

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Asuransi

Asuransi merupakan sebuah perjanjian yang dilakukan oleh dua belah pihak atau lebih dengan bertanggung mengikat diri kepada penanggung untuk memberikan penggantian atas kerugian kepada tertanggung yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti. Tujuannya untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan pada meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungjawabkan dengan kewajiban tertanggung untuk membayar premi (Presiden Republik Indonesia, 1992). Menurut Nurwidiatmo. (2008) Asuransi merupakan sebuah perlindungan yang berfungsi untuk mengalihkan dan membagi risiko dalam menghadapi kehidupan yang selalu dihadapkan dengan sesuatu yang tidak pasti dan mungkin tidak menguntungkan. Ada banyak jenis asuransi yang ada di Indonesia, berdasarkan pengelolaannya usahanya asuransi dibagi menjadi 2 yaitu (Afiffi, 2009):

1. Asuransi Sosial

Asuransi sosial Adalah sebuah program asuransi yang diselenggarakan dan bersifat wajib dimiliki oleh masyarakat yang didasarkan pada sebuah undang-undang. Tujuan asuransi sosial ini adalah untuk terpenuhinya kebutuhan dasar kesehatan bagi masyarakat (Presiden Republik Indonesia, 1992). Jenis asuransi ini hanya dapat dikelola oleh Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang memiliki fungsi dan tugas sebagai penyelenggara yang dituangkan dalam peraturan pemerintah yang tidak diperlukannya izin usaha dari menteri (Presiden Republik Indonesia, 1992).

2. Asuransi Komersial

Asuransi Komersial merupakan sebuah asuransi dengan kepesertaan yang berbasis sukarela dengan tujuan utama untuk mencari keuntungan (Profitable Bussines) dengan menjual produk sesuai dengan kemauan masyarakat (Syifa S Mukrima, 2017). Asuransi komersial lebih ditujukan untuk pemenuhan kebutuhan

perlindungan atas risiko pribadi akibat kerugian yang dihadapi oleh tertanggung dengan tujuan agar dapat memperoleh ganti rugi dan lebih mengarah pada kepentingan ekonomi. (Suryono, 2009).

2.2 Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan sebuah perlindungan kepada peserta dalam bentuk perlindungan kesehatan dalam pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah Pusat maupun Pemerintah daerah (Presiden Republik Indonesia, 2018). Jaminan Kesehatan nasional(JKN) merupakan sebuah bentuk jaminan kepada seluruh masyarakat yang telah membayar iuran dengan tujuan untuk pemenuhan kebutuhan kesehatan yang rentan pada permasalahan kesehatan dan kemudahan dalam mengakses layanan-layanan kesehatan yang ada sehingga dapat meningkatkan kualitas kesehatan baik secara individu maupun kelompok. (Menteri Kesehatan RI, 2019). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat (BPJS Kesehatan) adalah badan yang memiliki fungsi dalam menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan berstatus sebagai badan hukum publik. BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional berdasarkan prinsip(Presiden Republik Indonesia, 2011):

- a. Kegotongroyongan
- b. Nirlaba
- c. Keterbukaan
- d. Kehati-hatian
- e. Akuntabilitas
- f. Protabilitas
- g. Kepesertaan bersifat wajib
- h. Dana amanat,dan
- i. Hasil pengelolaan dana Jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Jaminan kesehatan Nasional dalam pelaksanaannya membutuhkan pelayanan yang memiliki mutu tinggi, terjangkau bagi masyarakat dan aman yang dilakukan melalui sebuah mekanisme Asuransi Sosial yang bersifat wajib (Mandatory) serta jaminan kesehatan secara menyeluruh dengan cakupan pelayanan Promotif, Preventif, seta Kuratif dan rehabilitatif dengan tujuan untuk membantu mengurangi pengeluaran masyarakat dalam biaya kesehatan (Khopsoh, 2019).

