

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TELAAH PUSTAKA

1. Pengertian dan pemahaman tentang Asuransi :

a. Pengertian Asuransi kalau di lihat dari sisi Undang-undang :

Sesuai dengan Undang-undang No.2 Tahun 1992, Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua belah pihak atau lebih, yang mana pihak penanggung mengikatkan diri pada tertanggung dengan menerima premi asuransi, memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggalnya atau hidupnya seorang yang ditanggungkan.

b. Dalam undang-undang No 2 Tahun 1992, definisi dari asuransi ada tiga jenis.

- 1) Asuransi Sosial , jenis asuransi ini adalah kewajiban pemerintah memberikan jaminan kesehatannya kepada warganya tanpa mempertimbangkan keuntungan komersial,

dengan contoh bila terjadi bencana yang maka jaminan kesehatannya akan dicover oleh pemerintah.

- 2) Asuransi Jiwa , bermacam-macam resiko yang ada dalam asuransi ini meliputi asuransi untuk kecelakaan yang dapat timbul tanpa bisa dipastikan, hari tua yang pasti dengan bertambah usia pasti akan terjadi, resiko kematian yang pasti akan terjadi walaupun belum dapat dipastikan waktunya. asuransi investasi, asuransi kesehatan, asuransi pensiun, asuransi tahapan, asuransi pendidikan yang merupakan bagian dari jenis asuransi jiwa.
- 3) Asuransi Kerugian, Asuransi kerugian alam hal ini asuransi kerugian adalah asuransi diri terhadap kecelakaan dan kesehatan, asuransi kepentingan keuangan, asuransi tanggung jawab hukum, asuransi properti ataupun kendaraan.

2. Kita telah melihat asuransi dari sisi undang undang, akan tetapi bila pengertian asuransi dilihat dari sisi para ahli asuransi itu sendiri adalah :

Asuransi Menurut Mehr dan Cammack dalam Danarti (2011:7) asuransi merupakan suatu alat untuk mengurangi resiko keuangan, dengan cara mengumpulkan unit-unit *exposure* dalam jumlah yang memadai, untuk membuat agar kerugian individu dapat

diperkirakan, kemudian kerugian yang dapat diramalkan itu dipikul merata oleh mereka yang bergabung.

3. Pengertian Klaim :

- a. Dalam kamus bahasa klaim menyatakan bahwa pengakuan suatu fakta bahwa seseorang individu berhak untuk memiliki atau mempunyai atas sesuatu, dalam konsep klaim berkembang sesuai dengan perkembangan model asuransi kesehatan, pada sistem asuransi kesehatan sistem pembayaran yang dilakukan oleh asuransi komersial (*indemnity*) adalah 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 itu sendiri ada 2 macam yang pertama pembayaran yang dilakukan dimuka sebelum layanan diberikan dan pembayaran setelah layanan diberikan, akan tetapi besaran pembiayaannya sudah disepakati dari awal (Thabrany, 2014).
- b. Klaim adalah sesuatu yang mana tertanggung menyatakan kerugiandan memberikan bukti yang diperlukan, dan perusahaan asuransi menerima klaim serta memberikan manfaat untuk menggambarkan proses tersebut (Pamjaki, 2014).

- c. Menurut Ilyas, (2011) definisi klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar haknya terpenuhi. satu dari dua pihak yang melakukan ikatan tersebut akan mengajukan klaimnya kepada pihak lainnya sesuai dengan perjanjian atau provisi polis yang disepakati bersama oleh kedua pihak.
- d. Tujuan klaim (Ilyas, 2006) adalah untuk, membayar semua klaim yang valid, mengidentifikasi kemungkinan terjadi tindakan kecurangan, baik yang disengaja (*froud*) maupun yang tidak disengaja (*Abuse*) dalam melakukan klaim, memenuhi peraturan pemerintah, menghindari atau mencegah tuntutan hukum, mengkoordinasikan *benefit*, melakukan kontrol terhadap biaya klaim (*Claim Cost*).
- e. Tujuan proses klaim menurut (Brown, 2002) fokus dan falsafah klaim semua perusahaan asuransi adalah administrasi klaim yang cepat, adil, sopan.
- f. Definisi klaim tidak layak bayar yaitu menolak untuk membayar sebuah klaim pada *provider* yang tidak mengikuti kebijakan/prosedur dari perusahaan asuransi atau menunggu informasi tambahan (Tienken, 2010).
- g. Hal-hal penting yang harus diperhatikan dalam manajemen klaim:

