BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sejak Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk yang diselenggarakan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang kepesertaannya bersifat wajib. Sifat wajib tersebut akan mempengaruhi penambahan jumlah peserta JKN setiap waktu. Menurut Undang-Undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bahwa program Jaminan Kesehatan Nasional dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan mulai 1 januari 2014.

BPJS Kesehatan merupakan jenis asuransi sosial (*at-takmin al-ta'awuniy*) yang sangat didukung dan didorong oleh ajaran syariah Islam karena berperan dalam meningkatkan kesejahteraan rakyat (Syantoso, 2018, hlm. 45). BPJS Kesehatan oleh karena itu berperan penting dalam upaya memberikan kemudahan bagi masyarakat dengan kesulitan ekonomi untuk mendapatkan fasilitas kesehatan karena iuran yang dibebankan BPJS Kesehatan cukup terjangkau dibandingkan jenis asuransi lainnya, sehingga peserta dapat memperoleh fasilitas kesehatan sesuai kelas iuran yang dipilih (Widada dkk., 2017, hlm. 200). Peserta jaminan kesehatan nasional – kartu Indonesia sehat atau disingkat JKN-KIS dapat melakukan klaim pelayanan kesehatan kepada fasilitas kesehatan yang bekerjasama sesuai prosedur yang berlaku. Pelayanan yang didapatkan tersebut

tanpa pengenaan biaya karena BPJS Kesehatan akan membayar dengan paket INA CBG's kepada fasilitas kesehatan atau disingkat dengan faskes. (BPJS Kesehatan, Panduan Praktis Administrasi Klaim Faskes, hlm. 25).

Pengajuan klaim manfaat pelayanan kesehatan penting untuk dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang bekerjasama untuk mendapatkan biaya manfaat pelayanan kesehatan oleh BPJS Kesehatan atas pelayanan yang telah dilakukan kepada peserta JKN-KIS pada bulan pelayanan (Ariany, 2018, hlm. 2). Klaim diajukan secara kolektif oleh Fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk *softcopy* iuran aplikasi INA-CBG's dan *Hardcopy* berkas pendukung klaim, sehingga BPJS Kesehatan dapat melakukan penggantian biaya paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim diterima (BPJS Kesehatan, Panduan Praktis Administrasi Klaim Faskes, 2014).

BPJS Kesehatan menetapkan hasil verifikasi klaim yang terbagi menjadi klaim layak, klaim pending, dan klaim tidak layak. Masalah yang sering dihadapi dalam implementasi pengajuan klaim khususnya apabila terdapat klaim yang pending. Klaim dinyatakan pending apabila terjadi kekurangan berkas klaim dan akan menjadi bahan perbaikan oleh pihak dari fasilitas kesehatan untuk diusulkan kembali pada bulan berikutnya agar dapat dilakukan penggantian biaya oleh BPJS Kesehatan. (Oktamianiza dkk., 2021, hlm. 84)

Menurut Peraturan Presiden RI No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan kesehatan, adapun salah satu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) adalah rumah sakit. Rumah sakit merupakan fasilitas kesehatan yang melayani pasien Jaminan Kesehatan

Nasional atau Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) melalui pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) dan rawat inap tingkat lanjutan (RITL). (BPJS Kesehatan, Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan, hlm. 23).

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi program JKN (Ariany, 2018, hlm. 5). Pengembalian dana kepada rumah sakit atas pelayanan yang telah dilakukan kepada seluruh peserta JKN/KIS menjadi penting karena rumah sakit mendapat biaya penggantian dari BPJS setelah pengajuan klaim yang diajukan pada bulan berikutnya. BPJS Kesehatan sebagaimana menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian *Case Based Groups* (INA CBG's) wajib melakukan pembiayaan setelah klaim yang diajukan rumah sakit kepada peserta agar dapat digunakan kembali oleh rumah sakit untuk meningkatkan mutu hingga mendorong efektifitas, efisiensi serta layanan berorientasi pasien. Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan dalam hal ini juga diharapkan dapat memberikan pelayanan yang efektif dan efisien kepada seluruh peserta BPJS Kesehatan (Putri & Sonia, 2021, hlm. 909).