2.3 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah Fasilitas yang menyediakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialistik primer yang meliputi pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap. Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan menyelenggarakan pelayanan berupa pelayanan kesehatan Promotif, Preventif Kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan pelayanan darurat medis termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laborat sederhana dan pelayanan kefarmasian sesuai dengan peraturan perundang-undangan(Menteri Kesehatan RI, 2013). Menurut (Mujiati & Yuniar, 2017) Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat yang memiliki fungsi sebagai kontak pertama dari pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ketika berobat dan berdampak besar dalam status kesehatan masyarakat. Adapun yang termasuk Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama menurut (Menteri Kesehatan RI, 2013) dapat berupa :

- a. Puskesmas atau yang setara
- b. Praktek dokter
- c. Praktek dokter gigi
- d. Klinik pratama atau yang setara
- e. Rumah sakit kelas D pratama atau yang setara

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan harus memenuhi persyaratan yang telah ditentukan dan perjanjian kerjasama BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dilakukan antara pimpinan yang berwenang pada BPJS

Kesehatan dengan mempertimbangkan kecukupan antara jumlah fasilitas kesehatan dengan jumlah peserta yang harus dilayani (Menteri Kesehatan RI, 2013)

2.4 Klinik Pratama

Klinik merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan dengan pelayanan medis dasar dan atau spesialistik yang diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis (Menteri Kesehatan RI, 2011). Berdasarkan jenis pelayanannya klinik dibagi menjadi 2 yaitu klinik pratama dan klinik utama. Klinik pratama merupakan klinik yang menyelenggarakan pelayanan medik dasar yang dipimpin oleh seorang dokter umum dan dapat dimiliki badan usaha juga perorangan, sedangkan klinik utama menyelenggarakan pelayanan medik spesialistik atau pelayanan medik dasar dan spesialistik. Dengan perizinan yang hanya dapat dimiliki oleh sebuah Badan usaha berupa CV, atau PT. (Mayssara A. Abo Hassanin Supervised, 2014).

Kewajiban dari klinik diatur dalam (Menteri Kesehatan RI, 2014) antara lain :

- a. Memberikan pelayanan yang aman dan berkualitas dengan mementingkan kepentingan pasien sesuai dengan standar profesi, serta standar pelayanan dan standar prosedur operasional yang ada
- b. Memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kemampuan dengan mengutamakan kepentingan pasien
- c. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan
- d. Memiliki peraturan internal
- e. Melakukan kendali mutu atas kendali biaya
- f. Memperoleh persetujuan atas tindakan medis
- g. Menyelenggarakan rekam medis
- h. Melakukan sistem rujukan
- i. Menghormati hak pasien
- j. Menolak keinginan pasien yang tidak sesuai dengan standar profesi, etika dan peraturan yang ada

2.5 Sistem Pembayaran Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Sistem pembayaran merupakan sebuah sistem yang berisi seperangkat aturan yang timbul akibat adanya kontrak/perjanjian tentang sebuah mekanisme operasional yang digunakan untuk memenuhi kewajiban pembayaran melalui pertukaran nilai antar individu maupun sebuah instansi lainnya (BI Institute, 2020). Sistem pembayaran pada fasilitas kesehatan adalah sebuah nilai pertimbangan yang ditetapkan dengan sejumlah ukuran dimana berdasarkan nilai tersebut FKTP bersedia untuk memberikan jasa berupa pelayanan kesehatan terhadap pasien. Untuk mengukur nilai tersebut maka dibentuklah sebuah tarif yang telah ditetapkan sebagai ukuran sejumlah nilai atas pelayanan yang diberikan (SUPRIHATI, 2021).

Tarif pada suatu fasilitas kesehatan merupakan salah satu aspek yang penting baik untuk fasilitas kesehatan swasta atau rumah sakit pemerintah. Pada rumah sakit milik swasta tarif pelayanan kesehatan ditentukan sendiri dengan tetap memperhatikan asas gotong royong, adil dengan mengutamakan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah dan tidak mengutamakan untuk mencari keuntungan (Menteri Kesehatan RI, 2015). Diatur dalam (Menteri Kesehatan RI, 2023) Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) BPJS Kesehatan membayar Fasilitas kesehatan dengan besaran tarif pelayanan kesehatan dengan menggunakan standar tarif kapitasi dan tarif non kapitasi.

