

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pasal 28H (3) UUD 1945 menyatakan bahwa seseorang berhak atas perlindungan sosial yang membantunya menjadi manusia yang sebaik-baiknya. Maka pemerintah menciptakan SJSN atau Sistem Jaminan Sosial Nasional, untuk memastikan jaminan sosial penuh bagi seluruh rakyat Indonesia. Pemerintah menyelenggarakan program asuransi nasional untuk membantu seluruh rakyat Indonesia hidup sehat, berguna dan sejahtera. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program wajib bagi seluruh masyarakat melalui Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS). (Maman Saputra dkk., 2015, hlm. 83)

Setiap orang akan diberikan kesempatan untuk mencapai potensi penuh mereka dan mengembangkan nilai bawaan mereka di bawah kerangka yang digariskan Undang-undang No. 40 Tahun 2004 mewajibkan adanya badan hukum penyelenggara jaminan sosial yaitu BPJS Kesehatan., sebuah lembaga pemerintah yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan jaminan kesehatan masyarakat, dan sangat penting untuk kelancaran sistem tersebut. (Permenkes No.28 Tahun 2014)

Pemerintah secara resmi meluncurkan sistem JKN sebagai bagian dari sistem jaminan sosial nasional pada 1 Januari 2014. Pasal 19 dan 22 Undang-

Undang Nomor 40 Tahun 2004 menyebutkan tujuan JKN adalah memberikan atau menjamin. peserta menerima dukungan pemeliharaan dan keamanan. Program jaminan kesehatan nasional didukung oleh lembaga asuransi yang disebut BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial).

Dalam hal pelayanan kesehatan di Indonesia, pemerintah mengandalkan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) bernama BPJS Kesehatan supaya melindungi semua orang mulai dari pegawai pemerintah hingga pensiunan tentara dan polisi Indonesia, serta veteran, perintis kemerdekaan, dan keluarga mereka. BPJS Kesehatan serta BPJS Ketenagakerjaan merupakan bagian dari badan asuransi. (Suryani dan Suharyanto, 2016, hlm.115).

Menurut UU Sistem Jaminan Sosial No.24 Tahun 2014, BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan bertujuan untuk memberikan jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan bertujuan untuk memberikan jaminan santunan kecelakaan kerja, jaminan hari tua dan jaminan kematian. Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional dibagi menjadi dua kelompok yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Non-Penerima PBI. Peserta PBI adalah masyarakat miskin yang tidak mampu dan iurannya ditanggung oleh pemerintah sedangkan Non-PBI adalah pekerja atau bukan pekerja yang membayar iuran sendiri setiap bulannya. (Permenkes RI No. 28 Tahun 2014)

BPJS Kesehatan berkomitmen untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat berpenghasilan rendah dengan menghilangkan hambatan dalam mengakses layanan kesehatan. Peserta dapat memperoleh pelayanan kesehatan sesuai

dengan golongan iuran yang dipilihnya karena iuran BPJS Kesehatan tidak mahal dibandingkan jenis asuransi lainnya. (Widada dkk., 2017, hlm.213)

Petunjuk pelaksanaan program jaminan kesehatan dikeluarkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional. Kedua peraturan tersebut menjelaskan persyaratan yang harus dipenuhi oleh semua puskesmas, mulai dari FKTP tingkat pemula hingga FKRTL tingkat lanjut, untuk dapat menyelenggarakan layanan BPJS Kesehatan. Salah satu institusi yang memberlakukan aturan ini adalah rumah sakit. Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk menentukan apakah rumah sakit tersebut merupakan mitra BPJS Kesehatan yang disetujui. Karena rumah sakit sering digunakan oleh anggota BPJS Kesehatan. Semua rujukan FKTP harus melalui rumah sakit, menjadikan fasilitas ini sebagai penyedia lanjutan yang krusial. Orang yang memiliki asuransi kesehatan sosial dapat pergi ke rumah sakit atau menemui dokter umum untuk layanan perawatan primer. Berbagai layanan medis berkualitas tinggi, termasuk rawat jalan khusus (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), tersedia di rumah sakit yang berafiliasi atau bekerja sama dengan BPJS.(BPJS, 2014, hlm.12)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Sebagai badan asuransi, BPJS tidak membayar biaya pelayanan secara langsung kepada rumah sakit, rumah sakit harus memenuhi persyaratan yang harus dipenuhi, guna untuk meminimalisir terjadinya kecurangan. Rumah sakit akan dapat menerima pembayaran segera untuk layanan yang telah diberikannya rumah sakit perlu

melakukan penagihan klaim kepada BPJS Kesehatan. Setelah itu, BPJS Kesehatan harus membayar rumah sakit atas pelayanan yang diberikannya. (Asis, 2017, hlm.18)