Pengajuan klaim oleh rumah sakit selaku fasilitas kesehatan pada prosesnya tidak dapat dipisahkan dari pengaruh yang sangat besar dari tenaga kerja yang bertindak dalam menjalankan tahapan atau prosedur pengajuan klaim. Sebagaimana tenaga kerja yang dimiliki menjadi pengaruh yang besar serta berperan aktif dalam setiap kegiatan organisasi, karena tenaga kerja tersebut yang menjadi pelaku, perencana dan penentu terciptanya kinerja yang sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai (Hasibuan, 2014, hlm. 10). Islam juga mengamanatkan

agar tenaga kerja diperoleh berdasarkan kemampuan dan sifat amanahnya (Jusmaliani, 2011, hlm. 77), seperti firman Allah dalam QS. Al-Qashash/ 28: 26:

قَالَتْ إِحْدَاهُمَا يَا أَبَتِ اسْتَأْجِرْهُ إِنَّ خَيْرَ مَنِ اسْتَأْجَرْتَ الْقَوِيُّ الْأَمِينُ (٢٦)

“Salah seorang dari kedua wanita itu berkata, "Wahai Ayah, pekerjaan pemuda itu untuk menggembala atau mengurus domba piaraan kita dengan gaji! Sungguh, ia adalah orang yang paling baik yang engkau pekerjakan, karena tenaganya kuat dan dirinya dapat dipercaya.”

Ayat tersebut merupakan ayat yang membahas mengenai sewa menyewa yang mana ada keutamaan memberikan gaji dengan sesuatu yang berharga karena mempekerjakan orang paling baik (Al-Farran, 2007, hlm. 245).

Pesan yang terkandung pada potongan akhir ayat diatas adalah keutamaan mempekerjakan orang yang kuat lagi dapat dipercaya. Kuat dideskripsikan dengan keterampilan atau kualifikasi yang disesuaikan dengan jabatan serta kemampuan bekerja. Dapat dipercaya atau amanah dideskripsikan dengan takut pada Allah SWT, taat kewajiban moral, dan berkomitmen pada tujuan organisasi serta masyarakat. Keterampilan dan amanah dari tenaga kerja inilah yang menjadi dimensi pertama yang diperlukan suatu organisasi untuk mendapatkan sumber daya manusia yang berkualitas. (Jusmaliani, 2011, hlm. 78)

Sumber daya manusia yang berkualitas akan menghasilkan kinerja yang akan menentukan keberhasilan suatu tujuan yang ingin dicapai oleh suatu organisasi atau perusahaan. Kinerja merupakan fungsi yang dihasilkan dari kompetensi, sikap, serta tindakan (Wirawan, 2009, hlm. 9). Berdasarkan hal tersebut, sumber daya manusia yang dimiliki oleh suatu organisasi haruslah

memiliki kompetensi, sikap, serta tindakan yang akan menghasilkan suatu kinerja yang baik.

Masalah yang dihadapi dalam komponen sistem adalah menangani permasalahan antara pelayanan kesehatan yang diterima dengan tuntutan pengajuan klaim dari rumah sakit, yaitu pengajuan klaim yang mungkin tidak sesuai dengan tarif dan prosedur serta banyaknya kebijakan dalam Perjanjian Kerjasama (PKS) sehingga menimbulkan masalah bagi rumah sakit. Sumber daya manusia (SDM) yang bertugas dalam menyelesaikan pengajuan klaim merupakan salah satu komponen yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan sebuah sistem. (Malonda, 2015, hlm. 443).

Rumah sakit selaku FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan pasti memiliki tenaga kerja yang bertugas dalam penyelesaian pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan agar biaya atas pelayanan yang dilakukan kepada pasien JKN/KIS dapat diajukan. Pengajuan klaim dalam pelaksanaannya haruslah berdasarkan pada ketepatan prosedur, kelengkapan berkas dan ketentuan lainnya yang diisyaratkan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan PKS atau perjanjian kerjasama.

Administrator BPJS merupakan karyawan yang berpengaruh dalam terselesaikannya klaim hingga dapat diajukan kepada BPJS Kesehatan secara optimal karena merupakan komponen SDM yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan sebuah sistem dalam program jaminan kesehatan. Pengajuan klaim oleh rumah sakit selaku fasilitas kesehatan harus diselesaikan dengan baik oleh Administrator BPJS rumah sakit yang berkontribusi dalam menyelesaikan klaim

BPJS Kesehatan serta memperoleh hasil verifikasi yang baik dari BPJS Kesehatan.