Tarif kapitasi merupakan besaran pembayaran per bulan yang dibayarkan dengan sistem pembayaran dimuka oleh BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan. tarif kapitasi ditetapkan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan kesepakatan dengan asosiasi faskes. (Menteri Kesehatan RI, 2023) Tarif non Kapitasi adalah pembayaran Fasilitas Kesehatan tingkat Pertama (FKTP) oleh BPJS Kesehatan yang didasarkan pada jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.

2.6 Klaim Non Kapitasi pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Tarif Non Kapitasi Merupakan salah satu sistem pembayaran yang ada pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang pembayarannya didasarkan pada klaim yang disetor berkala per bulan berdasarkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh FKTP kepada pasien (Menteri Kesehatan RI, 2023). Adapun yang termasuk dalam tarif Non Kapitasi pada (Menteri Kesehatan RI, 2023) adalah

1. Pelayanan ambulans

Pelayanan ambulans diberikan pada pelayanan ambulans baik laut maupun udara untuk kondisi tertentu dari FKTP ke FKTP lain dan juga ke FKRTL. Tarif ditentukan oleh pemerintah daerah setempat.

2. Pelayanan obat program rujuk balik untuk penyakit kronis seperti : diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), epilepsi, gangguan kesehatan jiwa kronik, Stroke, sindroma Lupus Eritematosus (SLE) dan penyakit lain yang ditetapkan oleh menteri

3. Pelayanan pemeriksaan penunjang pada program penyakit kronis berupa

- a. Pemeriksaan gula darah sewaktu sesuai indikasi medis
- b. Pemeriksaan gula darah puasa (GDP) 1 bulan sebanyak 1 kali
- c. Pemeriksaan gula darah Post Prandial (GDPP) 1 bulan sebanyak 1 kali
- d. Pemeriksaan HbA1c 3-6 bulan 1 kali
- e. Pemeriksaan kimia darah 2 kali dalam 1 tahun yang meliputi
 1. Ureum
 2. Kreatinin
 3. Kolesterol total
 4. Kolesterol LDL
 5. Kolesterol HDL
 6. Trigliserida
- f. Pemeriksaan urin analisis microalbuminuria sebanyak 2 kali dalam 1 tahun

4. Skrining kesehatan tertentu termasuk :
 - a. Pemeriksaan inspeksi visual asam asetat (pemeriksaan IVA-Test) untuk penyakit kanker leher rahim
 - b. Pemeriksaan pap smear untuk penyakit leher rahim
 - c. Pemeriksaan gula darah untuk penyakit diabetes melitus
 - d. Pemeriksaan darah lengkap dan apus darah tepi untuk penyakit Thalasemia dan
 - e. Pemeriksaan rectal touche dan darah samar feses untuk penyakit kanker usus
5. Pelayanan terapi krio untuk leher rahim
6. Pelayanan rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi medis
7. Pelayanan kebidanan dan neonatal yang diberikan terhadap pelayanan yang meliputi :
 - a. Masa hamil (antenatal Care)
 - b. Persalinan
 - c. Masa sesudah melahirkan (Post natal care)
 - d. Pra rujukan akibat komplikasi
8. Pelayanan kontrasepsi diberikan terhadap pelayanan yang meliputi:
 - a. Pelayanan kontrasepsi
 - b. Tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi dan
 - c. Pasca pelayanan kontrasepsi
9. Pelayanan gawat darurat pada FKTP yang belum bekerjasama dengan BPJS Kesehatan
10. Pelayanan protesa gigi