BPJS Kesehatan menghitung hasil verifikasi klaim yang dipisahkan menjadi klaim yang dimungkinkan, klaim yang masih dalam proses, dan klaim yang tidak memenuhi syarat. Masalah yang sering muncul saat pekerja atau staff mencoba mengajukan klaim terutama saat klaim masih dalam proses. Klaim ditunda jika berkas klaim tidak cukup atau jika resum medis tidak lengkap. Bulan berikutnya, tindak lanjut atau pengajuan reguler dilakukan. (Oktamianiza, dkk., 2021, hlm.84)

Pengajuan klaim oleh Rumah Sakit selaku fasilitas kesehatan pada prosesnya tidak dapat dipisahkan dari pengaruh yang sangat besar dari tenaga kerja dalam menjalankan tahapan atau prosedur pengajuan klaim. Sebagaimana tenaga kerja memiliki pengaruh yang sangat besar dan berperan aktif dalam suatu organisasi. Karena tenaga kerja tersebut yang menjadi pelaku,perencana dan penentu terciptanya kinerja yang sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. (Hasibuan, 2014, hlm. 10)

Sukses atau tidaknya sebuah perusahaan, organisasi, atau rumah sakit tergantung pada kualitas sumber daya manusianya, yang pada gilirannya menentukan kinerja. Kegagalan komponen antara lain ketidaksesuaian antara mutu pelayanan yang diberikan dengan persyaratan yang dibebankan kepada rumah sakit untuk mengajukan klaim seperti klaim yang tidak sesuai dengan

tarif, prosedur, dan kebijakan lain yang dituangkan dalam perjanjian kerjasama (PKS).

Sumber Daya Manusia memiliki peran strategis dalam sebuah organisasi, keberhasilan organisasi ditentukan oleh manajemen sumber daya manusia. Kualitas sumber daya manusia akan menentukan keberhasilan suatu organisasi salah satu keberhasilan kapasitas manajemen sumber daya manusia adalah meningkatkan kinerja karyawan. Kinerja karyawan merupakan sikap kerja yang penting bagi organisasi karena kinerja organisasi dapat meningkatkan kinerja dan efektivitas organisasi. (Lutfi & Siswanto, 2018, hlm.197)

Salah satu hal yang mempengaruhi seberapa baik sistem diterapkan adalah bagaimana departemen Sumber Daya Manusia (SDM) menangani kasus. Sebagai FKRTL yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, rumah sakit harus memiliki staff yang bertugas untuk mengajukan klaim. Sebagai bagian dari pelaksanaannya, klaim harus diajukan berdasarkan aturan tentang cara melakukannya, apakah berkas sudah lengkap, dan hal lain yang dibutuhkan BPJS Kesehatan berdasarkan Perjanjian Kerjasama. (PKS).

Staff Casemix adalah pekerja yang membantu terselesaikannya pengajuan klaim agar dapat dikirim ke BPJS Kesehatan dengan sebaik mungkin. Hal ini karena bagian SDM dari program asuransi kesehatan mempengaruhi seberapa baik suatu sistem diterapkan. Sebagai pusat pelayanan kesehatan, rumah sakit harus mengajukan klaim dengan benar. Hal ini dilakukan oleh petugas casemix

rumah sakit, yang juga membantu menyelesaikan klaim BPJS Kesehatan dan mendapatkan hasil verifikasi yang baik dari BPJS Kesehatan.

Tim Casemix terdiri dari coder, verifikator internal, petugas pengelompokan, dan petugas kelengkapan berkas klaim yang saling berkoordinasi. Namun untuk mengajukan klaim tidak luput dari peran Dokter sebagai penyedia jasa yang bertugas melengkapi resume medis sebagai syarat pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan. (Putri dkk., 2020, hlm.353)

Oleh karena itu, penting untuk menganalisis determinan kinerja karyawan. Faktor yang signifikan mempengaruhi kinerja karyawan adalah kepemimpinan. Kepemimpinan memiliki peran penting dalam menentukan budaya organisasi dan meningkatkan motivasi. Pemimpin dan karyawan harus saling menghormati dan tidak membedakan atasan dan bawahan, sehingga tercipta budaya yang baik dalam organisasi. Ketika karyawan mendapat masalah baik dalam pekerjaannya maupun hubungannya dengan karyawan lain, mereka tidak segan-segan untuk menyampaikan masalah tersebut kepada pimpinan dan pimpinan membuat solusi yang baik untuk menyelesaikan masalah tersebut.

Melalui perjanjian kerjasama, BPJS bekerja sama dengan puskesmas dan rumah sakit yang menjadi pusat rujukan. Rumah sakit merupakan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) yang artinya berhak meminta uang atas pelayanan yang diberikannya. (Nuraini dkk, 2021, hlm.246)

RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan merupakan rumah sakit milik pemerintah tipe B yang beroperasi dengan prinsip syariah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Klaim diajukan setiap bulan dan BPJS Kesehatan wajib membayar pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada peserta BPJS. Petugas casemix rawat jalan bertanggung jawab untuk memproses klaim melalui setiap tahapan berdasarkan prosedur BPJS Kesehatan, persyaratan kelengkapan berkas, dan aturan lain yang dituangkan dalam Perjanjian Kerjasama. (PKS).