Seluruh klaim yang diajukan, dalam tahapan atau prosedurnya harus diselesaikan oleh Administrator BPJS di rumah sakit untuk meminimalisir keterlambatan pengembalian biaya dari BPJS Kesehatan kepada rumah sakit, serta tidak berpotensi membuat mutu pelayanan kepada pasien JKN-KIS menurun. Pemerintah menetapkan satuan harga pengobatan pada rumah sakit swasta tidak berdasarkan mutu pelayanannya, melainkan berdasarkan kelas rumah sakit, dan tidak menggunakan biaya subsidi, sehingga bisa menjadi salah satu permasalahan rumah sakit swasta (Waldy & Inayah, 2019, hlm. 4).

Rumah Sakit Sari Mulia Banjarmasin sebagai rumah sakit swasta kelas C yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, sebagai FKRTL juga mengajukan klaim secara kolektif setiap bulannya. Klaim diajukan melalui serangkaian tahapan atau prosedur pengajuan klaim yang diselesaikan oleh Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia berdasarkan prosedur, kelengkapan berkas dan ketentuan lainnya yang diisyaratkan oleh BPJS Kesehatan pada Perjanjian Kerjasama (PKS).

Berdasarkan studi pendahuluan, terdapat data Rumah Sakit Sari Mulia yang mengalami peningkatan jumlah pasien BPJS Kesehatan dan jumlahnya selalu lebih banyak pada pelayanan rawat jalan. Jumlah pasien pada pelayanan rawat jalan diantaranya adalah 3779 jumlah pasien pada bulan mei dan 4552 pada bulan juni, diantara total keseluruhan total pasien pada bulan mei sejumlah 3854 pasien dan juni sejumlah 4674 pasien.

Adapun total klaim pada pelayanan rawat jalan yang diajukan keseluruhannya oleh Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia kepada BPJS Kesehatan pada bulan mei sebanyak 3820 kasus dan 4550 kasus pada bulan juni. Jumlah kasus klaim tersebut pada prosesnya hanya diselesaikan oleh anggota tim pengajuan klaim pada pelayanan rawat jalan yang berjumlah 2 orang Administrator.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian lebih mendalam. Hasil penelitian tersebut kemudian akan ditulis kedalam sebuah karya ilmiah yang berbentuk sebuah skripsi dengan judul **“Analisis Kinerja Administrator BPJS dalam Menyelesaikan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pelayanan Rawat Jalan (Studi di Rumah Sakit Sari Mulia)”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, perumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran kinerja Administrator BPJS dalam menyelesaikan pengajuan klaim rawat jalan Rumah Sakit Sari Mulia kepada BPJS Kesehatan?
2. Apa saja kendala Administrator BPJS dalam menyelesaikan pengajuan klaim rawat jalan Rumah Sakit Sari Mulia kepada BPJS Kesehatan?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan perumusan masalah diatas, maka tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengetahui gambaran kinerja Administrator BPJS dalam menyelesaikan pengajuan klaim rawat jalan Rumah Sakit Sari Mulia kepada BPJS Kesehatan;
2. Mengetahui kendala Administrator BPJS dalam menyelesaikan pengajuan klaim rawat jalan Rumah Sakit Sari Mulia kepada BPJS Kesehatan.

D. Kegunaan Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat baik secara teoritis maupun praktis. Secara singkat, kegunaan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Teoritis
 - a. Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi keilmuan dan pengetahuan kepada program studi asuransi syariah.
 - b. Sebagai bentuk aplikasi keilmuan yang telah diperoleh selama masa perkuliahan, memperluas wawasan, pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti.
 - c. Dapat digunakan sebagai informasi baru bagi peneliti yang akan datang dengan perbedaan sudut pandang.
 - d. Diharapkan memberikan sumbangan pemikiran berkaitan dengan kinerja bagi fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
2. Praktis

- a. Diharapkan dapat membantu pihak rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan dalam mengevaluasi kinerja dalam pelaksanaan pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan.