2.7 Kelengkapan Pengajuan Klaim Non Kapitasi

Klaim non kapitasi biasanya diajukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya kepada BPJS Kesehatan setempat dengan masa kadaluarsa klaim adalah 2 tahun setelah pelayanan diberikan. Pada saat proses pengajuan klaim non kapitasi sebelumnya klaim non kapitasi akan diinput melalui Aplikasi P-Care milik BPJS kesehatan dengan memenuhi persyaratan kelengkapan klaim Non kapitasi . Adapun kelengkapan pengajuan klaim non kapitasi menurut (BPJS Kesehatan, 2018) antara lain :

- a. Kelengkapan administrasi umum
 - 1. Formulir pengajuan klaim (FPK)
 - 2. Rekapitulasi pelayanan
 - 3. Kuitansi asli bermaterai
 - 4. Surat tanggung jawab mutlak
- b. Kelengkapan khusus terdiri atas :
 - 1. Bukti pelayanan yang telah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga yang bersangkutan
 - 2. Kelengkapan pendukung lain
- c. Kelengkapan pendukung pelayanan ambulans antara lain:
 - 1. Surat pengantar rujukan pasien
 - 2. Bukti pelayanan ambulance
 - 3. Stempel dan tanda tangan dari fasilitas kesehatan perujuk dan penerima rujukan
 - 4. Bukti pembayaran bila ambulans menggunakan kapal penyebrangan
- d. Kelengkapan pendukung untuk klaim ANC, PNC dan pelayanan pra rujukan antara lain:
 - 1. Salinan lembar pelayanan pada buku kesehatan ibu dan anak (KIA)
 - 2. Kartu atau keterangan pelayanan lain pengganti buku KIA
 - 3. Untuk klaim pelayanan pra rujukan komplikasi kebidanan dan neonatal dilengkapi surat keterangan rujukan sesuai kondisi medis
- e. Kelengkapan pendukung untuk klaim protesa gigi antara lain :
 - 1. Surat keterangan medis dari dokter
 - 2. Resep protesa gigi
 - 3. Lembar bukti legalisasi pelayanan keluaran BPJS Kesehatan
- f. Kelengkapan pendukung untuk klaim pelayanan keluarga berencana antara lain :
 - 1. Salinan buku keluarga berencana

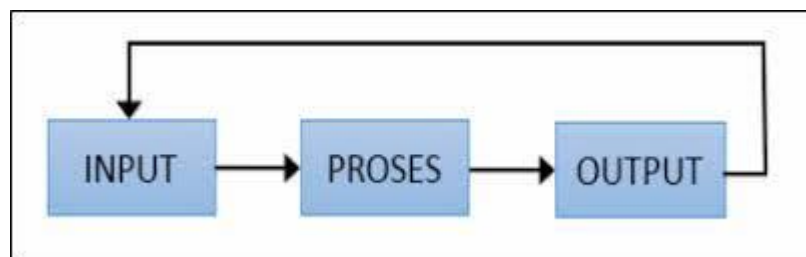
2. Salinan bukti surat persetujuan tindakan (Untuk pelayanan implant, intraurine,(IUD) dan MOP/ vasektomi)
- g. Kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) antara lain :
1. Surat perintah rawat inap
 2. Ringkasan rekam medis pasien
- h. Kelengkapan pendukung untuk laom persalinan pervagina normal, persalinan pervagina dengan tindakan emergensi dasar di puskesmas PONED, Pelayanan tindakan pasca persalinan antara lain :
1. Salinan buku KIA
 2. Kartu ibu atau keterangan pelayanan pengganti KIA
 3. Salinan partograf
 4. Keterangan/ informasi tindakan
- i. Kelengkapan pendukung untuk klaim promotif dan preventif
1. Klaim pemeriksaan penunjang rujuk balik dilengkapi dengan :
 - a) Lembar permintaan pemeriksaan lab
 - b) Rekapitulasi tagihan pelayanan lab
 - c) Salinan pemeriksaan lab
 2. Klaim skrining kesehatan untuk gula darah dilengkapi dengan :
 - a) Salinan pemeriksaan lab
 - b) Hasil skrining riwayat kesehatan luaran BPJS Kesehatan
 3. Klaim skrining kesehatan untuk pemeriksaan IVA atau pap smear dilengkapi dengan :
 - a) Rekapitulasi tagihan pelayanan
 - b) Salinan pemeriksaan IVA
 4. Klaim terapi krio dilengkapi dengan :
 - a) Rekapitulasi tagihan
 - b) Salinan pemeriksaan IVA Positif