- 1) Adanya kejelasan para pihak yang memiliki hak dan kewajiban dalam melakukan ikatan perjanjian .
- 2) Adanya ikatan perjanjian yang disepakati bersama dan dalam ikatan tersebut saling percaya, saling memberikan ikatan secara jelas sesuai dengan aturan dan hukum yang telah ditetapkan.
- 3) Kedua belah pihak mengetahui dan memahami semua aspek yang mengikat mereka sesuai dalam informed consent.
- 4) Pernyataan ikatan kedua belah pihak didokumentasikan untuk mencegah ingkar janji untuk mencegah pengingkaran kedua belah pihak baik di sengaja maupun tidak secara sengaja berupa sertifikat polis Asuransi.
- 5) Definisi HAA (*Health Insurance Association*) administrasi klaim adalah proses pengumpulan fakta dan bukti yang berhubungan dengan suatu kejadian baik itu cedera maupun sakit dan melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dengan melihat manfaat yang dapat dibayarkan kepada penagih klaim atau tertanggung (Ilyas 2006)
- 6) Klaim mempunyai arti yang sangat luas dan sangat penting dalam suatu proses dan langkah langkah yang harus disepakati oleh kedua belah pihak (Ramli, 1999)

- 7) Adapun langkah-langkah klaim Asuransi Kesehatan adalah sebagai berikut :
- a) Penerimaan berkas klaim lengkap.
 - b) Dilakukan verifikasi baik kelengkapan administrasi maupun kelengkapan layanan.
 - c) Keputusan klaim, apakah klaim yang telah selesai diverifikasi layak bayar atau tidak.
 - d) Penyelesaian klaim /pembayaran klaim.

4. Pemegang Polis

Polis biasanya di pegang oleh bagian personalia, Pemegang Polis merupakan mitra kerja dari perusahaan asuransi , dimana apabila pemegang polis harus segera mungkin memberikan konfirmasi kepada perusahaan asuransi, tentang adanya peserta yang mangajukan klaim dan memastikan bahwa pengajuan klaim peserta eligibel, pemegang polis juga melakukan *screening* terhadap kelengkapan berkas klaim, pemegang polis juga melakukan investigasi atau penyelidikan terhadap klaim yang bermasalah (Ilyas 2006)

5. Perusahaan Asuransi

Prosedur klaim yang harus ditetapkan secara efektif dan efisien dengan mengembangkan prinsip-prinsip manajemen klaim yang baik

dan harus mampu melakukan penekanan biaya (*cost Containment*) kepada pemegang polis atau group health insurance harus menyediakan pedoman dan petunjuk teknis yang jelas mengenai prosedur dan proses klaim (Ilyas 2006).

6. Pemberian pelayanan kesehatan

Dalam hal menghindari konflik antara perusahaan asuransi , tertanggung dan pemberi pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada tertanggung, Ada produk asuransi kesehatan yang membatasi layanan untuk kehamilan , melahirkan, penyakit karena hubungan seksual, HIV, Aids , gagal ginjal dan bedah jantung dan ada juga polis yang membatasi tentang kecantikan , kebugaran , vitamin dan food supplement yang tidak dijamin oleh perusahaan asuransi, dalam administrasi klaim provider pelayanan kesehatan baik rumah sakit, klinik apotik, atau dokter praktek harus memberikan informasi yang jelas dan benar mengenai pelayanan kesehatan (ilyas 2006)

7. Cara pengajuan klaim dapat di katagorikan menjadi 3 cara (Ilyas 2006) adalah :

a. Direct Submission

Metode Direct Submission tertanggung atau pemegang polis dapat mengajukan klaim ke perusahaan asuransi, dan perusahaan asuransi tersebut akan melakukan verifikasi atas klaim yang

diajukan pembayaran langsung akan diterima oleh pemegang polis atau tertanggung dengan claim kit dimana klaim kit tersebut yang mencakup yang mencakup formulir klaim dan instruksi bagaimana cara melakukan pengajuan klaim, dengan sistim tersebut claim yang biasa digunakan pada perusahaan asuransi besar (Ilyas 2006)

