

BAB II

KAJIAN TEORI DAN PUSTAKA

A. PROSEDUR

Prosedur berasal dari bahasa Latin, yaitu kata "procedere" yang berarti "untuk maju" atau "bergerak menuju." Dalam evolusinya, kata ini mengadopsi makna yang melibatkan serangkaian langkah-langkah terinci atau aturan yang harus diikuti untuk mencapai suatu tujuan atau menyelesaikan suatu tugas. Penggunaan prosedur mencerminkan upaya untuk memberikan struktur dan arah dalam pelaksanaan suatu aktivitas.

Prosedur dapat ditemukan dalam berbagai konteks, baik di dunia bisnis, organisasi, maupun kehidupan sehari-hari. Mereka merupakan panduan atau aturan yang membantu individu atau kelompok dalam menjalankan suatu pekerjaan dengan teratur dan efisien. Dengan adanya prosedur, individu dapat memiliki acuan yang jelas untuk melaksanakan tugas mereka, mengurangi risiko kesalahan, dan meningkatkan konsistensi dalam pelaksanaan aktivitas.

Fungsi utama prosedur adalah memberikan kerangka kerja yang terstruktur dan terukur untuk mencapai hasil tertentu. Mereka juga berperan dalam menciptakan keteraturan dan kedisiplinan dalam pelaksanaan pekerjaan. Dengan memiliki prosedur yang baik, sebuah organisasi dapat meningkatkan efisiensi operasionalnya, memastikan kualitas hasil, dan meminimalkan risiko terjadinya ketidakpastian atau kebingungan dalam pelaksanaan tugas.

1. Pengertian Prosedur

- a) Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) prosedur merupakan tahap kegiatan untuk menyelesaikan suatu aktivitas.
- b) Menurut Para Ahli

Prosedur adalah suatu kegiatan klerikal, biasanya melibatkan orang dalam suatu departemen atau lebih yang dibuat untuk menjamin penanganan secara seragam transaksi perusahaan yang terjadi berulang-ulang (Mulyadi, 2008).

Prosedur merupakan suatu urutan-urutan pekerjaan kerani (clerical), biasanya melibatkan beberapa orang dalam suatu bagian atau lebih, disusun untuk menjamin adanya prosedur harus dijalankan dengan baik

dan benar supaya tujuan utama dari sebuah perusahaan atau institusi dapat tercapai (Baridwan, 2010).

Prosedur merupakan urutan langkah-langkah (pelaksanaan-pelaksanaan pekerjaan), di mana pekerjaan tersebut dilakukan, berhubungan dengan apa yang dilakukan, bagaimana melakukannya, bilamana melakukannya, di mana melakukannya, dan siapa yang melakukannya (Nuraida, 2008).

Dapat disimpulkan dari beberapa ahli bahwa prosedur adalah suatu urutan kegiatan yang berkaitan untuk mencapai tujuan tertentu, yang biasanya melibatkan beberapa orang dalam penanganan transaksi pada suatu perusahaan yang terjadi berulang-ulang.

2. Jenis Prosedur

Menurut Rasto (2015: 50) dalam buku Manajemen Perkantoran. Atas dasar tujuan yang dilayani, prosedur dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu prosedur primer dan prosedur sekunder.

- a) Prosedur primer, dimaksudkan untuk memperlancar penyelesaian pekerjaan sehari-hari. Beberapa contoh dari jenis ini adalah prosedur pesanan, penagihan, dan prosedur pembelian.
- b) Prosedur sekunder, dimaksudkan untuk memfasilitasi pekerjaan yang dilakukan oleh prosedur primer. Beberapa contoh dari jenis ini adalah prosedur surat-menyurat, layanan telepon, dan layanan arsip.

3. Karakteristik Prosedur

Karakteristik Prosedur menurut Mulyadi (2016) diantaranya adalah :

- a) Prosedur menunjang tercapainya tujuan organisasi.
- b) Prosedur mampu menciptakan adanya pengawasan yang baik dan menggunakan biaya seminimal mungkin.
- c) Prosedur menunjukkan urutan-urutan yang logis dan sederhana.
- d) Prosedur menunjukkan adanya penetapan keputusan dan tanggung jawab.
- e) Prosedur menunjukkan tidak adanya keterlambatan dan hambatan.