2.8 Teori Pendekatan Sistem

Sistem merupakan sebuah kesatuan yang utuh dan berhubungan dan antara komponen satu dengan komponen lain saling mempengaruhi untuk mencapai sebuah tujuan yang telah ditetapkan. Suatu sistem merupakan

sebuah tatanan yang terdiri dari bagian (Subsistem) yang berkaitan dan ketergantungan antara satu dan lainnya untuk mencapai tujuan yang sama (Djuhaeni, 1989). Menurut Haminah & Hamidin (2017:1) dalam bukunya sistem dapat didefinisikan sebagai sebuah kumpulan elemen berupa data, jaringan kerja dari sebuah prosedur yang saling berhubungan, Sumber daya manusia, teknologi, yang membentuk sebuah kesatuan untuk mencapai tujuan/sasaran tertentu.

Syarat yang harus dipenuhi sebuah sistem adalah harus memenuhi unsur pembentuk sistem yaitu :



Gambar 2. 1 Teori Pendekatan Sistem

- a. Input merupakan sebuah data atau informasi yang dibutuhkan oleh sebuah sistem untuk selanjutnya akan diproses dengan sebuah ketentuan yang telah ditentukan. Input juga dapat diartikan sebagai segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan suatu kegiatan / implementasi sebuah program
- b. Proses merupakan sebuah proses pengolahan data menjadi sebuah informasi sesuai dengan keinginan pemakai. Proses berisi semua kegiatan sistem yang dilakukan melalui tahapan pengolahan guna mengubah input menjadi output (keluaran) yang berbentuk produk dan/jasa
- c. Output merupakan keluaran atau tujuan dari sistem yang didapat dari input dan proses yang dilakukan atau merupakan sebuah hasil dari aktifitas kegiatan atau pelayanan dari sebuah program.

Dalam sebuah sistem selalu berhubungan dengan sebuah konsep dasar manajemen. Tujuan pokok dari manajemen sendiri adalah untuk

mendapatkan sebuah cara dalam melakukan sebuah usaha dengan sebaik-baiknya dengan menggunakan sumber daya yang ada dan diperoleh hasil yang semaksimal mungkin.

Unsur dari manajemen pada sebuah sistem menurut *Harrington Emerson dalam Phiffer Jhon F dan Presthus Robert V (1960)* adalah 5M (Men, Money, Materials, Methods, Machine)

1) Man

Merujuk pada sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi. Dalam manajemen faktor ini merupakan faktor yang paling menentukan karena manusia yang membuat tujuan manusia pula yang melakukan proses untuk mencapai sebuah tujuan. Oleh karena itu manajemen timbul karena adanya orang-orang yang bekerja sama untuk mencapai sebuah tujuan. Manajemen tidak akan bergerak tanpa adanya manusia

2) Money

Merupakan aspek terpenting setelah manusia dimana dalam kegiatannya dapat dipastikan akan membutuhkan uang. Uang merupakan alat dalam mencapai tujuan karena segala sesuatu harus diperhitungkan secara rasional

3) Materials

Bahan-bahan juga penting dalam manajemen. Sebab materi dan manusia merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan tanpa adanya materi maka tidak akan tercapai hasil yang akan dikehendaki.