Manfaat klaim dengan *Metode Direct Submission* antara lain :

- 1) Pemegang polis dapat langsung menerima pembayaran.
- 2) Dapat meringankan beban administrasi pada pemegang polis.
- 3) Melindungi informasi medis dari pemegang polis.

b. *Policyholder submission(Group Healt Insurance)*

Pemegang polis akan memberikan informasi secara detail kepada tertanggung dan yang memmmberi penjelasan ada pada bagian personalia, dimana formulir klaim beserta instruksinya secara lengkap.Pemegang polis akan melakukan *review* kelengkapan dan menyatajan bahwa pengajuan klaim eligibel untuk di jamin atau dibayarkan , kemudian mengirim berkas klaim tersebut ke bagian asuransi (Ilyas 2006)

c. *Third Party Submission*

Kewenangan untuk melakukan proses klaim dan melakukan pelayanan klaim dalam TPA (*Third Party Administration*) yang memberikan kewenangan dalam batasan jumlah tertentu

sesuai dengan kesepakatan dengan perusahaan asuransi (Ilyas 2006)

Ada beberapa hal kerugian apabila TPA ini diterapkan :

- 1) *Sistem Third Party Administration* adalah sistem yang dikembangkan sendiri.
- 2) Dalam praktek administrasi dan polis asuransi sistem ini melakukan interpretasi sendiri.
- 3) Beban tambahan biaya.

8. Adapun prosedur pengajuan klaim adalah :

- a. Peserta atau tertanggung yang menjadi anggota pembayar premi asuransi kesehatan yang dikelola oleh pemegang polis kelompok perusahaan dapat mengajukan klaimnya.
- b. Biaya yang dikeluarkan adalah biaya yang sesuai dengan jaminan dari polis kelompok perusahaan tersebut.
- c. Formulir akan diberikan kepada tertanggung beserta instruksi pengisiannya.
- d. Kelengkapan berkas klaim telah diisi lengkap dan setelah divalidasi maka tertanggung berhak atas tanggungan dan dikirim ke perusahaan asuransi kesehatan.
- e. Apabila perusahaan asuransi telah mengirimkan berkas klaim lengkap, maka dapat mengirimkan pembayarannya pemegang polis untuk diberikan kepada peserta atau tertanggung, kecuali

pembayaran sesuai perjanjian harus dibayarkan pada *provider*, atau pembayaran peserta dapat dilakukan langsung ke peserta asuransi (Ilyas 2006)

9. Tujuan proses klaim :

Administrasi klaim yang tepat, adil dan sopan menurut brown (2002) fokus dan falsafah klaim pada semua perusahaan asuransi, sedangkan tujuan prosesi klaim menurut (Ilyas 2006) adalah :

- a. Klaim yang valid akan dibayarkan.
- b. Dalam melakukan klaim maka sebelum dibayarkan harus mengidentifikasi kemungkinan kecurangan baik yang disengaja (*Fraud*) maupun yang tidak disengaja (*abuse*)
- c. Sesuai dengan aturan pemerintah
- d. Mencegah dan menghindari tuntutan hukum
- e. Berkoordinasi untuk keuntungan
- f. Terhadap biaya klaim harus ada kontrol (*claim cost*)

10. Program JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)

Merupakan sistem jaminan kesehatan nasional melalui program JKN merupakan sistem jaminan yang diselenggarakan oleh pemerintah melalui mekanisme asuransi sosial, diharapkan seluruh penduduk Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sesuai dengan PMK.28 Tahun 2014 unsur-unsur penyelenggara jaminan tersebut meliputi :

a. Regulator Jaminan Kesehatan Nasional Regulator dalam sistem jaminan kesehatan nasional meliputi Kementerian Koordinator Kesejahteraan rakyat, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri Kementerian tenaga Kerja dan Transmigrasi dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

b. Peserta JKN

Seluruh penduduk Indonesia beserta warga negara asing yang bekerja paling singkat selama 6 (enam) bulan di Indonesia harus ikut dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional sesuai dengan PMK No 28 Tahun 2014.