Persyaratan dan kelengkapan dokumen harus dipatuhi secara ketat dalam proses klaim pasien BPJS di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan. Proses klaim tidak dapat diselesaikan jika dokumen yang diperlukan tidak ada. Proses klaim dikelola oleh petugas pengkodean, dan petugas klaim rumah sakit memeriksa ulang pekerjaan untuk memastikan keakuratannya. Saat mengajukan klaim BPJS ke BPJS Kesehatan, rumah sakit harus menyertakan berkas rekapitulasi pelayanan dan dukungan pasien. File ini harus menyertakan bukti layanan, seperti protokol terapi dan rejimen (jadwal pemberian obat), rincian tagihan rumah sakit (penagihan manual atau otomatis), dan dokumentasi terkait lainnya, seperti Surat Kelayakan Peserta (SEP) atau resume medis. (BPJS, 2014, hlm.12)

Dengan informasi ini, penulis ingin melakukan studi yang lebih mendalam. Hasil penelitian tersebut kemudian akan dijadikan sebuah karya ilmiah yang berjudul **“Analisis Kinerja Staff Casemix Rawat Jalan Dalam Menyelesaikan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Di RSUD Brigjend H.Hasan Basry Kandangan”**.

B. Rumusan Masalah

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

1. Bagaimana kinerja staff casemix rawat jalan dalam menyelesaikan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Brigjend H.Hasan Basry Kandangan?
2. Apa saja kendala yang dihadapi staff casemix rawat jalan dalam menyelesaikan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Brigjend H.Hasan Basry Kandangan?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah, berikut adalah tujuan dari penelitian ini:

1. Untuk Mengetahui kinerja staff casemix rawat jalan dalam menyelesaikan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Brigjend H.Hasan Basry Kandangan.
2. Untuk Mengetahui kendala staff casemix rawat jalan dalam menyelesaikan pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RSUD Brigjend H.Hasan Basry Kandangan.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi Peneliti

Penelitian ini menjadi sebuah proses pembelajaran yang bermanfaat, dapat memberikan penulis lebih banyak pengetahuan ilmiah, dapat memberikan tambahan pengetahuan dan ilmu dalam asuransi syariah.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna serta bermanfaat bagi Rumah Sakit untuk mengevaluasi kinerja staff casemix rawat jalan dalam menyelesaikan pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan.

3. Bagi Universitas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi landasan untuk penelitian selanjutnya dan sumber data tambahan tentang efisiensi fasilitas kesehatan yang berafiliasi dengan BPJS Kesehatan.

E. Definisi Operasional/Batasan Istilah

Tujuan definisi operasional adalah untuk memastikan bahwa istilah-istilah dalam judul rencana tidak disalahpahami atau diinterpretasikan dengan cara yang berbeda. Sesuai dengan judul penelitian “Analisis Kinerja Staff Casemix Rawat Jalan Dalam Penyelesaian Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Di RSUD Brigjend H.Hasan Basry Kandungan” maka istilah operasional yang perlu diuraikan adalah :

1. Kinerja

Kinerja organisasi terjadi ketika individu dan tim melaksanakan tugas yang ditugaskan dengan cara yang sah, bermoral, dan etis untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. (Onita Sari Sinaga., dkk, 2020). Penelitian ini melihat seberapa baik kinerja petugas casemix rawat jalan RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan saat mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan.

2. Staff Casemix

Staff Casemix merupakan staff yang bertugas dalam pengelolaan rekam medis sampai dengan klaim BPJS. (Putri dkk., 2020, hlm.353), dengan adanya casemix yang lebih baik, diharapkan adanya pelayanan BPJS yang lebih efektif dan efisien.

3. Rawat Jalan

Rawat jalan merupakan pelayanan medis kepada pasien untuk tujuan observasi diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa mengahruskan pasien tersebut dirawat inap. (Sihombing, 2022, hlm.54)

4. Pengajuan Klaim

Pengajuan adalah proses cara mengajukan, menyampaikan, menyajikan dari satu pihak ke pihak lainnya. 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 belah pihak. (Ilyas, 2011, hlm.163). Adapun pengajuan klaim yang dimaksud dalam penelitian ini adalah permintaan tagihan atau piutang dana klaim rawat jalan RSUD Brigjend H.Hasan Basry Kandangan kepada BPJS Kesehatan atas pelayanan kesehatan yang telah dilakukan oleh RSUD Brigjend H.Hasan Basry Kandangan terhadap pasien BPJS Kesehatan.

5. BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan usaha milik negara yang diberi wewenang oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi seluruh warga negara Indonesia, terutama untuk Pegawai Negara Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa. (Suryani & Suharyanto, 2016, hlm.115)

F. Kajian Pustaka/Kajian Terdahulu

Adapun penelitian terdahulu yang peneliti rasa sangat relevan dengan penelitian ini adalah sebagai berikut:

No	Penulis (Tahun)	Judul	Metode Penelitian	Perbedaan	Persamaan	Hasil Penelitian
1	Sella Tifani (2018)	Analisis kinerja agen asuransi	Penelitian ini berbentuk field research	PerbedaanNya terdapat di Objek	Sama-sama menganalisis bagaimana	Kinerja agen dalam perusahaan Prudential Life Assurance

		<p>dalam membantu penyelesaian klaim Asuransi Jiwa Syariah (Studi Kasus Pada PT.Prudential Life Assurance Cabang Cilegon)</p>	<p>atau penelitian lapangan. Metode dalam penelitian ini menggunakan analisis kualitatif dengan menggunakan metode deskriptif.</p>	<p>penelitian, yang mana penelitian terdahulu mengacu pada penyelesaian klaim Asuransi Jiwa Syariah sedangkan peneliti hanya mengacu pada menyelesaikan pengajuan klaim BPJS Kesehatan.</p>	<p>tenaga kerja yang berpengaruh cukup besar terhadap kinerja yang timbal baliknya untuk nasabah/peserta.</p>	<p>membantu peserta yang kesulitan dalam menyelesaikan persyaratan klaim seperti memberikan informasi atau petunjuk dalam mengisi formulir rawat inap ataupun rawat jalan, melengkapi dokumen-dokumen yang dibutuhkan, menemani peserta ke layanan pelanggan dan menunda pelepasan klaim hingga temuan verifikasi dan validasi tersedia. Klaim asuransi dibayarkan sesuai dengan kontrak yang dibuat pada awal perjanjian; namun, jumlah klaim dapat bervariasi sesuai dengan jumlah premi.</p>
--	--	---	--	---	---	---

2	Achmad Zarkasih (2011)	Analisis kinerja sumber daya manusia pada Asuransi Jiwa Bringin Life	Penelitian ini secara kualitatif dan kuantitatif dengan prosedur bersifat deskriptif.	Perbedaan- Nya terdapat pada objek penelitian, yang mana penelitian ini meneliti kinerja sumber daya manusia pada Asuransi Jiwa Bringin Life sedangkan objek penelitian yang dilakukan peneliti adalah kinerja staff casemix rawat jalan dalam menyelesaikan pengajuan	Sama-sama menganalisis tenaga kerja yang berpengaruh dalam asuransi berkinerja dengan baik sesuai dengan faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu pekerjaan yang mereka lakukan.	Tingkat produktivitas kinerja sumber daya manusia PT. Asuransi Jiwa Bringin Life sangatlah bagus terlihat dari kinerjanya. Karena PT. Asuransi Jiwa Bringin Life dari tahun ketahun selalu mendapat penghargaan dari berbagai instansi, yang meliputi predikat kinerja keuangan dari majalah info Bank, penghargaan Superbrans. Yang mana penghargaan ini di perole PT. Asuransi Jiwa Bringin Life berkat dukungan masyarakat dan kepercayaan masyarakat atas keikutsertaan masyarakat menjadi
---	------------------------	--	---	--	---	--

				klaim BPJS Kesehatan.		nasabah PT. Asuransi Jiwa Bringin Life.
--	--	--	--	-----------------------	--	---

G. Sistematika Pembahasan

Sistematika penulisan memberikan gambaran singkat tentang apa yang akan ditulis dalam setiap bagian penelitian ini.

BAB I adalah Pendahuluan, yang meliputi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, signifikansi/manfaat penelitian, definisi operasional, kajian pustaka/penelitian terdahulu, dan sistematika penulisan.

BAB II adalah Landasan Teori. Pada bab ini disajikan informasi mengenai beberapa teori yang berkaitan dengan bahasan penelitian yakni tentang kinerja yang mengacu pada manajemen kinerja dan pengelolaan sumber daya manusia/inasani, teori berikutnya tentang klaim, pengajuan klaim rawat jalan rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

BAB III adalah Metode Penelitian. Pada bab ini disajikan informasi secara deskriptif tentang bagaimana penelitian dilaksanakan dan metode analisis.

BAB IV adalah Hasil Penelitian. Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil dari analisa yang telah dilakukan dan kemudian akan dipaparkan secara sistematis.

BAB V adalah Penutup. Pada bab ini memuat tentang uraian kesimpulan yang didapat dari hasil penelitian serta beberapa saran yang akan ditujukan kepada para piak terkait dan berkepentingan.