4) Machines

Penggunaan mesin akan berkembang sejalan dengan perkembangan teknologi. Penggunaan mesin biasanya dilakukan untuk mencapai efisiensi kerja dimana mesin akan mempermudah, memperlancar dan mempercepat proses kerja guna mendapatkan keuntungan maksimal

5) Methods

Metode merupakan cara pelaksanaan kerja. Sebuah metode dapat dinyatakan sebagai penetapan cara pelaksanaan kerja suatu tugas

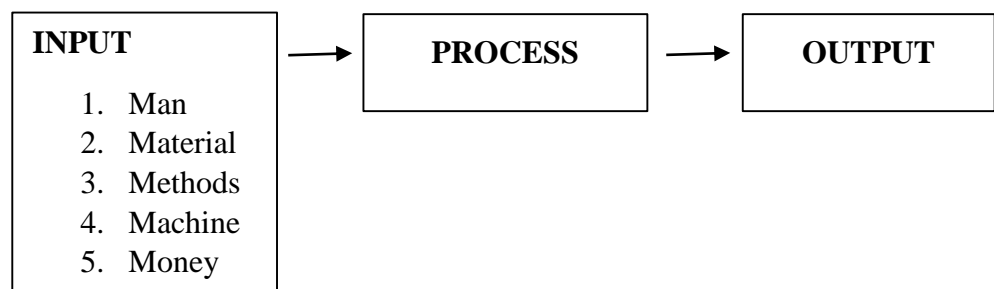
dengan memberikan pertimbangan kepada sasaran, fasilitas dan penggunaan waktu serta uang dalam jalannya sebuah kegiatan.

2.9 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar Operasional prosedur (SOP) adalah sebuah sistem yang berisi panduan yang disusun untuk memudahkan, merapikan dan menertibkan sebuah pekerjaan. Sistem ini biasanya berisi urutan proses melakukan pekerjaan dari awal hingga akhir. SOP juga dapat diartikan sebagai serangkaian instruksi yang tertulis mengenai suatu proses penyelenggaraan sebuah aktivitas tentang bagaimana, kapan, dimana, dan oleh siapa (Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi, 2012)

Standar Operasional Prosedur (SOP) biasanya dicirikan dengan pelaksana prosedur yang berisi mengenai cara melakukan sebuah pekerjaan atau sebuah langkah yang lebih rinci. SOP biasanya diterapkan dalam penyelenggaraan administrasi, pemeliharaan sarana dan prasarana, keuangan, kearsipan, respondensi, dokumentasi, pelayanan, hingga pelayanan kepada masyarakat (SUPRIHATI, 2021)

2.10 Kerangka Teori



Gambar 2. 2 Kerangka Teori

Sumber : Modifikasi Teori (Hamidin, 2017) , (Mutia, 2016), dan Harrington Emerson dalam Phiffner John F dan Presthus Robert V(1960)