4. Manfaat Prosedur

Prosedur mempunyai beberapa manfaat, berikut macam-macam manfaat prosedur (Sukmadian, 2017) :

- a) Lebih mempermudah dalam memastikan pengambilan langkah.
- b) Sebagai sesuatu petunjuk kerja yang jelas yang pastinya wajib dipatuhi.
- c) Membuat serta meningkatkan produktivitas kerja yang efektif dan efisien.
- d) Merubah pekerjaan yang berulang-ulang menjadi rutin serta terbatas, sehingga membuat pelaksana dalam melakukan pekerjaannya.
- e) Mencegah dalam terjadinya penyimpangan serta memudahkan pengawasan, apabila terjadi penyimpangan maka dapat segera diadakan perbaikan.

B. KLAIM

1. Pengertian Klaim

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia klaim merupakan suatu tindakan pengakuan atas kepemilikan bahwa seseorang memiliki suatu hak atas sesuatu, dan juga pernyataan tentang kebenaran suatu fakta. Klaim merujuk pada permintaan atau tuntutan atas pembayaran atau penggantian atas suatu layanan, jasa, atau kerugian yang diajukan kepada pihak yang bertanggung jawab. Dalam konteks BPJS Kesehatan, klaim mengacu pada permintaan pembayaran atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan oleh penyedia layanan kesehatan, seperti rumah sakit atau klinik. Klaim ini mencakup proses pengajuan, verifikasi, dan pembayaran atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta. Dengan demikian, klaim merupakan mekanisme penting dalam sistem asuransi kesehatan yang memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk memperoleh pembayaran atas pelayanan yang telah disediakan kepada peserta asuransi.

Menurut Pamjaki (2014) klaim adalah sesuatu dimana tertanggung membuktikan kerugian yang ditanggung dan menyertakan bukti yang

diperlukan kepada perusahaan asuransi untuk menerima klaim dan memberikan manfaat untuk menggambarkan proses tersebut.

Menurut Ilyas (2011) definisi klaim adalah suatu permintaan dari salah satu pihak diantara dua belah pihak yang mempunyai ikatan atau telah melakukan perjanjian agar haknya terpenuhi. Salah satu dari kedua belah pihak yang mempunyai ikatan tersebut mengajukan klaimnya terhadap pihak penanggung sesuai dengan perjanjian atau provisi polis yang telah disepakati bersama.

Menurut Khoiril (2007:37) klaim adalah suatu tuntutan peserta, ahli warisnya, atau pihak yang terlibat dalam perjanjian dengan perusahaan asuransi akibat musibah yang menimpa peserta hingga menyebabkan kerugian dan peserta berhak memperoleh pertanggungan sesuai dengan perjanjian.

2. Jenis-jenis Klaim

Bentuk-bentuk klaim bermacam-macam

a) Klaim atas kematian.

Klaim tersebut muncul ketika penerima manfaat atau pemohon yang disebutkan dalam polis telah meninggal dunia sementara polis masih berlaku.

b) Klaim atas polis/pengembalian Saldo Tunai.

Klaim timbul ketika polis telah menghasilkan saldo tunai, sementara pemegang polis mengakhiri perjanjian asuransi.

c) Klaim atas berakhirnya kontrak.

Klaim tersebut timbul ketika jangka waktu perjanjian asuransi telah berakhir, sementara polis masih berlaku (premi telah dibayar selama jangka waktu kontrak).

d) Pengobatan.

e) Klaim atas rawat inap dan rawat jalan.

Klaim tersebut timbul karena pemohon menderita penyakit dan memerlukan rawat inap atau hanya rawat jalan.

C. BPJS KESEHATAN

1. Pengertian BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disebut BPJS. BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS menurut UU Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial (Putri, 2014).

BPJS Kesehatan, atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, adalah lembaga di Indonesia yang bertanggung jawab untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat. Didirikan pada tahun 2014, BPJS Kesehatan memiliki misi untuk memberikan perlindungan kesehatan yang menyeluruh kepada seluruh penduduk Indonesia. Program ini mencakup berbagai jenis pelayanan kesehatan, mulai dari pencegahan hingga pengobatan penyakit serius.