c. Pemberi layanan kesehatan

Dalam Jaminan Kesehatan Nasional Pemberi layanan Kesehatan adalah seluruh layanan kesehatan baik tingkat primer (FKTP) Fasilitas kesehatan tingkat pertama dan maupun Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTRL), sesuai dengan PMK No.28 Tahun 2014.

d. Badan Penyelenggara JKN

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sesuai dengan PMK Mo.28 Tahun 2014 adalah badan hukum publik

yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana ditetapkan dalam undang-undang tersebut diatas.

e. Prinsip Penyelenggaraan

Badan penyelenggara pelaksanaan jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip yang diamanatkan oleh Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang sistem Jaminan Kesehatan Nasional dengan ketentuan :

1) Prinsip Kegotongroyongan

Peserta yang sehat membantu yang sakit, peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, adalah sistem kegotongroyongan dalam program JKN dan itu dapat terwujud dan bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia.

2) Prinsip Nirlaba

Prinsip manajemen JKN mendasari seluruh kegiatan program pengelolaan dana yang berasal dari iur peserta dan hasil pengembangannya.

3) Prinsip Portabilitas

Memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun pindah tempat tinggal, pindah pekerjaan dan peserta masih ada pada wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

4) Prinsip Kepesertaan wajib

Meski kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia, penerapannya tetap sesuai dengan kemampuan ekonomi rakyat Indonesia, serta kelayakan penyelenggaraan program JKN.

5) Prinsip Dana Amanah

Dana titipkan yang dikumpulkan oleh seluruh rakyat Indonesia dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

6) Prinsip Hasil pengelolaan dana jaminan

Pengembangan program tersebut dipergunakan seluruhnya dan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

f. Ketentuan umum dalam program JKN :

- 1) Sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, Pemberi kerja, dan atau pemerintah adalah iuran dalam Jaminan Kesehatan Nasional
- 2) Jumlah peserta yang mendaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan dan besaran pembiayaan tersebut sebagai dana kapitasi.

- 3) Tatacara penganggaran kapitasi, penyelenggaraan , penatausahaan dan pertanggung jawaban dan kapitasi di yang diterima FKTP dari BPJS Kesehatan.
- 4) Tarif non kapitasi besaran pembayaran oleh BPJS Kesehatan yang diterima oleh FKRTL dengan pola pembayaran paket INA CBG'S adalah salah satu prosedur yang memiliki ciri klinis dengan pembayaran prospektif yang berupa pengelompokan diagnosis.
- 5) Setiap tanggal 10 bulan berikutnya fasilitas kesehatan harus mengirim berkas klaimnya ke BPJS Kesehatan dan 15 hari kerja berikutnya maka BPJS Kesehatan wajib membayar seluruh biaya perawatan di FKTRL sesuai dengan ketentuan yang telah di tetapkan.
- 6) Dalam program JKN peserta tidak boleh iur biaya dengan alasan apapun kecuali pasien naik kelas.
- 7) Sebelum melakukan pembayaran BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi klaim dengan tujuan menguji kebenaran dan keabsahan seluruh berkas klaim yang telah dilaksanakan oleh fasilitas kesehatan tingkat lanjut, sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan
- 8) Sejak dokumen klaim di terima lengkap di kantor Cabang BPJS Kesehatan masing-masing wilayah, maka BPJS

- Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan kesehatan yang diberikan paling lambat 15 hari kerja.
- 9) Hasil telaah dan verifikasi klaim harus di *feedback* ke FKRTL dengan verifikasi terhadap perbedaan biaya.
 - 10) Penetapan kelas Rumah Sakit oleh Kementerian Kesehatan dibagi dengan regionalisasi wilayah dan taraiif yang berlaku, untuk FKRTL yang belum memiliki penetapan kelasnya maka menggunakan tarif paket INA CBG'S kelas D.
 - 11) Kadaluarsa klaim
 - a) Klaim kolektif batas waktu pengajuan klaim kolektif baik Rumah Sakit Negeri ataupun swasta, batas maksimal pengajuan klaimnya adalah 2 tahun.
 - b) Klaim perorangan batas waktu pengajuan klaimnya adalah 2 tahun setelah pelayanannya diberikan, atau apabila ada ketentuan lain secara khusus.