2.11 Kerangka Konsep

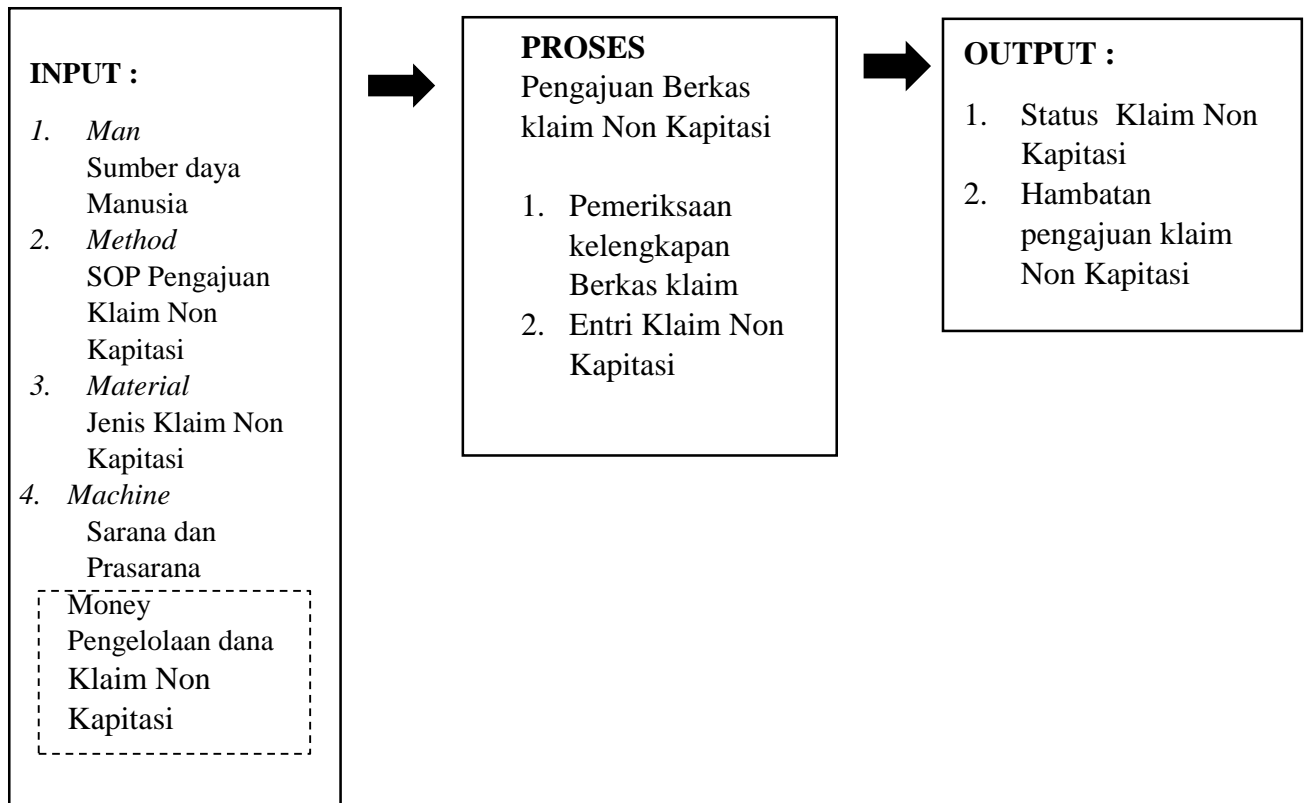
Sesuai dengan Tujuan penelitian ini yaitu menganalisis pengajuan klaim Non Kapitasi di BP Poliklinik IHC Watoetoelis maka penjabarannya akan dilakukan dengan pendekatan sistem dari Haminah & Hamidin

(2017:1). Pada input akan diteliti 4M yaitu (*Man, Method, Material dan Machine*) dimana Man merupakan Sumber Daya Manusia yang terlibat dalam Pengajuan Klaim Non Kapitasi, Methode menggambarkan Standar Operasional Prosedur yang ada pada pengajuan Klaim Non Kapitasi, Material adalah Jenis Klaim Non Kapitasi dan Machine adalah Sarana & Prasarana yang digunakan dalam Proses pengajuan Klaim Non Kapitasi pada BP Poliklinik IHC Watoetoelis. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Chamy et al, (2022) yang penelitiannya menggunakan unsur-unsur tersebut untuk menganalisis prosedur Klaim Non Kapitasi Peserta JKN-KIS. Namun pada penelitian ini tidak meneliti tentang aspek Money yaitu pengelolaan Dana Klaim Non Kapitasi Pada BP Poliklinik IHC Watoetoelis.

