
- 1) Surat Pernyataan Pelayanan (SPP) keluaran aplikasi PCARE yang sudah ditandatangani oleh peserta atau keluarga pasien
 - 2) Formulir Klaim Pelayanan Primer (FKPP) keluaran aplikasi PCARE yang ditandatangani oleh tenaga medis
 - 3) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga dan tenaga medis

- 4) Resume medis yang berisikan informasi jelas kondisi pasien saat dirujuk dan status pulang pasien pastikan rujuk serta ditandatangani oleh tenaga medis perujuk
- h. Kelengkapan administrasi khusus klaim pelayanan Prothesa Gigi per pasien, antara lain:
- 1) Formulir pernyataan pelayanan yang ditandatangani oleh peserta
 - 2) Surat keterangan memerlukan prothesa gigi
 - 3) Bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga dan tenaga medis
 - 4) Lembar data kunjungan pasien dari aplikasi PCARE yang ditandatangani oleh tenaga medis
 - 5) Legalisasi prothesa gigi
- i. Kelengkapan administrasi khusus klaim pelayanan obat PRB per pasien, antara lain:
- 1) Lembar resep obat PRB
 - 2) Bukti pendukung yang memuat informasi tentang hasil pemeriksaan penunjang diagnostik sesuai dengan restriksi obat menurut Formularium Nasional (FORNAS) (Hastuty, 2023).

2.2 Kerangka Teori dan Konsep

2.2.1 Kerangka Teori

Dalam kerangka teori proyek akhir ini menggunakan teori difusi inovasi yang dikembangkan Everett M Rogers dikenal luas sebagai teori yang membahas keputusan inovasi. Melalui buku *Diffusion of Innovation (DOI)*, Rogers (1983) menawarkan konsep difusi inovasi berikut kecepatan sebuah sistem sosial menerima ide-ide baru yang ditawarkan sebuah inovasi (Candra, dkk., n.d.).



Gambar 2.1 Kerangka Teori Difusi Inovasi Everett M Rogers (1983)

Ada tiga konsep utama yang dibahas Rogers dalam *Diffusion Of Innovation*, yakni inovasi, difusi, dan adopsi. Inovasi artinya sebuah ide, praktik atau objek yang dipersepsikan sebagai sesuatu yang baru oleh individu. Sedangkan difusi merupakan proses mengkomunikasikan sebuah inovasi melalui saluran komunikasi tertentu dalam waktu tertentu kepada anggota sistem sosial. Adopsi akan terjadi ketika individu menggunakan secara penuh sebuah inovasi ke dalam praktek sebagai pilihan terbaik (Rogers, 1983). Dari pengalaman di lapangan ternyata proses adopsi tidak berhenti segera setelah suatu inovasi diterima atau ditolak. Kondisi ini akan berubah lagi sebagai akibat dari pengaruh lingkungan penerima adopsi. Oleh sebab itu, Rogers merevisi kembali teorinya tentang proses keputusan inovasi sebagai berikut:

a) *Knowledge*

Dalam tahap ini, seseorang belum memiliki informasi mengenai inovasi baru.

b) *Persuasion*

Tahap ini individu tertarik pada inovasi dan aktif mencari informasi/detail mengenai inovasi. Tahap kedua ini terjadi lebih banyak dalam tingkat pemikiran calon pengguna.

c) Decision

Pada tahap ini individu mengambil konsep inovasi dan menimbang keuntungan/kerugian dari menggunakan inovasi dan memutuskan apakah akan mengadopsi atau menolak inovasi.

d) Implementation

Tahap implementasi dari proses keputusan inovasi terjadi apabila seseorang menerapkan inovasi. Dalam tahap implementasi ini berlangsung keaktifan baik mental maupun perbuatan.

e) Confirmation

Dalam tahap konfirmasi ini seseorang mencari penguatan terhadap keputusan yang telah diambilnya, dan ia dapat menarik kembali keputusannya jika memang diperoleh informasi yang bertentangan dengan informasi semula (Wibowo, 2019).

Dalam konteks difusi inovasi menuju adopsi final itulah Rogers (1983) menawarkan karakteristik yang dapat membantu mengurangi ketidakpastian tentang inovasi sehingga mempengaruhi tingkat adopsi seseorang terhadap produk baru. Faktor karakteristik inovasi ini dapat mempengaruhi individu atau sistem sosial terhadap tingkat adopsi atau *rate of adoption* atau kecepatan relatif sebuah inovasi itu diadopsi oleh anggota sistem sosial. Adapun lima karakteristik inovasi yang ditawarkan Rogers (1983) tersebut itu adalah:

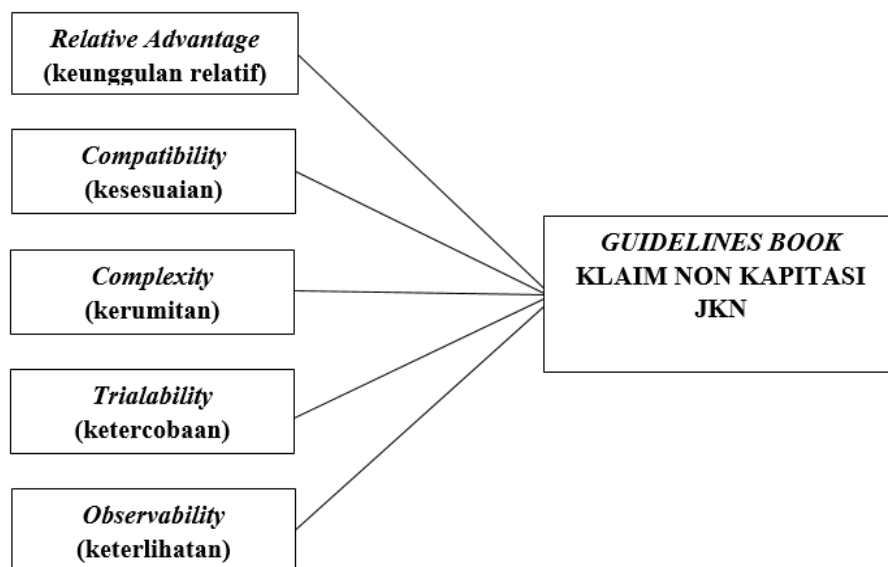
1. *Relative advantage* (keunggulan relatif), yaitu kadar atau tingkat sebuah inovasi dipersepsikan lebih baik daripada ide inovasi sebelumnya
2. *Compatibility* (kesesuaian) atau merupakan derajat sebuah inovasi itu dipersepsikan sesuai dengan nilai-nilai yang sudah ada, pengalaman masa lalu, serta sesuai dengan kebutuhan orang-orang yang potensial sebagai pengadopsi.
3. *Complexity* (kerumitan) merupakan tingkat sebuah inovasi itu dipersepsikan sulit untuk dipahami atau digunakan.
4. *Trialability* (ketercobaan) atau derajat sebuah inovasi dapat dieksperimenkan pada lingkup terbatas.

5. *Observability* (keterlihatan) merupakan tingkat dimana sebuah inovasi itu dapat terlihat bagi orang lain.

Lima karakteristik inovasi itu, menurut Rogers (1983), dalam proses keputusan inovasi berada tahap *persuasion stage* (tahap persuasi) yang akan sangat penting perannya dalam keputusan inovasi (Rieka Yulita Widaswara, 2019).

2.2.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada proyek akhir ini menjelaskan bahwa penulis akan menggunakan 5 variabel teori difusi inovasi menurut Everett M Rogers, yaitu: *relative advantage* (keunggulan relatif), *compatibility* (kesesuaian), *complexity* (kerumitan), *trialability* (ketercobaan), dan *observability* (keterlihatan).



Gambar 2.2 Kerangka Konsep