B. SUMBER PENDANAAN

1. Pendanaan dalam program JKN berasal dari iuran peserta PBI dan bukan PBI, sesuai dengan Peraturan pemerintah No.32 Tahun 2014 tentang pemanfaatan dan pengelolaan dana kapitasi dalam program JKN, iuran PBI dibayarkan oleh pemerintah dan Iuran bukan PBI dibayarkan oleh :

- a. Pemberi kerja akan membayarkan pekerja penerima upah
 - b. Peserta JKN bukan pekerja dan bukan penerima upah akan dibayarkan oleh yang bersangkutan.
2. Mekanisme pembayaran, untuk iuran peserta BPJS Kesehatan disesuaikan dengan kepesertaan di BPJS Kesehatan :
- a. Pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan akan membayarkan iuran peserta PBI.
 - b. Iuran yang dibayarkan oleh pemerintah daerah besaran iuran pembayarannya sama dengan iuran peserta PBI
 - c. Iuran bagi pekerja penerima upah dibayarkan oleh pemberi kerja
3. Standard tarif pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.
- a. Seluruh Fasilitas Kesehatan Pertama untuk Tarif Non Kapitasi sebagaimana dimaksud merupakan nilai besaran yang sama bagi yang melaksanakan pelayanan kesehatan kepada peserta Program Jaminan Kesehatan berupa Rawat Inap Tingkat Pertama dan pelayanan Kebidanan dan Neonatal berupa rawat jalan tingkat pertama. pelayanan kesehatan pada daerah terpencil dan kepulauan dibayar oleh BPJS Kesehatan yang diatur lebih lanjut dengan Peraturan BPJS Kesehatan. Pembiayaan untuk pelayanan

ambulans, pelayanan obat rujuk balik, pelayanan skrining kesehatan tertentu.

b. Tarif INA- CBG's

Pedoman Teknis Pelaksanaan Menteri ini ditetapkan oleh BPJS Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Menteri (Permenkes No 69 Tahun 2013). Dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini. Sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum :

- 1) Regional 1 Tarif Pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, Kelas B, Kelas C dan Kelas D
- 2) Regional 2 Tarif Pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, Kelas B, Kelas C dan Kelas D
- 3) Regional 3 Tarif Pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, Kelas B, Kelas C dan Kelas D
- 4) Regional 4 Tarif Pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, Kelas B, Kelas C dan Kelas D
- 5) Regional 5 Tarif Pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, Kelas B, Kelas C dan Kelas D
- 6) Tarif Pelayanan Kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit umum rujukan nasional

- 7) Tarif Pelayanan Kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit khusus rujukan nasional.
 - 8) Kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan untuk penetapan Regionalisasi sebagaimana dimaksud.
4. Terkait dengan layanan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan ada beberapa peraturan dan pedoman yang harus dilaksanakan yaitu :

Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional dalam Permenkes tersebut mengatur Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional yang bertujuan untuk memberikan acuan bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Pemerintah (Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota) dan Pihak Pemberi Pelayanan Kesehatan yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan), peserta program Jaminan Kesehatan Nasional dan pihak terkait dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.

Permenkes No. 59 Tahun 2014 tentang Standard Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional, dimana dalam permenkes tersebut tercantum tarif Rumah Sakit dengan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan Tarif Indonesian - Case Based Groups yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's, yang didasarkan pada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur.

Permenkes No.27 tahun 2014 tentang petunjuk teknis Sistem Indonesia *Case Base Group*(INA CBG'S) dimana dalam peraturan tersebut merupakan acuan bagi Fasilitas kesehatan tingkat lanjut atau Rumah sakit, BPJS Kesehatan dan pihak lain yang terkait mengenai metode pembayaran INA CBG'S dalam pembayaran penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Permenkes No 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesia *Case Base Groups* (INA CBG'S) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.

- a. Penelitian Terdahulu, penelitian terdahulu dilakukan oleh :
- 1) Taliana D Malonda, AJM Ratu,T Soleman 2014 sd 2015, tentang Analisis pengajuan klaim Badan penyelenggara Jaminan Sosial BPJS Kesehatan di RSUD dr.Sam Ratulangi Tondano, Tujuan penelitian adalah menganalisa pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD dr.Sam Ratulangi Tondano, penelitian ini menggunakan metode kualitatif berdasarkan pada prinsip- prinsip kesesuaian (*appropriatenesis*) dan kecukupan (*adequency*).
 - 2) Peneliti Kusairi (2013) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan berkas klaim pasien jamkesmas di RSUD Brigjen H Hasan Basry Kandangan dengan tujuan penelitian mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi berkas klaim Jamkesmas, dengan penelitian deskriptif kualitatif.
 - 3) Vera Otiva (2016) Klaim tidak layak bayar layanan rawat jalan di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang.
- b. Perbedaan dari penelitian ini dengan penelitian yang terdahulu adalah:
- 1) Penelitian terdahulu di RSUD dr.Sam Ratulangi Tondano dan RSUD Brigjen H Hasan Basry Kandangan, RSUD dr.Sam

Ratulangi Tondano, sedangkan peneliti saat ini di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang,

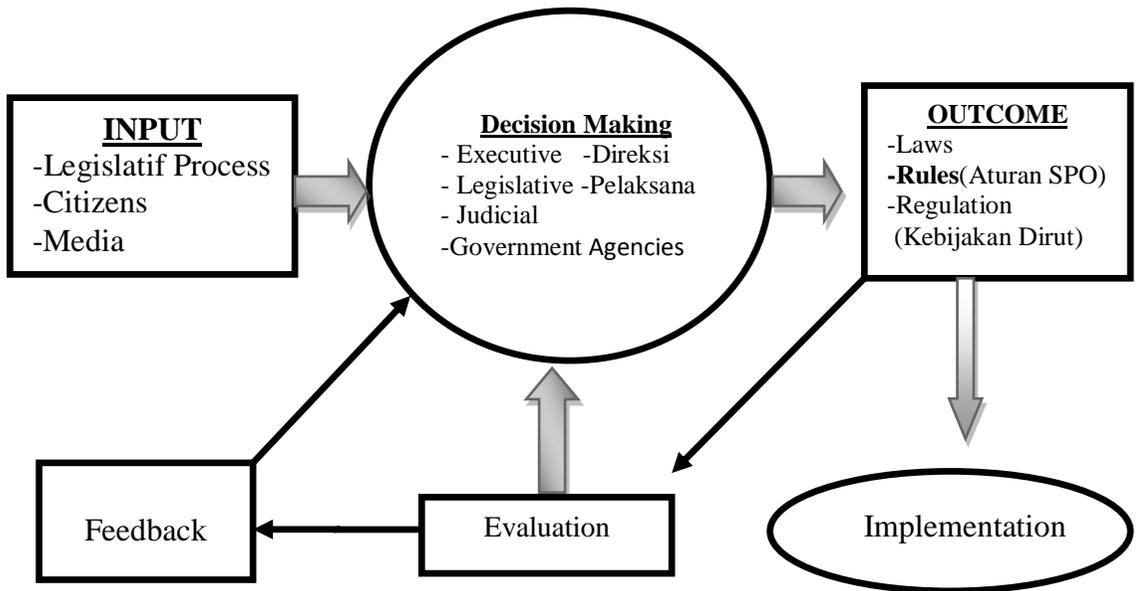
- 2) Peneliti terdahulu Vera Otiva dengan penelitian saat ini pada RS yang sama , akan tetapi berbeda data yang di teliti , peneliti Vera Otiva pada Layanan Rawat Jalan dan Peneliti saat ini pada Layanan non jiwa Rawat jalan dan Rawat Inap Tahun 2016 , di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang.

C. KERANGKA TEORI PENELITIAN

1. Sebelum melakukan penelitian, seorang peneliti perlu menyusun suatu kerangka teori, kerangka teori disusun sebagai landasan berfikir yang menunjukkan dari sudut mana peneliti menyoroti masalah yang akan diteliti (Nawawi 2001:400)
2. Diagram proses pengembangan kebijakan tersebut digambarkan *Center For Civic Education, 2010* terlihat seperti alur sistim yang diawali dengan masukan (input), proses yang dalam hal ini merupakan pembuatan keputusan sampai akhirnya menghasilkan hukum, peraturan dan regulasi sebagai bagian dari kebijakan. Hasil tersebut dievaluasi sehingga menjadi umpan balik untuk proses pembuatan kebijakan selanjutnya, baik berupa pengembangan kebijakan lama maupun pembuatan kebijakan baru, akan tetapi peneliti tidak dapat melakukan penelitian dari awal hingga akhir

proses, dikarenakan peneliti tidak sampai pada tahap implementasi dan evaluasi karena keterbatasan waktu.