Pada tahapan Proses berfokus pada Kelengkapan Berkas Klaim Non Kapitasi dan Proses entri Klaim Non Kapitasi pada BP Poliklinik IHC Watoetoelis yang bersumber dari Tata cara Entri Klaim Non kapitasi Pada FKTP yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan. (2019) tentang Materi Sosialisasi E-Claim P Care. Untuk kelengkapan berkas Klaim Non kapitasi mengacu Pada Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Output berfokus pada keluaran P-Care berupa Status Klaim Non Kapitasi setelah dilakukan Proses Verifikasi oleh BPJS Kesehatan Untuk melihat gambaran akurasi klaim Non Kapitasi yang telah diajukan ke BPJS Kesehatan (SUPRIHATI;, 2021). Untuk melihat Tinjauan Prosedur Klaim BPJS Kesehatan Non Kapitasi di puskesmas Mandiraja II dimana salah satu aspek yang diteliti adalah Status klaim Non kapitasi. Selain itu pada proses ini juga akan diteliti tentang hambatan yang terjadi pada proses pengajuan klaim Non kapitasi sebagai salah satu hal yang menggambarkan kendala-kendala saat pengajuan klaim Non Kapitasi. Hal tersebut selaras dengan penelitian Kurniawan Heri et al. (2021) yang meneliti aspek kendala pada analisis pengajuan Klaim Non Kapitasi di puskesmas kulon progo.

Dari penjabaran tersebut maka digambarkan kerangka konsep penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep

Sumber : Modifikasi Teori (Hamidin, 2017) , (Mutia, 2016), dan Harrington Emerson dalam Phiffner John F dan Presthus Robert V(1960)

Keterangan :

- = Variabel Yang diteliti
- = Variabel Tidak diteliti

2.12 Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

Penulis (Tahun)	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
Suprihati 2020	Tinjauan Pelaksanaan Prosedur klaim Pasien BPJS Kesehatan Non Kapitasi di Puskesmas Mandiraja II	Menggunakan metode deskriptif pendekatan kualitatif dengan metode pengumpulan data dengan metode wawancara pengelola klaim di puskesmas Mandiraja II dan observasi langsung	Pelayanan administrasi tidak berjalan optimal karena tidak ada pelatihan khusus kepada petugas juga kurangnya perangkat komputer dan belum adanya bridging antara aplikasi P care dan SIMPUS dan masih ada berkas yang ditolak serta belum ada SOP khusus klaim non kapitasi
Chamy Rahmatiq, ciciolina dan silvy zaimi 2022	Analisis Manajemen input Pelaksanaan Prosedur klaim Non Kapitasi peserta JKN-KIS	Menggunakan metode penelitian kualitatif dengan wawancara, observasi dan telaah mendalam	Tidak ada petugas khusus dalam pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi, sarana dan prasarana masih terkendala jaringan dan regulasi klaim yang masih secara periodik
Heri kusniawan Harianto nur seha, i gusti agung ngurah putra pradnyantara 2021	Analisis pengajuan klaim BPJS Kesehatan Non Kapitasi Puskesmas nanggulan Kabupaten kulon progo	Menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif dengan cara pengumpulan data menggunakan metode wawancara dan observasi secara langsung	SOP yang ada disusun berdasarkan MOU dengan BPJS Kesehatan, hanya ada klaim persalinan pada puskesmas nanggulan karena kurangnya SDM dan banyak berkas yang masih kurang lengkap dan sering terjadi gagal bridging antara P care dan SIMPUS
Yulifa ,Ropendi Pardede, wyzri andipo 2018	Analisis pelaksanaan prosedur klaim non kapitasi puskesmas penyelenggara jaminan sosial kesehatan kota padang	Menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pengumpulan data melalui wawancara	Jumlah petugas entri masih belum cukup, sarana dan prasarana klaim non kapitasi pada puskesmas sudah lengkap, proses melengkapi berkas belum berjalan dengan baik, masih ada berkas yang kurang lengkap dan tidak lolos seleksi
Asri mulyani 2019	Implementasi kebijakan penggunaan dana non kapitasi badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan pada puskesmas langensari II kota banjar	Menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pengumpulan data observasi non partisipasi dan wawancara mendalam kepada informan	Implementasi penggunaan dana non kapitasi jaminan kesehatan nasional pada puskesmas langensari masih belum optimal ditunjukkan dengan dana untuk pengadaan obat belum sesuai dengan kebutuhan dan pencairan dana pada BPJS Kesehatan masih sering terlambat, belum ada SOP khusus yang mengatur, dan SDM yang kurang