E. Definisi Operasional/Batasan Istilah

1. Analisis

Analisis merupakan suatu penelaahan atau perbuatan menelaah/ mengkaji/ memeriksa berbagai fenomena, kasus atau sebuah peristiwa (D.E, 2017, hlm. 27). Adapun analisis yang dimaksud dalam penelitian ini adalah menelaah kinerja Administrator BPJS Rumah Sakit Sari Mulia baik secara kualitas dan kuantitas dalam menyelesaikan klaim rawat jalan menurut tenggat waktu pengajuan klaim yang diajukan kepada BPJS Kesehatan.

2. Kinerja

Kinerja adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang karyawan dalam melaksanakan tugasnya sesuai tanggung jawab yang diberikan (Mangkunegara, 2017, hlm. 67). Kinerja yang dimaksud dalam penelitian ini adalah hasil kerja Administrator BPJS di Rumah Sakit Sari Mulia dalam menyelesaikan pengajuan klaim rawat jalan Rumah Sakit Sari Mulia kepada BPJS Kesehatan.

3. Administrator

Administrator adalah penata usaha atau orang yang bertugas dalam proses administrasi (tata usaha penyelenggaraan segala sesuatu yang berkaitan dengan urusan perusahaan) (WS, t.t., hlm. 13). Administrator yang dimaksud dalam penelitian ini adalah Administrator BPJS atau karyawan pada Rumah Sakit Sari Mulia yang bertugas dalam urusan administrasi pengajuan klaim atau proses akhir penyelesaian pengajuan klaim pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit Sari Mulia kepada BPJS Kesehatan yang akan dianalisis bagaimana kinerja Administrator BPJS tersebut dalam menyelesaikan pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan.

4. Pengajuan Klaim

Pengajuan berasal dari kata aju, yang mana pengajuan adalah suatu perbuatan mengajukan, mengajukan adalah melakukan usul atau permintaan (D.E, 2017, hlm. 14). Klaim adalah tuntutan terhadap suatu fakta bahwa seseorang memiliki hak atas sesuatu (WS, t.t., hlm. 305). Adapun pengajuan klaim yang dimaksud dalam penelitian ini adalah permintaan tagihan atau piutang dana klaim rawat jalan Rumah Sakit Sari Mulia kepada BPJS Kesehatan atas pelayanan kesehatan yang telah dilakukan Rumah Sakit Sari Mulia terhadap pasien BPJS Kesehatan atau JKN-KIS.

5. BPJS Kesehatan

Menurut fatwa DSN MUI No: 98/DSN-MUI/XII/2015 yang mengatur mengenai pedoman penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan syariah, BPJS-

Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk penyelenggaraan program jaminan sosial yang bergerak di bidang Kesehatan. BPJS Kesehatan sebagaimana Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 76 Tahun 2016 Tentang Pedoman Indonesian *Case Based Groups* (INA-CBG) wajib melakukan penggantian dana klaim yang diajukan rumah sakit atas pelayanan yang telah dilakukan kepada pasien BPJS Kesehatan, agar penggantian biaya tersebut dapat digunakan untuk meningkatkan mutu hingga mendorong efektifitas, efisiensi serta layanan berorientasi pasien.

6. Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) yang setara dengan rumah sakit. Pelayanan rawat jalan dalam penelitian ini dimaksudkan sebagai jenis klaim yang diajukan Rumah Sakit Sari Mulia kepada BPJS Kesehatan.

7. Rumah Sakit Sari Mulia

Berdasarkan situs resmi rumah sakit sari mulai (*Instalasi Rawat Jalan Spesialis*, 2021), rumah sakit sari mulai merupakan salah satu Fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan menerima pasien rawat jalan untuk peserta JKN/KIS. Rumah Sakit Sari Mulia adalah studi sasaran dalam penelitian ini.

F. Kajian Pustaka/ Penelitian Pendahuluan

Penelitian ini mengacu pada penelitian terdahulu untuk mempermudah dalam pengumpulan data, serta metode analisis data yang digunakan dalam pengolahan data. Penelitian terdahulu digunakan untuk mengetahui persamaan dan perbedaan dari beberapa penelitian sebagai kajian yang dapat mengembangkan wawasan berfikir peneliti. Berdasarkan hal tersebut diatas, maka peneliti membuat kajian pustaka dari penelitian terdahulu berikut:

1. Penelitian dari Irliyanti (2018) dengan judul penelitian "Kinerja Sumber Daya Manusia di PT. Asuransi Jasindo Syariah Kantor Pemasaran Banjarmasin". Penelitian ini berbentuk *field research* atau penelitian lapangan dengan pendekatan deskriptif kualitatif. Penelitian tersebut dilatarbelakangi bahwa dalam industri asuransi syariah penting untuk memiliki sumber daya manusia yang unggul dalam pencapaian tujuan organisasi. Penelitian ini membahas mengenai kinerja dan upaya meningkatkan sumber daya manusia di PT Asuransi Jasindo Syariah Kantor Pemasaran Banjarmasin. Persamaan penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan penulis adalah sama-sama menganalisis bagaimana tenaga kerja yang berpengaruh dalam perbankan/asuransi berkinerja dengan baik sesuai dengan faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu pekerjaan. Perbedaannya pada penelitian penulis, dilatarbelakangi bahwa hasil kerja yang baik dalam menyelesaikan pengajuan klaim BPJS Kesehatan akan berpengaruh dengan baik terhadap input dan output klaim yang dihasilkan serta pengembalian biaya atau

manfaat kepada rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan yang dipercayakan oleh BPJS Kesehatan untuk meningkatkan mutu hingga mendorong efektifitas, efisiensi serta layanan berorientasi pasien JKN-KIS.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Hafiz Anshari (2021) dengan judul Penelitian “Analisis Kinerja Karyawan dalam Memberikan Pelayanan yang Optimal kepada Nasabah di Bank Kalsel Kedai Syariah Kayutangi”. Penelitian ini berbentuk *field research* atau penelitian lapangan dengan pendekatan deskriptif kualitatif. Penelitian ini menggambarkan bentuk pelayanan yang optimal oleh *teller* dan *customer service*, hal yang melatarbelakangi terciptanya pelayanan yang optimal, serta pentingnya pelayanan yang optimal kepada nasabah di Bank Kalsel Kedai Syariah Kayutangi. Persamaan penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan penulis adalah sama-sama meneliti karyawan yang berpengaruh cukup besar terhadap kinerja yang timbal baliknya untuk nasabah/peserta. Penelitian tersebut menambahkan teori analisis berdasarkan etika/sikap dalam memperlakukan nasabah, sedangkan perbedaan dengan penelitian yang dilakukan penulis, menggunakan teori analisis melalui indikator kinerja dalam menyelesaikan pengajuan klaim sebagai kasus yang berbeda.

G. Sistematika Pembahasan

Skripsi ini, dalam penyusunannya terdiri dari 5 (lima) bab yang disusun secara sistematis. Masing-masing Bab akan membahas persoalan tersendiri, namun dalam pembahasan tetap saling berkaitan. Pembagian dari setiap bab akan

terbagi lagi dalam sub bab. Adapun sistematika pembahasan penelitian ini, secara garis besar akan tersusun sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan, pembahasan berisi latar belakang masalah yang menguraikan alasan peneliti memilih judul serta gambaran dari permasalahan yang diteliti, rumusan masalah yang berisi pertanyaan-pertanyaan penelitian, tujuan penelitian berisi hasil yang diinginkan, kegunaan penelitian berisi uraian tentang kontribusi yang akan dihasilkan dari penelitian, definisi operasional untuk membatasi istilah-istilah dalam judul penelitian yang bermakna umum atau luas, kerangka teori berisi ringkasan singkat dari teori-teori yang digunakan dalam penelitian, kajian pustaka menunjukkan bahwa ada kajian berbeda dengan kajian terdahulu melalui perbedaan dan persamaan penelitian yang dilakukan peneliti, dan sistematika penulisan merupakan susunan skripsi secara keseluruhan.

Bab II Landasan Teori, berisi tentang landasan teori yang menjadi dasar pemikiran dalam permasalahan yang diteliti. Bab ini berisikan beberapa teori yang berkaitan dengan bahasan penelitian. Teori yang digunakan tentang Kinerja yang mengacu pada manajemen kinerja dan manajemen sumber daya manusia/insani. Teori berikutnya berkaitan dengan klaim, pengajuan klaim pelayanan rawat jalan rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

Bab III Metode Penelitian, berisikan metode penelitian yang berisi jenis, pendekatan, sifat, lokasi penelitian, objek dan subjek yang digunakan untuk penulisan skripsi, data dan sumber data, teknik pengumpulan data. Data kemudian dikumpulkan untuk diolah dengan teknik analisis data. Langkah terakhir membuat