Salah satu aspek penting dari BPJS Kesehatan adalah keberpihakan terhadap akses pelayanan kesehatan bagi semua lapisan masyarakat. Program ini dirancang untuk mencakup segala kalangan, termasuk mereka yang mungkin tidak mampu membayar premi asuransi kesehatan secara penuh. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Pendanaan BPJS Kesehatan didukung oleh kontribusi premi yang dibayarkan oleh peserta, pemerintah, dan pemberi kerja. Sistem ini memastikan bahwa setiap peserta memiliki akses ke pelayanan kesehatan tanpa harus khawatir akan biaya yang tinggi. Selain itu, BPJS Kesehatan juga memberikan manfaat perlindungan finansial dalam menghadapi risiko kesehatan yang tidak terduga.

Walaupun memiliki tujuan yang mulia, BPJS Kesehatan juga dihadapkan pada beberapa tantangan, seperti keterbatasan anggaran dan peningkatan biaya pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, perlu terus dilakukan evaluasi

dan peningkatan sistem agar program ini dapat memberikan dampak positif yang maksimal bagi kesejahteraan masyarakat Indonesia. Seiring berjalannya waktu, BPJS Kesehatan terus berupaya meningkatkan layanan dan cakupan pelayanannya. Ini mencakup pengembangan sistem teknologi informasi untuk memudahkan administrasi dan pelayanan kepada peserta. Dengan terus berupaya dan berkolaborasi dengan berbagai pihak, BPJS Kesehatan diharapkan dapat terus menjadi pilar utama dalam meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia.

Di dalam rumah sakit, keberadaan BPJS Kesehatan juga mempermudah proses administrasi terkait klaim dan pembayaran layanan kesehatan. Rumah sakit dapat langsung berinteraksi dengan BPJS Kesehatan dalam menangani administrasi kepesertaan dan klaim pembayaran, mempercepat proses tersebut dan mengurangi potensi kesalahan administrasi. Dengan demikian, rumah sakit dapat fokus pada pelayanan medis dan perawatan pasien tanpa harus terbebani oleh urusan administratif yang kompleks.

Penting untuk dicatat bahwa kolaborasi antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit bukan hanya terbatas pada aspek administratif. BPJS Kesehatan juga berperan dalam memastikan bahwa rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Hal ini melibatkan pengawasan dan audit untuk memastikan bahwa rumah sakit memenuhi persyaratan kualitas pelayanan dan memberikan perawatan yang aman dan efektif.

Meskipun adanya manfaat, masih terdapat beberapa tantangan terkait dengan keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada rumah sakit. Hal ini dapat berdampak pada likuiditas rumah sakit dan kemampuannya untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang optimal. Oleh karena itu, perlu terus dilakukan perbaikan dalam sistem pembayaran dan peningkatan kerja sama antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit. Dengan sinergi yang baik antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit, diharapkan bahwa pelayanan kesehatan di Indonesia dapat terus meningkat. Melalui kerja sama ini, masyarakat dapat merasakan manfaat langsung

dalam bentuk akses pelayanan kesehatan yang lebih mudah dan terjangkau di rumah sakit.

2. Tujuan Dibentuknya BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang di bentuk pemerintah Indonesia khusus untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan nasional. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya yang disebut dengan UU BPJS menyebutkan bahwa, "BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan". Jaminan kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Pasal 2 UU BPJS, disebutkan BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan asas: (1) kemanusiaan, (2) manfaat, dan (3) keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam penjelasan Pasal 2 UU BPJS, menerangkan:

- a. Yang dimaksud dengan "asas kemanusiaan" adalah asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia.
- b. Yang dimaksud dengan "asas manfaat" adalah asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif.

3. Peserta BPJS Kesehatan

Peserta adalah setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang telah membayar iuran. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah atau imbalan dalam bentuk lainnya. Pemberi kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya. Peserta dari Jaminan Kesehatan Nasional meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan bukan PBI (Kementerian Kesehatan RI, 2014:21). Peserta PBI meliputi

orang-orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. Peserta bukan PBI adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang yang tidak mampu yang terdiri atas:

- a. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu PNS, anggota TNI, Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non PNS, Pegawai Swasta dan pekerja lainnya yang menerima upah
- b. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan pekerja bukan penerima upah
- c. Bukan pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas, investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan dan bukan pekerja yang mampu membayar iuran
- d. Penerima pensiun
- e. WNI di luar negeri

Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas peserta dan manfaat pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk membayar iuran, melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili atau pindah kerja (Kementerian Kesehatan RI, 2014:24).