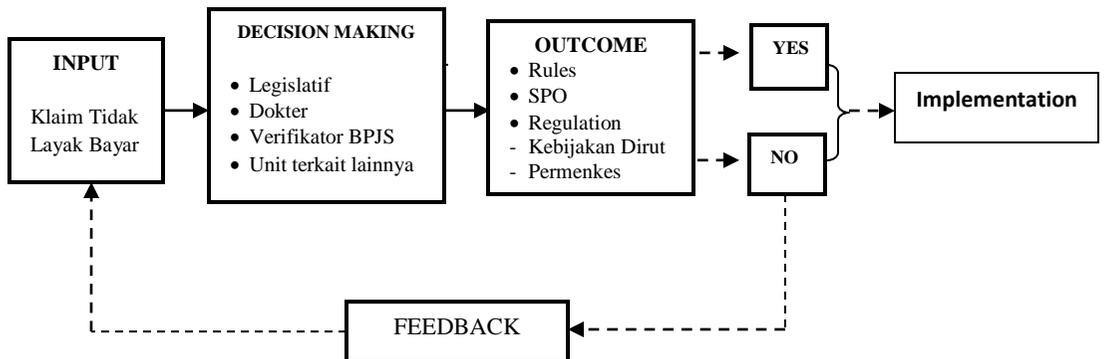
Dalam hal ini peneliti akan masuk dalam ruang lingkup proses pengembangan kebijakan digambarkan berikut :



Gambar 1. Kerangka Teori dengan Proses pengembangan Kebijakan (Center for civic education, 2010)

Diagram proses pengembangan kebijakan tersebut digambarkan Center for civic education, 2010 terlihat seperti alur sistem yang diawali dengan masukan (input), proses yang dalam hal ini merupakan pembuatan keputusan sampai akhirnya menghasilkan hukum, peraturan dan regulasi sebagai bagian dari kebijakan. Hasil tersebut dievaluasi sehingga menjadi umpan balik untuk proses pembuatan kebijakan selanjutnya, baik berupa pengembangan kebijakan lama maupun pembuatan kebijakan baru.

D. KERANGKA KONSEP PENELITIAN



Gambar 2. Kerangka Konsep penelitian klaim tidak layak bayar peserta JKN Tahun 2016 di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang

Garis yang di teliti _____

Garis yang tidak di teliti - - - - -

Dari gambar kerangka konsep diatas peneliti hanya bisa melakukan penelitian pada tahap outcome karena keterbatasan waktu peneliti tidak sampai pada tahap implementasi dan evaluasi dan permasalahan klaim tidak layak bayar pada layanan peserta BPJS Kesehatan di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang berdasarkan data klaim tidak layak bayar non jiwa Tahun 2016, akan dilakukan pengumpulan dan pengelompokan data klaim tidak layak bayar, selanjutnya klaim tidak layak bayar tersebut akan di cocokkan perkasus sesuai dengan bukti Rekam Medis, dan kebijakan dan SPO yang masih berlaku. Setelah dilakukan analisa data

perkasus tersebut, maka akan dikonfirmasi ke unit-unit terkait seperti dokter DPJP, Pimpinan, Koder, BPJS Kesehatan dan yang terkait lainnya.

Untuk dapat mengetahui faktor-faktor apa saja yang menyebabkan timbulnya klaim tidak layak bayar sesuai dengan pemetaan hasil perkasus layanan, setelah diketahui faktor-faktor tersebut selanjutnya adalah mencari solusi dan tindak lanjut, agar untuk tidak terjadi lagi klaim tidak layak bayar ini selanjutnya akan dibuat kebijakan / SPO sebagai dasar operasional RS agar kejadian kasus yang sama tidak terulang lagi.