4. Manfaat BPJS Kesehatan

- a. BPJS Kesehatan memastikan bahwa setiap peserta, tanpa memandang status sosial atau ekonomi, memiliki akses ke layanan kesehatan yang diperlukan. Ini menciptakan lingkungan yang mendukung pelayanan kesehatan universal, di mana setiap warga negara dapat memperoleh perawatan medis yang mereka butuhkan.
- b. BPJS Kesehatan memberikan perlindungan finansial kepada pesertanya. Dengan membayar premi, peserta dapat mengurangi beban biaya pengobatan dan perawatan kesehatan. Ini membantu mencegah kemiskinan kesehatan, di mana biaya pengobatan yang tinggi dapat menjadi beban finansial yang berat bagi keluarga.

- c. Dengan adanya BPJS Kesehatan, konsep keadilan sosial dalam pelayanan kesehatan menjadi lebih mungkin. Semua peserta memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan berkualitas tanpa diskriminasi. Hal ini mendukung visi keadilan sosial yang tercantum dalam Pancasila sebagai dasar negara Indonesia.
- d. BPJS Kesehatan membantu masyarakat mengelola risiko kesehatan dengan menyediakan jaminan dalam menghadapi risiko sakit atau kecelakaan. Peserta tidak perlu khawatir terlalu banyak tentang biaya medis yang tidak terduga, karena BPJS Kesehatan memberikan kepastian dalam hal pembiayaan pelayanan kesehatan.
- e. Dengan adanya BPJS Kesehatan, pemerintah dapat mengalihkan sebagian besar tanggung jawab pembiayaan kesehatan kepada peserta. Hal ini membantu mengurangi beban anggaran pemerintah dalam menyediakan pelayanan kesehatan bagi seluruh populasi, sementara tetap memberikan perlindungan dan manfaat kesehatan kepada masyarakat.

5. Peran BPJS Kesehatan di Rumah Sakit

Peran BPJS Kesehatan di rumah sakit sangat penting dalam konteks penyediaan pelayanan kesehatan yang merata dan terjangkau bagi masyarakat. Salah satu peran utamanya adalah memastikan bahwa setiap peserta BPJS Kesehatan dapat mengakses berbagai jenis layanan medis di rumah sakit tanpa khawatir terhadap beban biaya yang tinggi. Dengan sistem jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS, rumah sakit memiliki kerangka kerja yang lebih terstruktur untuk memberikan pelayanan kepada peserta, termasuk penanganan administrasi klaim dan pembayaran.

BPJS Kesehatan juga memiliki peran kunci dalam memfasilitasi administrasi kepesertaan dan klaim pembayaran di rumah sakit. Melalui prosedur klaim yang terstandarisasi, rumah sakit dapat dengan lebih efisien mengelola administrasi yang terkait dengan peserta BPJS. Hal ini memberikan manfaat tidak hanya bagi rumah sakit dalam memastikan

kelancaran operasional, tetapi juga bagi peserta yang dapat dengan mudah mengakses klaim pelayanan kesehatan mereka.

Pengawasan dan audit yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan juga menjadi peran yang tidak dapat diabaikan. BPJS Kesehatan memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa rumah sakit memenuhi standar kualitas tertentu dalam memberikan pelayanan kesehatan. Dengan adanya pengawasan ini, diharapkan kualitas pelayanan di rumah sakit dapat terus meningkat, memberikan kepercayaan kepada peserta BPJS terkait kualitas perawatan yang mereka terima.

Keterlibatan BPJS Kesehatan juga dapat memainkan peran penting dalam membantu rumah sakit mengatasi tantangan keuangan yang mungkin timbul akibat keterlambatan pembayaran klaim. Dengan komunikasi yang baik antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit, upaya dapat dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut agar pelayanan kesehatan tetap optimal dan berkelanjutan.

Secara keseluruhan, peran BPJS Kesehatan di rumah sakit tidak hanya bersifat finansial, tetapi juga mencakup aspek administratif, pengawasan kualitas, dan dukungan dalam menghadapi tantangan operasional. Kerjasama yang baik antara BPJS Kesehatan dan rumah sakit menjadi kunci untuk mencapai tujuan bersama dalam meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia.