

## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Definisi Rawat Inap

Definisi *American Hospital Association* di tahun 1978 menyatakan bahwa rumah sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan kepada pasien-diagnostik dan terapeutik-untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan, baik yang bersifat bedah maupun non bedah. Rumah sakit harus dibangun, dilengkapi dan dipelihara dengan baik untuk menjamin kesehatan dan keselamatan pasiennya dan harus menyediakan fasilitas yang lapang, tidak berdesak-desakan dan terjamin sanitasinya bagi kesembuhan pasien.

Rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan rumah sakit dimana penderita tinggal/mondok sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari pelaksana pelayanan kesehatan atau rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan lain. Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan, yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik, dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap. Di dalam ruang perawatan terdapat pelayanan sebagai berikut:

#### a) Pelayanan Tenaga Medis

Tenaga medis adalah ahli kedokteran yang fungsi utamanya memberikan pelayanan medis kepada pasien dengan mutu sebaik-baiknya dengan menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggungjawabkan (Soemarja Aniroen, 1991). Tenaga medis ini dapat sebagai dokter umum maupun dokter spesialis yang terlatih dan diharapkan memiliki rasa pengabdian yang tinggi dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

Pasien selain mengharapkan tenaga medis yang dapat mengetahui dan menyembuhkan penyakitnya juga mengharapkan agar para tenaga medis tersebut dapat memberikan kasih sayang, rasa aman, penuh perhatian dan

pengabdian, berusaha dengan sungguh-sungguh dan mengobati dan merawatnya (Avedis Donabedian).

b) Pelayanan Tenaga Para Medis

Pekerjaan dari pelayanan perawat adalah memberikan pelayanan kepada penderita dengan baik, yaitu memberikan pertolongan dengan dilandasi keahlian, kepada pasien-pasien yang mengalami gangguan fisik dan gangguan kejiwaan orang dalam masa penyembuhan dan orang-orang yang kurang sehat dan kurang kuat. Dengan pertolongan tersebut mereka yang membutuhkan pertolongan mampu belajar sendiri untuk hidup dengan keterbatasan yang ada dalam lingkungan.

c) Lingkungan Fisik Ruang Perawatan

Ada administrator rumah sakit yang mengatakan bahwa pengelola RS yang baik ibarat mengelola sebuah hotel. Diperlukan suasana yang tenang, nyaman, bersih, asri, aman, tenteram dan sebagainya. Untuk menuju kearah itu sebenarnya RS telah mempunyai dasar acuan Permenkes No 982/92, tentang persyaratan kesehatan lingkungan RS antara lain :

- Lokasi atau lingkungan RS : tenang, nyaman, aman, terhindar dari pencemaran, selalu dalam keadaan bersih.
- Ruangnya : lantai dan dinding bersih, penerangan yang cukup, tersedia tempat sampah, bebas bau yang tidak sedap. Bebas dari gangguan serangga, tikus, dan binatang pengganggu lainnya. Lubang ventilasi yang cukup, menjamin penggantian udara dalam kamar dengan baik.
- Atap langit-langit, pintu sesuai syarat yang telah ditentukan.

Untuk menjaga dan memelihara kondisi ini, bukan hanya tugas pimpinan tapi menjadi tugas semua karyawan RS termasuk pasien dan pengunjung. Dengan demikian akan diperoleh suasana yang nyaman, asri, aman, tenteram, bebas dari segala gangguan sehingga dapat memberikan kepuasan pasien dalam membantu proses penyembuhan penyakitnya.

d) Pelayanan Penunjang Medis

Umumnya pasien rawat inap merasa puas bila seluruh pemeriksaan dan pengobatan sudah disiapkan oleh RS. Demikian juga kebutuhan-kebutuhan

mendadak seperti alat-alat selalu sudah tersedia dan siap pakai. Untuk penyediaan perlengkapan-perengkapan ruangan yang modern seperti TV, AC, telepon dan lain-lain tergantung pada kebutuhan dan kemampuan pasien untuk membayar. Di dalam RS pelayanan kesehatan hampir seluruhnya merupakan pemberian obat. Obat dan semua alat untuk melakukan pengobatan tidak dapat dipisahkan dari RS dan tersedianya merupakan suatu keharusan yang mutlak. Bagian farmasi RS bertanggung jawab atas kuantitas maupun kualitasnya, baik dari mulai pengadaannya, pendistribusiannya sampai pada pengawasannya. Penyaluran pada pasien harus tepat dalam waktu, jumlah dan cara pemakaiannya. Demikian obat-obatan harus tersedia saat bila diperlukan dan memenuhi standar yang diwajibkan.

Makanan yang dihidangkan harus dalam jumlah perkiraan kebutuhan, enak dipandang, dapat dicerna dengan baik, bebas dari kontaminasi, memperhatikan nutrisi dan memenuhi standar resep, serta penyajiannya pada waktu yang tepat dan teratur. Pada hakekatnya pelayanan gizi adalah penerapan ilmu dan seni dalam membantu seseorang dalam keadaan sehat atau sakit untuk memilih dan memperoleh makanan yang sesuai guna memenuhi kebutuhan gizi tubuh. Di RS pelayanan ini ditunjukkan kepada pasien rawat inap, rawat jalan serta karyawan.

e) Pelayanan Administrasi dan Keuangan

Untuk pasien umum, dibagian ini dilakukan prosedur penerimaan uang muka perawatan, penagihan berkala dan penyelesaian rekening pada saat pasien akan keluar dari RS. Untuk penyelesaian rekening, kuitansi harus dibuat rinci atas biaya pengobatan, pemeriksaan dan perawatan yang diperoleh pasien selama di RS.

## 2.2 Klaim

Penggunaan istilah klaim dalam kenyataan sehari-hari telah berkembang sesuai dengan perkembangan konsep dan model asuransi kesehatan. Pada asuransi kesehatan komersial (*indemnity*) yang ditandai dengan pembayaran *fee for service* kepada pelayanan kesehatan (PPK). Klaim dalam hal ini merupakan pengajuan ganti bayar (*reimbursement*) oleh peserta kepada perusahaan asuransi atas

pembiayaan pelayanan kesehatan yang telah dibayarkan. Pada perkembangan berikutnya pada model *managed care* yang berorientasi pada pengendalian biaya dimana diterapkan pembayaran pra upaya kepada *providers*, klaim peserta hanya terjadi pada kondisi-kondisi tertentu, misalnya pada kasus gawat darurat atau *emergency*.

Menurut Yaslis Ilyas dalam buku “Mengenal Asuransi Kesehatan, Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan *Fraud* (Kecurangan Asuransi Kesehatan)” tahun 2006, 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. Sedangkan pengertian klaim menurut Juklak-Juknis JPK-Gakin 2007 adalah tagihan yang diajukan oleh provider/PPK kepada Dinas Kesehatan DKI Jakarta sebagai pengelola atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada keluarga miskin dan kurang mampu dengan dilengkapi bukti-bukti biaya pelayanan kesehatan.

### 2.2.1 Administrasi Klaim

Administrasi klaim menurut definisi HIAA (*Health Insurance Association of America*) adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan kejadian sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim. Secara singkat, administrasi klaim merupakan proses yang terdiri dari :

- Penerimaan klaim, merupakan pengumpulan data yang berhubungan dengan kesakitan serta biaya yang dikeluarkan
- Pemeriksaan klaim (verifikasi klaim), dilakukan dengan cara membandingkan klaim peserta dengan provisi polis
- Menentukan jumlah klaim yang akan dibayarkan kepada tertanggung
- Melakukan pembayaran klaim

Administrasi klaim mempunyai tiga tujuan, yaitu membayar seluruh klaim yang telah diverifikasi dan tepat sesuai dengan polis, mengumpulkan dan mengelola data klaim yang tersedia untuk akuntan/laporan, statistik, analisa dan

penyelidikan terhadap data yang meragukan dan data yang diperlukan untuk pembayaran, serta melakukan penekanan biaya (*cost containment*) dalam rangka mencapai tujuan perusahaan dalam memperoleh profit yang maksimal. Dalam proses pelaksanaan untuk mencapai tujuan tersebut, administrasi klaim melibatkan beberapa unsur sebagai berikut :

a) Tertanggung

Dalam hal ini tertanggung (*insured*) sesegera mungkin harus melaporkan atau memberi informasi dan mengajukan berkas klaim kepada pihak penanggung atau perusahaan asuransi (*insurer*). Dalam mengajukan berkas klaim, ada beberapa hal yang harus dipenuhi tertanggung, yaitu melengkapi berkas-berkas klaim seperti kuitansi asli, resep obat dan data lain, misalnya surat jaminan pelayanan kesehatan (presertifikasi) untuk kasus rawat inap dan pembedahan.

b) Pemegang Polis

Untuk program asuransi kesehatan kepesertaan kelompok (*group health insurance*), polis biasanya dipegang oleh divisi atau bagian personalia. Dalam hal administrasi klaim, pemegang polis secepatnya harus memberi konfirmasi kepada perusahaan asuransi tentang adanya peserta yang mengajukan klaim dan memastikan bahwa pengaju klaim atau tertanggung masih *eligible*. Dalam pengajuan klaim, pemegang polis juga berperan dalam melakukan skrining terhadap kelengkapan berkas klaim dan eligibilitas pengaju klaim sebelum diajukan ke perusahaan asuransi. Pemegang polis merupakan mitra kerjasama perusahaan asuransi dalam melakukan investigasi atau penyelidikan terhadap klaim-klaim yang bermasalah.

c) Perusahaan Asuransi Kesehatan

Dalam hal ini perusahaan asuransi harus dapat dan bersedia mengembangkan prinsip-prinsip manajemen klaim yang baik dan benar, dan tidak merugikan tertanggung. Prosedur klaim yang ditetapkan juga harus efektif dan efisien, disamping harus mampu melakukan penekanan biaya (*cost containment*). Perusahaan asuransi harus menyediakan pedoman dan petunjuk yang jelas mengenai prosedur dan proses klaim kepada setiap tertanggung terutama kepada pemegang polis atau *group health insurance*.

#### d) Provider Pelayanan Kesehatan

Dalam administrasi klaim, provider pelayanan kesehatan baik rumah sakit, klinik, apotik ataupun dokter praktek harus memberikan informasi yang jelas dan benar mengenai pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada tertanggung. Pelayanan kesehatan yang diberikan harus sesuai dengan hak-hak tertanggung tentang pelayanan kesehatan yang dijamin oleh perusahaan. Ada produk asuransi kesehatan yang membatasi pelayanan untuk kehamilan, melahirkan, penyakit akibat hubungan seksual, HIV, gagal ginjal dan bedah jantung. Ada juga polis yang membatasi semua pelayanan yang berkaitan dengan kecantikan, kebugaran, vitamin dan *food supplement* tidak dijamin oleh perusahaan asuransi, pengecualian pelayanan kesehatan harus diketahui oleh semua pihak secara jelas dan sadar untuk mencegah terjadinya kesalahpahaman. Hal ini sering menimbulkan konflik antara perusahaan asuransi, tertanggung dan pemberi pelayanan kesehatan.

#### 2.2.2 Prosesi Klaim

Prosesi klaim adalah serangkaian kegiatan untuk meneliti dan membuktikan bahwa telah terjadi transaksi yang wajar dan biasa serta melakukan pembayaran yang sesuai pada waktu yang telah ditetapkan. Prosesi klaim merupakan kegiatan yang kompleks, mulai dari klaim diterima sampai dengan klaim dibayarkan atau ditolak. Tujuan prosesi klaim adalah untuk :

- Membayar semua klaim yang *valid*
- Mengidentifikasi kemungkinan berbagai tindakan kecurangan, baik disengaja (*fraud*) 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*)

Prosesi klaim meliputi kegiatan verifikasi dan adjudikasi (pembayaran) serta melakukan investigasi bila dicurigai ada kecurangan-kecurangan, baik disengaja (*fraud*) ataupun yang tidak disengaja (*abuse*). Sebelum klaim diajukan, ada beberapa syarat yang harus dilengkapi, baik untuk rawat jalan maupun untuk rawat inap. Menurut Yaslis Ilyas dalam buku “Mengenal Asuransi Kesehatan,

Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan *Fraud* (Kecuran Asuransi Kesehatan)” tahun 2006, hampir seluruh perusahaan asuransi di Indonesia masih menggunakan klaim kit yang terdiri dari sejumlah formulir, identitas diri dan bukti transaksi yang telah terjadi. Berikut adalah syarat yang harus dipenuhi pada prosesi klaim manual, dimana penagih klaim harus menyerahkan klaimkit secara lengkap kepada asuradur, yaitu :

a) Rawat Jalan

- 1) Fotocopy kartu peserta yang masih berlaku
- 2) Formulir “keterangan medik”, yang berupa :
  - ✓ Identitas pasien
  - ✓ Tanggal pemeriksaan
  - ✓ Diagnosa
  - ✓ Tindakan yang dilakukan/tindakan khusus
  - ✓ Rincian biaya
  - ✓ Tanda tangan dokter yang memeriksa dan pasien
- 3) Fotocopy resep
- 4) Formulir-formulir penunjang diagnostik yang dilakukan
- 5) Kuitansi asli (disertakan materai sesuai ketentuan pemerintah) dari PPK yang mengajukan klaim

b) Rawat Inap

- 1) Fotocopy kartu peserta yang masih berlaku
- 2) Kuitansi asli (disertakan materai sesuai ketentuan pemerintah) dari PPK yang mengajukan klaim
- 3) Rincian biaya/*billing* rumah sakit
- 4) *Copy* hasil pemeriksaan penunjang diagnostik, jenis obat-obatan dan tindakan khusus
- 5) *Resume* medik dari dokter yang merawat, yang menggambarkan riwayat penyakit selama dalam perawatan
- 6) Surat jaminan yang dikeluarkan oleh perusahaan asuransi (presertifikasi)

Tahapan dari prosesi klaim pada setiap perusahaan asuransi dapat bervariasi, tetapi perbedaannya relatif kecil. Secara umum, langkah-langkah prosedur klaim adalah sebagai berikut:

a) Penerimaan dan Perampungan Klaim

Dilakukan pengecekan ulang terhadap berkas-berkas yang diajukan. Hal yang perlu dipertanyakan adalah “Apakah berkas-berkas klaim tersebut sesuai dengan syarat-syarat yang diberlakukan dan disepakati oleh kedua belah pihak?”

b) Telaah dan Verifikasi Klaim

Klaim yang diterima oleh unit klaim sebelum diputuskan untuk dibayar perlu ditelaah lebih secara cermat terlebih dahulu. Untuk itu ada langkah-langkah baku yang biasanya dilakukan oleh perusahaan asuransi. Menurut Yaslis Ilyas (2006), beberapa tahapan yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Keabsahan pihak yang mengajukan klaim
- 2) Kelengkapan formulir klaim, termasuk didalamnya tanda tangan dokter yang memeriksa dan peserta
- 3) Kesesuaian klaim dengan kesepakatan kedua belah pihak atau polis, khususnya mengenai :
  - ✓ Batasan pelayanan
  - ✓ Batasan biaya
  - ✓ Pengecualian tindakan
- 4) Batas waktu pengajuan klaim
- 5) Kewajaran klaim, yaitu kewajaran antara diagnosa, jenis obat yang diberikan dan tindakan yang dilakukan

Selain beberapa hal di atas, menurut Ramli (1999) terdapat hal lain yang juga harus diperhatikan dalam pemeriksaan klaim, yaitu :

a) Pengecualian (Exclusion)

Apabila suatu kontrak asuransi menetapkan biaya pengobatan, perusahaan asuransi akan mengidentifikasi dalam kontrak itu, biaya-biaya yang tidak akan ditutup oleh polis. Biaya-biaya ini disebut pengecualian (exclusion). Setiap jenis kontrak asuransi pengobatan mempunyai pengecualian-pengecualian yang berbeda sehingga pemeriksaan klaim harus memeriksa kontrak yang bersangkutan sebelum satu klaim dapat diproses. Jika suatu biaya dikecualikan dari suatu penutupan polis, maka klaim tersebut tidak akan dibayar.



b) Masa Waktu Menunggu

Masa waktu menunggu dipakai baik dalam asuransi biaya pengobatan, maupun pendapatan kelumpuhan. Dalam polis asuransi biaya pengobatan, masa waktu menunggu adalah satu jumlah waktu yang ditetapkan menyusul penerbitan polis yang selama itu biaya-biaya pengobatan tidak ditanggung oleh polis. Maksud dari masa waktu menunggu ini adalah untuk melindungi perusahaan asuransi dari beban-beban yang terjadi dan disebabkan suatu penyakit yang mungkin sudah diketahui tertanggung sebelum kontrak asuransi itu ditanda tangani.

c) Kondisi Pre-Existing

Pada polis asuransi biaya pengobatan biasanya berisi tentang ketentuan kondisi yang ada sebelumnya yang menyatakan bahwa untuk satu kurun waktu tertentu tidak ada santunan yang dapat dibayarkan jika kondisi yang menghasilkan suatu klaim memanifestasikan diri sendiri sebelum tanggal penerbitan dan tidak diungkapkan dalam surat permintaan.

Ketentuan kondisi yang ada sebelumnya dirancang untuk mencegah orang-orang dari pembelian asuransi untuk menyediakan santunan-santunan buat permasalahan-permasalahan kesehatan yang sudah mereka ketahui, tetapi tidak diungkapkan kepada perusahaan asuransi. Satu kondisi yang ada sebelumnya diperjelas sebagai suatu cedera yang terjadi atau satu penyakit yang pertama kali terlihat sebelum polis itu diterbitkan. Biasanya penanggung dapat mengecualikan santunan-santunan yang ada pada kondisi sebelumnya selama dua atau lima tahun.

Sebagai hasil dari tahap telaah dan verifikasi/pemeriksaan klaim berdasarkan hal-hal di atas, dihasilkan keputusan terhadap klaim. Bentuk dari keputusan dapat bervariasi, tergantung temuan yang telah divalidasi oleh personel dan pimpinan unit klaim. Keputusan unit klaim dapat berupa :

a) Klaim ditolak seluruhnya

Biasanya hal ini terjadi apabila pelayanan kesehatan yang diterima oleh tertanggung tidak dijamin atau karena ditemukan ketidakwajaran dalam pengajuan klaim. Kebanyakan penolakan klaim terjadi karena pelayanan kesehatan yang diterima tidak tercakup dalam polis.

b) Klaim diterima sebagian

Apabila ada sebagian tagihan klaim yang diajukan, tidak dijamin dalam polis atau terkait dengan berbagai pengaturan seperti : pengecualian, *coordination of benefit*, limitasi atau pengaturan lainnya.

c) Klaim ditangguhkan penyelesaiannya

Biasanya pada klaim yang persyaratannya belum lengkap dan memerlukan penyelesaian dari kedua belah pihak.

d) Klaim diterima secara keseluruhan

Bila klaim tersebut wajar dan semua persyaratan prosedur klaim telah dipenuhi.

### 2.2.3 Klaim *Fraud* dan *Abuse*

Dalam pengajuan klaim, sering ditemui adanya indikasi kecurangan yang dilakukan baik oleh peserta, PPK ataupun keduanya, baik disengaja (*fraud*) ataupun tidak disengaja (*abuse*). Beberapa bentuk *fraud* dan *abuse* yang biasa ditemui dalam klaim asuransi kesehatan, misalnya :

- Tidak ada tanda tangan dari dokter yang memeriksa pada formulir klaim
- Pemalsuan formulir asli dan bukti pembayaran atau kuitansi
- Adanya bagian-bagian dari berkas klaim yang hilang atau tidak disertakan
- Kesalahan dalam penulisan istilah medis dan juga kesalahan dalam penggunaan dan penyingkatan istilah medis
- Tidak konsisten antara umur pasien dengan diagnosa
- Tagihan dari dokter menunjukkan banyaknya kunjungan dan pelayanan, tapi tidak didukung oleh bukti-bukti lain, seperti resep atau keterangan-keterangan lain yang berhubungan dengan tagihan yang diajukan.
- Provider tidak dapat menemukan atau tidak memiliki catatan medis pasien
- Pasien dan provider beralamat sama
- Intensitas perawatan melebihi normal
- Rujukan tidak pada hari yang sama
- Tindakan multi spesialistik
- Tagihan dari provider terhadap tindakan medis yang sebenarnya tidak begitu diperlukan, berdasarkan kondisi diagnosa penyakit pasien.

### 2.3 JPK-Gakin

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Jakarta pada umumnya dan keluarga miskin pada khususnya telah dilakukan Uji Coba Sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-Gakin) di Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Tahun 2004 sebagaimana ditetapkan dalam Keputusan Gubernur provinsi daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 85 Tahun 2004.

Pelaksanaan program ini dilakukan di seluruh Puskesmas di wilayah DKI Jakarta, rumah sakit milik pemerintah provinsi DKI, serta rumah sakit swasta maupun daerah luar DKI yang telah memiliki ikatan kerjasama dengan Dinas Kesehatan DKI Jakarta dalam pelayanan pasien Keluarga Miskin (Gakin) dan tidak mampu (SKTM). Dalam pelaksanaan program JPK-Gakin, terdapat pelayanan yang dijamin maupun yang tidak dijamin oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta, antara lain :

- a) Pelayanan Kesehatan Yang Dijamin untuk rawat inap di kelas III Rumah Sakit, meliputi :
  - Perawatan kelas III di rumah sakit yang telah ber IKS dengan Dinas Kesehatan
  - Visit dokter spesialis/ dokter yang merawat
  - Obat-obatan yang diperlukan (DPHO, Generik, Formularium atau sesuai indikasi medis dengan surat keterangan komite medik/konsulen bagian atau departemen)
  - Penunjang diagnostik & tindakan yang sesuai dengan indikasi medis
  - Alat kesehatan dan bahan habis pakai yang diperlukan
- b) Pelayanan Kesehatan Yang Dijamin Dengan Pembatasan
  - Protesa dan alat bantu Yang Sesuai Indikasi Medis (gigi palsu, alat bantu dengar, kaca mata, dll)
- c) Pelayanan Kesehatan Yang tidak Dijamin
  - Pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur
  - Pelayanan atau perawatan yang berkaitan dengan tujuan kosmetik (bedah plastik, ortodontis, dll)
  - Medical Check Up
  - Vitamin atau pemberian suplemen tanpa indikasi medis

- Pengobatan alternatif (tradisional, terapi alternatif lain)
- Pengguguran kandungan tanpa indikasi medis (permintaan sendiri)
- Pemegang kartu asuransi lain

Dalam pengelolaan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Kurang Mampu melibatkan berbagai tindakan administrasi institusi terkait serta mempunyai tugas dan fungsi masing-masing, sebagai berikut :

a) Dinas Kesehatan, dengan fungsi sebagai berikut :

- Advokasi ke Pemda tentang JPK Gakin
- Memfasilitasi terbitnya SK pendukung
- Mempercepat proses pencairan dana APBD
- Menyusun Juklak & Juknis JPK bagi keluarga miskin dan kurang mampu
- Menentukan biaya Paket Pelayanan Essensial
- Melakukan sosialisasi ke PPK dan Lintas Program/ Lintas Sektor/ masyarakat
- Menandatangani Surat Keterangan Jaminan Pelayanan Kesehatan bagi penghuni Panti Sosial/Panti Asuhan/Rumah Singgah yang ditetapkan
- Mencairkan dana JPK bagi keluarga miskin dan kurang mampu
- Memverifikasi kelengkapan persyaratan tagihan
- Membayar tagihan dan kapitasi ke PPK
- Menyiapkan IKS dengan RS dan Bapel JPKM
- Menangani pengaduan keluhan pelanggan

b) Rumah Sakit, dengan fungsi sebagai berikut :

- Memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta khusus untuk rawat jalan tingkat lanjut & rawat inap sesuai standar pelayanan yang berlaku
- Mengajukan klaim biaya pelayanan kesehatan ke Dinas Kesehatan sesuai tarif yang ditetapkan (PPE)
- Menyampaikan laporan pemanfaatan pelayanan kesehatan ke Dinas Kesehatan

### **2.3.1 Kebijakan Pembiayaan Kesehatan JPK-Gakin**

Pembiayaan untuk pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi keluarga miskin, kurang mampu, dan bencana bersumber dari dana APBD.

Penggunaan dana pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin, kurang mampu dan bencana meliputi :

- Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
- Rawat Inap di Puskesmas
- Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL)
- Rawat Inap kelas III di RSUD/RS Pemerintah/RS Swasta yang ber IKS dengan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
- Ambulan Dinas Kesehatan

Pasien dengan kartu Gakin, Raskin, Bantuan Langsung Tunai,, Program Keluarga Harapan (Bantuan Program Pemerintah Lainnya) dan Panti yang Bersertifikat, Orang Terlantar, KDRT, Kader, KLB, serta bencana dibebaskan dari biaya jika berobat ke Puskesmas, rumah sakit dan pemakaian ambulan.

### **2.3.2 Prosedur Pelayanan Rawat Inap JPK-Gakin di Rumah Sakit**

#### a) Prosedur Administrasi

Hal ini terkait dengan kelengkapan administrasi yang harus dilengkapi peserta JPK-Gakin dan SKTM untuk mendapatkan pelayanan rawat inap rumah sakit. Peserta yang akan memperoleh pelayanan kesehatan harus selalu membawa:

- Rujukan dari Puskesmas KECUALI Gawat Darurat
- Kartu JPK-Gakin/ Kartu Kompensasi BBM (KKB, BLT, Raskin,BTB)
- Surat Keterangan Tidak Mampu
- Kartu anggota Yayasan Thalasemia/ Jantung anak Indonesia
- Surat Pengantar dari panti/rumah singgah serta fotocopy sertifikat panti
- KTP/ KK
- Hasil Verifikasi ke rumah pasien

#### b) Prosedur Pelayanan

Untuk mendapatkan pelayanan rawat inap bagi pasien Gakin & SKTM, keluarga pasien harus menunjukkan surat perintah rawat dari dokter yang memeriksa ke petugas RS. Selanjutnya petugas RS akan menempatkan pasien di ruang perawatan kelas III dan memeriksa kelengkapan dokumen sebagai persyaratan permintaan jaminan ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

Setiap peserta yang secara medis perlu dirawat inap (dibuktikan dengan surat perintah rawat dari dokter), harus dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta untuk dibuatkan surat jaminan rawat inap dalam waktu 3 x 24 jam dari tanggal pasien masuk rumah sakit. RS harus mengisi formulir permohonan jaminan rawat inap, dimintakan langsung oleh keluarga pasien ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta dengan membawa persyaratan pembuatan surat jaminan di bawah ini. Persyaratan pembuatan surat jaminan adalah sebagai berikut:

- Surat pengantar rawat dari dokter yang memeriksa/RS
- Surat rujukan dari puskesmas, kecuali untuk kasus gawat darurat
- Formulir permintaan jaminan dari ruangan/RS
- Fotocopy identitas diri dan identitas kepesertaan sebagai :
  - Peserta Kartu Gakin:
    - ✓ Kartu Gakin Kartu Kompensasi BBM (BLT, Raskin, PKH)
    - ✓ Kartu Keluarga
  - Pasien SKTM
    - ✓ SKTM yang ditandatangani oleh RT/RW dan kelurahan tempat tinggal pasien (sesuai dengan alamat di KTP)
    - ✓ Apabila pindah kontrak dan tidak sesuai dengan KTP maka lengkapi dengan surat keterangan domisili oleh RT setempat
    - ✓ Hasil Verifikasi ke rumah pasien
    - ✓ Kartu Keluarga

Lama surat jaminan perawatan dari Dinas Kesehatan disesuaikan dengan diagnosa penyakit dan atau perkiraan lama rawat dari dokter yang merawat, yang tertulis di formulir permohonan jaminan. RS wajib melaporkan ke Badan Penyelenggaraan jika sampai batas akhir jaminan pasien masih perlu perawatan, dengan menginformasikan kondisi pasien terakhir. Untuk pasien pemegang SKTM yang pengurusan permintaan surat jaminannya lebih dari 3 x 24 jam, maka jaminan diberikan sejak tanggal kasus dilaporkan atau tanggal keluarnya SKTM.

Permintaan surat jaminan yang dilakukan setelah pasien pulang, pihak RS harus membuatkan kronologis keterlambatan serta total biaya yang terjadi dan meminta persetujuan ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta terlebih dulu.

Kecuali pada kasus tertentu dimana dari kronologis kasus diketahui bahwa keterlambatan permintaan jaminan dikarenakan kondisi medis dan lama perawatan < 3 hari. Sedangkan untuk tindakan/kasus yang memerlukan observasi tetapi kurang dari 1 hari (ODC), harus dimintakan jaminan dengan persyaratan sama dengan persyaratan permintaan jaminan rawat inap.

### 2.3.3 Prosedur Pembiayaan

Prosedur ini meliputi prosedur dalam proses penagihan klaim dari pihak rumah sakit ke Dinas Kesehatan, prosedur pembayaran klaim dari Dinas Kesehatan ke pihak rumah sakit yang melakukan pelayanan JPK-Gakin dan SKTM, serta persyaratan yang harus dilengkapi untuk kedua proses tersebut.

#### a) Prosedur Penagihan Klaim

- Buat rekapitulasi tagihan puskesmas/ rumah sakit berdasarkan jenis kepesertaan pasien Gakin/ SKTM/ KLB/ Bencana dan jenis layanannya
- Berkas tagihan disusun sesuai dengan urutan pada rekap tagihan
- PPK (Rumah Sakit/Puskesmas) harus segera mengirimkan tagihan lengkap dengan rekap dan bukti pelayanan serta persyaratan lainnya ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta paling lambat 2 (dua) bulan setelah bulan pelayanan
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta akan melakukan pemeriksaan Persyaratan tagihan (verifikasi klaim), mulai dari kelengkapan dokumen tagihan sampai dengan kelayakan medisnya, sesuai dengan aturan yang berlaku
- Jika ada dokumen yang kurang lengkap, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta akan segera menginformasikan kepada PPK melalui fax/telephone, dan PPK harus segera melengkapi dokumen tersebut agar tagihan bisa diproses. Jika dalam waktu 14 hari kerja kelengkapan dokumen belum diserahkan, maka berkas tagihan akan dikembalikan
- Lama proses verifikasi selambat-lambatnya 35 hari kerja dimulai dari klaim diterima dan 21 hari setelah kekurangan berkas pending dilengkapi
- Untuk tagihan pasien yang pulang selama bulan November 2007 tagihan klaim sudah harus dikirimkan ke Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta paling lambat tanggal 15 Desember 2007 dan Dinas Kesehatan Provinsi

DKI Jakarta harus segera menyelesaikan verifikasi klaim dan menyerahkan BAP hasil verifikasi sebelum tanggal 20 Desember 2007.

- Tagihan pelayanan diatas tanggal 5 Desember 2007 atau tagihan pasien yang pulang selama bulan Desember 2007 dan pendingan tagihan akan dibayarkan pada anggaran tahun 2008.

b) Prosedur Pembayaran Klaim

- Pembayaran kepada Puskesmas dan RS dilakukan oleh Dinas Kesehatan berdasarkan berita acara hasil verifikasi klaim (BAP)
- Tagihan yang telah diverifikasi jika layak bayar maka akan dibuatkan Berita Acara Pembayaran (BAP) oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. BAP akan di fax ke Puskesmas dan Rumah sakit, selanjutnya rumah sakit akan membuat kuitansi senilai BAP dan ditukar dengan cek
- Pembayaran pelayanan kesehatan kepada Puskesmas dilakukan dengan cara kapitasi yang nilainya ditentukan oleh Dinas Kesehatan sedangkan non kapitasi mengacu kepada tarif Perda yang berlaku
- Pembayaran pelayanan kesehatan ke RS (PPK TK II) dilakukan dengan cara *fee for service* dengan batas pembayaran maksimal tarif PPE yang berlaku, kecuali untuk kasus yang diagnosanya tidak terdaftar di PPE, akan dibayarkan sesuai tagihan, sesuai indikasi medis dengan syarat harus menggunakan obat-obatan generik (kecuali pada kondisi khusus dimana tidak ada generiknya atau pertimbangan medis tertentu) disertai surat keterangan dokter yang merawatnya.
- Pembayaran kapitasi kepada Puskesmas dibayarkan 3 bulanan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, setelah ada hasil verifikasi (BAP)
- Pembayaran kepada RS dan non kapitasi Puskesmas dibayarkan setiap bulan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, setelah ada hasil verifikasi (BAP)
- Jika dalam perawatan, biaya pasien mencapai melebihi paket PPE maka RS harus meminta surat katastrofik ke Dinas Kesehatan DKI Jakarta sebagai persyaratan penagihan klaim



c) Persyaratan Klaim Peserta Program JPK-Gakin

Terdapat beberapa persyaratan yang harus dilengkapi untuk melakukan penagihan klaim pelayanan rawat inap rumah sakit. Persyaratan tersebut terkait pelayanan yang diterima selama perawatan, tindakan dan pengobatan yang ditanggung oleh Dinas Kesehatan. Persyaratan yang harus dilengkapi yaitu:

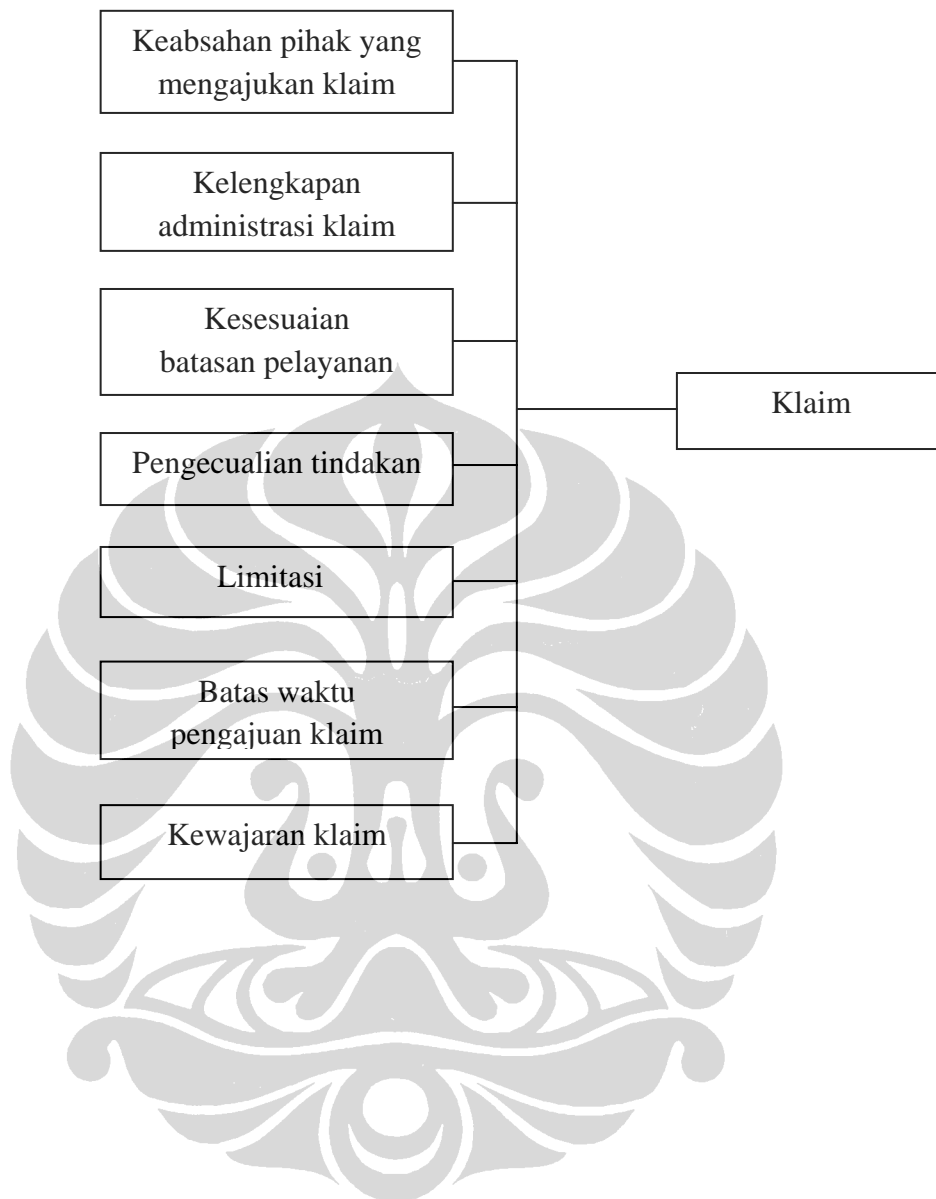
- Kuitansi asli
- Rekap klaim
- Bukti Tindakan/Penunjang diagnostik
- Fotocopy Resep Obat
- Surat Rujukan
- Surat Jaminan Rawat dari Dinas Kesehatan
- Resume Medis

#### 2.4 Kerangka Teori

Berdasarkan teori yang telah diuraikan sebelumnya, diketahui bahwa hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemeriksaan klaim adalah keabsahan pihak yang mengajukan klaim, kelengkapan formulir, kesesuaian klaim dengan kesepakatan kedua belah pihak mengenai batasan pelayanan, batasan biaya, dan pengecualian tindakan, batas waktu pengajuan klaim, serta kewajaran klaim. Selain itu keputusan terhadap klaim setelah verifikasi juga dipengaruhi oleh limitasi. Sehingga disimpulkan terdapat beberapa variable yang terkait dengan keabsahan klaim, antara lain :

1. Keabsahan pihak yang mengajukan klaim
2. Kelengkapan formulir/administrasi klaim
3. Kesesuaian batasan pelayanan
4. Kesesuaian batasan biaya
5. Pengecualian tindakan
6. Limitasi
7. Batas waktu pengajuan klaim
8. Kewajaran klaim

Variable-variable tersebut dibuat dalam kerangka teori sebagai berikut :



## BAB 3

### GAMBARAN UMUM RSUD PASAR REBO

#### 3.1 Latar Belakang, Sejarah, dan Transformasi RS Pasar Rebo

Perubahan yang mendasar dari perkembangan kesehatan di Indonesia mendorong persaingan semakin tajam dan membuka kesempatan investor asing untuk berinvestasi pada sektor ini dan meramaikan kancah persaingan di Indonesia.

Namun pada akhirnya kesadaran mulai timbul dari berbagai pihak, baik pemerintah maupun para pakar di Indonesia. Bahwa tidak bisa lagi suatu institusi pelayanan publik milik pemerintah dikelola secara birokratis. Karena pada institusi pemerintah tersebut terjadi transaksi yang mau tidak mau harus dikelola dengan menggunakan prinsip-prinsip bisnis yang sehat.

Bertitik tolak dari pemahaman bahwa institusi milik pemerintah adalah suatu *trusty business* maka perangkat bisnis haruslah dimiliki. Karena itu Pemerintah Daerah menerapkan Pola Penerapan Keuangan Badan Layanan Umum dengan harapan seluruh institusi pelayanan publik tersebut memiliki perencanaan bisnis yang memadai.

Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo dalam perjalanannya mengalami berbagai perubahan. Berdasarkan Perda No. 15 Tahun 2004 Rumah Sakit berubah menjadi Badan Hukum Perseroan Terbatas (PT) dan kemudian tahun 2006 berubah menjadi PPK-BLUD sesuai dengan SK Gubernur No.249/2007 tanggal 2 Januari 2007 tentang penetapan RSUD Pasar Rebo DKI Jakarta, yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) secara penuh. Berikut ini adalah bentuk transformasi yang dialami oleh RSUD Pasar Rebo dari cikal bakal rumah sakit sejak tahun 1945 sampai dengan tahun 2008.

Tabel 3.1 Transformasi RSUD Pasar Rebo

Tahun	Transformasi
1945	POS P3K di Bidara Cina-Cawang
1957	RS Karantina (Lokasi Sekarang)
1964	RS Tuberkolosa Paru
1987	RSU Kelas C (SK Menkes No 303, 1987)
1992-1996	RS Unit Swadana Daerah
1997	Gedung Baru Berlantai Delapan
1998	RSU Kelas B non Pendidikan, RS Terakreditasi
2004	Perubahan Badan Hukum (PT) Perda 15 tahun 2004
2006	UPT DINKES (PPKBLUD) KEP.GUB 249/2007
	BLUD Januari 2008
2008	Sertifikat ISO 9001:2000

Sumber: Profil RSUD Pasar Rebo Tahun 2008

### 3.2 Lokasi RSUD Pasar Rebo

Lokasi Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo di Jl. Letjen TB Simatupang No.30, Condet, Pasar Rebo, Jakarta Timur; Telepon 8400109; 8401127 Fax: 8411159.

### 3.3 Visi, Misi, Kebijakan Mutu, Sasaran Mutu, Strategi Mutu, dan Arah Pengembangan RSUD Sakit Pasar Rebo

Visi merupakan sesuatu yang diinginkan rumah sakit untuk mencapai sesuatu yang terbaik. Visi RSUD Pasar Rebo adalah *“Menjadi Rumah Sakit yang terbaik dalam memberikan pelayanan prima kepada semua lapisan masyarakat”*.

Misi adalah upaya yang dilakukan rumah sakit untuk mencapai visi dan tujuan jangka panjang. Ketetapan misi rumah sakit sangat penting karena merupakan acuan kerja rumah sakit. Adapun misi RSUD Pasar Rebo adalah *“Melayani semua lapisan masyarakat, yang membutuhkan layanan kesehatan individu yang bermutu dan terjangkau”*. Misi ini menggambarkan bahwa RSUD Pasar Rebo melayani semua butuh kebutuhan pasien dengan harga terjangkau untuk semua lapisan masyarakat disertai kualitas pelayanan yang baik.

- **Kebijakan Mutu Rumah Sakit**

Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu oleh SDM profesional dan meningkatkan pelayanan secara bertahap yang didukung oleh sistem manajemen mutu bagi seluruh bagi seluruh lapisan masyarakat.

- **Sasaran Mutu**

- Meningkatkan jumlah kunjungan 6,8% dari tahun 2008
- Menurunkan jumlah keluhan pelanggan 50% dari tahun 2008
- Indeks kepuasan pelanggan : 3 dari skala 4

- **Strategi Mutu**

- Optimalisasi Fasilitas
- Penambahan Model Produk (NICU, Haemodialisis)
- Pengembangan Sarana dan Prasarana menuju pelayanan tersier (Bedah Thorax, Endokrinologi, Bedah Plastik & Kosmetik)
- Menyiapkan dan mengembangkan SDM menuju pelayanan tersier tahun 2011

- **Arah Pengembangan**

Berdasarkan Visi, Misi dan tujuan tersebut maka arah pengembangan Rumah Sakit Pasar Rebo adalah :

- Meningkatkan mutu pelayanan melalui indikator peningkatan angka kepuasan pelanggan.
- Mengembangkan dan memperluas pelayanan dengan melengkapi peralatan medik dan penunjang
- Pengembangan SDM berdasarkan kompetensi yang mencakup pengetahuan, ketrampilan, dan sikap kerja yang sesuai dengan standar yang ditetapkan
- Melaksanakan Hospital By Laws, dengan penetapan standar etika profesi di Rumah Sakit

### 3.4 Ketenagaan RSUD Pasar Rebo

- **Status Kepegawaian**

- PNS : 222 orang
- NON PNS : 532 orang
- Total : 754 orang

- **Diferensiasi Tenaga**
  - Dokter Umum : 19 orang
  - Dokter Gigi : 4 orang
  - Dokter Spesialis : 54 orang
  - Apoteker : 3 orang

### 3.5 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo

- **Direktur**

Direktur RSUD Pasar Rebo memiliki tugas dan wewenang sebagai berikut :

- Memimpin dan mengkoordinasikan pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana yang dimaksud dalam kedudukan, tugas, dan fungsi RSUD Pasar Rebo
- Memimpin dan mengkoordinasikan pelaksanaan tugas Wakil Direktur, Komite Medis dan Satuan Pengawas Internal
- Melaksanakan kerja sama dan koordinasi dengan pihak terkait dalam rangka peningkatan pelayanan sesuai dengan kebijakan Pemerintah Daerah

- **Wakil Direktur Pelayanan**

Wakil Direktur Pelayanan mempunyai tugas memimpin penyelenggaraan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan pelayanan asuhan keperawatan. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Wakil Direktur Pelayanan Medis bertanggung jawab kepada Direktur. Wakil Direktur Pelayanan mempunyai fungsi :

- Penyusunan rencana kerja dan anggaran jajaran Wakil Direktur Pelayanan
- Penyusunan standar pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, dan pelayanan asuhan keperawatan
- Penyusunan standar operasional prosedur pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan pelayanan keperawatan
- Pemantauan, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pembinaan pelaksanaan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan pelayanan asuhan keperawatan

- Pengkoordinasian, pemantauan, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pembinaan kinerja Kepala Bidang
- Pelaporan pelaksanaan tugas

- **Wakil Direktur Umum dan Keuangan**

Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai tugas memimpin penyelenggaraan ketatausahaan, keuangan, perencanaan dan rekam medis, serta bertanggung jawab langsung kepada Direktur. Untuk penyelenggaraan tugas tersebut, Wakil Direktur Umum dan Keuangan mempunyai fungsi :

- Penyusunan rencana kerja dan anggaran jajaran Wakil Direktur Umum dan Keuangan
- Penyusunan petunjuk teknis pelaksanaan tugas tata usaha, keuangan, perencanaan dan rekam medis
- Penyusunan standar operasional prosedur pelaksanaan tugas tata usaha, keuangan dan rekam medis
- Pemantauan, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pembinaan pelaksanaan tugas tata usaha, keuangan, perencanaan dan rekam medis
- Pengkoordinasian, pemantauan, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pembinaan kinerja para Kepala Bagian
- Pelaporan pelaksanaan tugas

- **Bidang Pelayanan Medis**

Bidang Pelayanan Medis dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan. Bidang Pelayanan Medis mempunyai tugas :

- Menyusun program kerja dan rencana anggaran Bidang Pelayanan Medis
- Mengkoordinasikan, memantau, memonitor, mengevaluasi, dan mengawasi pelaksanaan kegiatan pelayanan staf medis fungsional dan instalasi di jajaran Bidang Pelayanan Medis
- Menyediakan sarana dan prasarana kegiatan pelayanan staf medis fungsional
- Memfasilitasi kegiatan pengembangan staf medis fungsional

- Menghimpun usulan program kerja/rencana kegiatan pelayanan staf medis fungsional
- Menyiapkan bahan penyusunan standar pelayanan, standar operasional prosedur, pemantauan, monitoring, evaluasi, pengawasan, dan pembinaan staf medis fungsional
- Menyampaikan laporan pelaksanaan tugas Bidang Pelayanan Medis

- **Bidang Pelayanan Penunjang Medis**

Bidang Pelayanan Penunjang Medis dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan. Bidang Pelayanan Penunjang Medis mempunyai tugas :

- Menyusun rencana kerja dan anggaran Bidang Pelayanan Penunjang Medis
- Mengkoordinasikan, memantau, memonitor, mengevaluasi, dan mengawasi pelaksanaan kegiatan pelayanan instalasi
- Menyediakan sarana dan prasarana kegiatan pelayanan instalasi
- Memfasilitasi pengembangan kegiatan pelayanan instalasi
- Menghimpun usulan program kerja/rencana kegiatan pelayanan instalasi
- Menyiapkan bahan penyusunan standar pelayanan, standar operasional prosedur, pemantauan, monitoring, evaluasi, pengawasan, dan pembinaan pelayanan instalasi
- Menyampaikan laporan pelaksanaan tugas Bidang Pelayanan Penunjang Medis

- **Bidang Pelayanan Asuhan Keperawatan**

Bidang Pelayanan Asuhan Keperawatan dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan. Bidang Pelayanan Asuhan Keperawatan mempunyai tugas :

- Menyusun program kerja dan anggaran Bidang Pelayanan Asuhan Keperawatan



- Mengkoordinasikan, memantau, memonitor, mengevaluasi dan mengawasi, dan membina pelaksanaan pelayanan asuhan keperawatan
- Menyediakan sarana dan prasarana pelayanan asuhan keperawatan
- Memfasilitasi pengembangan kegiatan pelayanan asuhan keperawatan
- Menghimpun usulan program kerja/rencana kegiatan pelayanan asuhan keperawatan
- Menyiapkan bahan penyusunan standar pelayanan, standar operasional prosedur, pemantauan, monitoring, evaluasi, pengawasan, dan pembinaan pelayanan asuhan keperawatan
- Menyampaikan laporan pelaksanaan tugas Bidang Pelayanan Asuhan Keperawatan

- **Bagian Tata Usaha**

Bagian Tata Usaha dipimpin oleh seorang Kepala Bagian yang dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan. Bagian Tata Usaha mempunyai tugas :

- Menyusun rencana kerja dan anggaran Bidang Tata Usaha
- Melaksanakan urusan surat-menyurat dan kearsipan
- Melaksanakan pengelolaan kepegawaian meliputi tata usaha kepegawaian, kesejahteraan, dan pengembangan karier pegawai
- Melaksanakan administrasi pengurusan barang meliputi penerimaan, penyimpanan, pengeluaran, pencatatan/pembukuan, mutasi dan penghapusan barang medis dan barang non-medis
- Melaksanakan urusan kerumahtanggaan meliputi pengamanan, pemeliharaan kebersihan dan penyelenggaraan rapat rumah sakit, serta upacara dinas
- Menyiapkan bahan penyusunan standar, standar operasional prosedur, pemantauan, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pembinaan kegiatan surat-menyurat, pengelolaan kepegawaian, perlengkapan dan kerumahtanggaan
- Menyampaikan laporan pelaksanaan tugas Bagian Tata Usaha

- **Bagian Keuangan**

Bagian Keuangan dipimpin oleh seorang Kepala Bagian yang dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan. Bagian Keuangan mempunyai tugas :

- Menyusun rencana kerja dan anggaran Bagian Keuangan
- Menghimpun dan menyiapkan bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran rumah sakit
- Menghimpun dan menyiapkan bahan penyusunan laporan rumah sakit
- Melaksanakan mobilisasi penerimaan keuangan
- Melaksanakan pengelolaan kas
- Melaksanakan pengelolaan utang-piutang rumah sakit
- Melaksanakan penyusunan neraca rumah sakit
- Melaksanakan sistem informasi manajemen keuangan
- Melaksanakan akuntansi dan laporan keuangan rumah sakit
- Menyusun laporan pengelolaan dan pertanggungjawaban keuangan rumah sakit
- Melaksanakan pembayaran pengeluaran
- Melaksanakan perhitungan unit cost setiap pelayanan
- Menyusun formula remunerasi
- Melaksanakan verifikasi, penetapan denda dan penagihan piutang
- Menyampaikan laporan pelaksanaan tugas Bagian Keuangan

- **Bagian Perencanaan dan Rekam Medis**

Bagian Pemasaran dan Rekam Medis dipimpin oleh seorang kepala Bagian yang dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan. Perencanaan dan Rekam Medis mempunyai tugas :

- Menyusun rencana kerja dan anggaran Bagian Perencanaan dan Rekam Medis
- Melaksanakan pemasaran pelayanan rumah sakit
- Mempersiapkan bahan pelaksanaan kerja sama dengan pihak lain
- Menghimpun, mengolah, dan menyajikan keluhan/klaim pelanggan
- Memfasilitasi penyelesaian keluhan/klaim pelanggan

- Melaksanakan pelayanan informasi (front office) rumah sakit
- Melaksanakan, mengolah, dan menyajikan survei kepuasan pelanggan
- Melaksanakan penerimaan dan pencatatan pendaftaran pasien
- Menghimpun, menyimpan, dan memelihara dokumen rekam medis pasien
- Membuat laporan hasil rekam medis
- Melaksanakan penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit
- Melaksanakan kegiatan kehumasan
- Menghimpun dan menyiapkan bahan penyusunan rencana kerja dan anggaran rumah sakit
- Melaksanakan monitoring, pemantauan, dan evaluasi pelaksanaan rencana kerja dan anggaran rumah sakit
- Menyampaikan laporan pelaksanaan tugas Bagian Pemasaran dan Rekam Medis

- **Komite Medis**

Komite adalah wadah pengembangan kapabilitas profesi tenaga kesehatan di rumah sakit. Komite dipimpin satu orang Ketua yang dipilih dari dan oleh anggota profesi tenaga kesehatan dalam rapat yang dilaksanakan untuk itu, diangkat dan diberhentikan oleh Direktur. Ketua Komite dalam melaksanakan tugasnya bertanggung jawab kepada Direktur. Komite mempunyai tugas :

- Menyusun etika profesi di rumah sakit
- Melaksanakan pengawasan dan pembinaan pelayanan profesi
- Melaksanakan pengawasan dan pembinaan pelaksanaan etika profesi
- Melaksanakan kegiatan peningkatan kapabilitas profesi
- Melaksanakan kegiatan peningkatan kemitraan antarprofesi
- Menyelesaikan permasalahan pelanggaran etika profesi, pelayanan profesi, dan hubungan antarprofesi
- Melakukan tindakan koreksi dan memberikan rekomendasi sanksi profesi terhadap pelanggaran etika profesi, pelayanan profesi dan hubungan antarprofesi
- Menyusun standar pelayanan profesi

- Memberikan rekomendasi keprofesian kepada Direktur
- Melaporkan pelaksanaan tugas kepada Direktur dengan tembusan kepada Wakil Direktur dan Ketua SPI

- **Satuan Pengawas Internal**

Satuan Pengawas Internal adalah satuan kerja rumah sakit yang independen bertugas melaksanakan pengawasan pengelolaan dan pemanfaatan sumber daya (sumber daya manusia, keuangan, perlengkapan dan metode) rumah sakit. Satuan Pengawas Internal mempunyai rincian tugas :

- Menyusun kerja dan anggaran SPI
- Menyusun petunjuk teknis pelaksanaan kegiatan pengawasan internal
- Menyusun jadwal pelaksanaan pengawasan internal
- Melaksanakan pengawasan internal
- Mengolah dan melaporkan hasil pengawasan internal
- Merekomendasikan tindakan, koreksi, atau sanksi terhadap temuan hasil pemeriksaan
- Melaporkan pelaksanaan tugas

- **Instalasi**

Instalasi merupakan fasilitas penyelenggaraan pelayanan medis, penunjang medis, pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit. Instalasi mempunyai tugas melaksanakan kegiatan pelayanan medis, penunjang medis, pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit sesuai dengan bidang masing-masing. Instalasi mempunyai rincian tugas, yaitu :

- Mengusulkan rencana kerja dan anggaran instalasi
- Mengusulkan Standar Operasional Prosedur, Standar Pelayanan Medis, dan unit cost pelayanan instalasi
- Melaksanakan pelayanan sesuai dengan bidangnya
- Menyusun dan menyampaikan laporan-laporan pelaksanaan pelayanan instalasi

- **Staf Medis Fungsional**

SMF merupakan kelompok medis pada unit pelayanan medis. SMF mempunyai tugas melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan, pelatihan serta penelitian dan pengembangan. Untuk penyelenggaraan tugasnya, SMF melalui unit pelayanan medis, mempunyai rincian tugas :

- Mengusulkan rencana kerja dan anggaran unit pelayanan medis
- Mengusulkan Standar Operasional Prosedur, Standar Pelayanan Medis, dan unit cost pelayanan unit pelayanan medis
- Melaksanakan pelayanan sesuai dengan bidangnya
- Menyusun dan menyampaikan laporan pelayanan unit pelayanan medis

Dari struktur organisasi RSUD Pasar Rebo jabatan Direktur, Wakil Direktur, Kepala Bidang, dan Kepala Bagian adalah jabatan struktural yang hanya dapat dijabat PNS. Sedangkan jabatan Ketua Komite, Ketua SPI, Kepala Instalasi dan Kepala SMF bukan jabatan struktural.

### 3.6 Sarana, Prasarana dan Fasilitas RSUD Pasar Rebo

Sarana, Prasarana dan Fasilitas RSUD Pasar Rebo, antara lain:

Luas Tanah	: 13.000 M <sup>2</sup>
Luas Bangunan	: 18.000 M <sup>2</sup>
Luas Lahan Parkir	: 4.000 M <sup>2</sup>
Daya Listrik	: 1.200 kva
Generator	: 750 kva
Mesin Boiler (steam)	: 2 tungku
Pengolahan Limbah	: IPAL & Insenerator
Sumber Air	: PAM & Sumur dalam
Sarana Komunikasi	: Telp Central dengan $\pm$ 100 pesawat, 20 line telp sistem hunting.

### 3.7 Fasilitas Pelayanan dan Kinerja Pelayanan RSUD Pasar Rebo

- **Instalasi Gawat Darurat**

Pelayanan Gawat Darurat merupakan pelayanan 24 jam yang tersedia di RSUD Pasar Rebo. IGD menyediakan 16 tempat tidur menggunakan Billing System yang terintegrasi untuk pembayarannya. IGD dilayani oleh dokter jaga dan perawat dengan, berbagai kualifikasi kedaruratan dan dokter spesialis (konsulen). Adapun fasilitas pelayanan Gawat Darurat dilengkapi dengan apotik 24 jam, Laboratorium, Radiologi, Bank Darah dan Ambulance. Di dalam ruang IGD juga dilengkapi dengan fasilitas yang dapat menunjang kegiatan di ruang IGD, seperti alat kejut jantung, alat EKG, serta lemari yang berisi obat-obatan dan alat kesehatan lainnya, sehingga tindakan kepada pasien dapat ditangani lebih cepat. Fasilitas lainnya yaitu ruang tunggu AC central dan pembayaran biaya Rawat Jalan yang dapat langsung dibayar di kasir IGD 24 jam, baik dengan uang tunai atau menggunakan *credit card*.

**Tabel 3.2 Jumlah Kunjungan Gawat Darurat**

TAHUN	KUNJUNGAN
2005	28.453
2006	19.955
2007	21.496
2008 (Jan-Okt)	18.164

Sumber: Laporan Tahunan RSUD Pasar Rebo 2008

Dari tabel diatas terlihat jumlah kunjungan Unit Gawat Darurat fluktuatif. Terjadi penurunan yang signifikan di tahun 2006 yaitu 19.955 kunjungan dibandingkan kunjungan tahun 2005 yaitu 28.453 kunjungan. Sedangkan di tahun 2007 terjadi peningkatan kunjungan yaitu 21.496 kunjungan.

- **Instalasi Rawat Jalan**

Untuk pelayanan Rawat Jalan Rumah Sakit Pasar Rebo memiliki fasilitas ruang tunggu AC central dan pembayaran biaya Rawat Jalan yang dapat dibayar

dengan tunai atau menggunakan *Credit Card*. Pelayanan Rawat Jalan RS. Pasar Rebo dibagi menjadi 2 pelayanan, yaitu :

✓ **Pelayanan Klinik Pagi**

Pelayanan Klinik Pagi memberikan pelayanan setiap hari Senin sampai dengan Sabtu. Untuk pendaftaran, setiap hari Senin sampai Kamis buka pada pukul 08.00-11.30; hari Jumat buka pada pukul 08.00-10.00; dan hari Sabtu buka pada pukul 08.00-11.00. biaya yang harus dikeluarkan pasien untuk tiap poliklinik sebesar Rp.15.000,00 dengan rincian biaya pendaftaran sebesar Rp.5.000,00 dan biaya konsultasi dokter sebesar Rp.10.000,00. Pelayanan Klinik Pagi menyediakan 20 poliklinik, antara lain :

- 1) Paru-paru
- 2) Poliklinik Psikiatri
- 3) Poliklinik Kulit dan Kelamin
- 4) Poliklinik Gigi dan Mulut
- 5) Poliklinik Fisioterapi
- 6) Poliklinik Ortopedi
- 7) Poliklinik Syaraf
- 8) Poliklinik Bedah
- 9) Poliklinik Rehabilitasi Medik
- 10) Poliklinik Anak
- 11) Poliklinik Kebidanan
- 12) Poliklinik Penyakit Dalam
- 13) Poliklinik Mata
- 14) Poliklinik THT
- 15) Poliklinik Jantung
- 16) Poliklinik Urologi
- 17) Poliklinik Gizi
- 18) Poliklinik Karyawan
- 19) Poliklinik Uji Kesehatan
- 20) Poliklinik Senam Hamil dan Laktasi

✓ **Pelayanan Klinik Sore**

Pelayanan Klinik Sore (PKS) memberikan pelayanan setiap hari Senin sampai dengan Sabtu dan untuk pendaftaran buka pada pukul 14.00-16.30. Bagi pasien lama atau pasien yang sudah pernah berobat di RS Pasar Rebo tersedia fasilitas PKS Via Telepon, yaitu pendaftaran PKS yang dapat dilakukan melalui telepon. Pendaftaran dengan cara ini dibuka pada pukul 09.00-16.00. Pada klinik sore pasien dapat memilih dokter sesuai dengan yang diinginkan, sedangkan pada klinik pagi dokter disesuaikan dengan tugas pada saat itu. Biaya pendaftaran yang dikenakan untuk tiap poliklinik sama dengan Pelayanan Klinik Pagi, yaitu sebesar Rp. 5.000,00 namun untuk biaya konsultasi dokter, pasien dikenakan biaya sebesar Rp. 30.000,00. Pelayanan Klinik Sore menyediakan 16 poliklinik, antara lain :

- 1) Poliklinik Anak
- 2) Poliklinik Paru-paru
- 3) Poliklinik Psikiatri
- 4) Poliklinik Gigi dan Mulut
- 5) Poliklinik Kulit dan Kelamin
- 6) Poliklinik Rehabilitasi Medik
- 7) Poliklinik Gizi
- 8) Poliklinik Bedah
- 9) Poliklinik Ortopedi
- 10) Poliklinik Kebidanan
- 11) Poliklinik Mata
- 12) Poliklinik Jantung
- 13) Poliklinik Penyakit Dalam
- 14) Poliklinik THT
- 15) Poliklinik Ortopedi
- 16) Poliklinik Urologi



**Tabel 3.3 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan**

KUNJUNGAN	TAHUN			
	2005	2006	2007	2008 (Jan-Okt)
Pagi	198.932	195.512	213.190	197.544
Sore	63.407	64.672	73.254	63.127

Sumber: Laporan Tahunan RSUD Pasar Rebo 2008

Dari tabel diatas, diketahui bahwa jumlah kunjungan terbesar yaitu pada pelayanan klinik pagi. Selain itu juga diketahui terjadi penurunan jumlah kunjungan rawat jalan pagi di tahun 2006, akan tetapi kembali meningkat di tahun 2007. Sementara itu, untuk rawat jalan sore terjadi peningkatan jumlah kunjungan setiap tahunnya.

- **Instalasi Rawat Inap (Total 273 Tempat Tidur)**
  - ✓ **Komposisi Ruang Rawat**

**Tabel 3.4 Komposisi Ruang Rawat**

Kelas	Kamar	TT
Kelas IIIA	5	40
• Mawar	1	8
• Melati	1	8
• Cempaka	2	16
• Delima	1	8
Kelas III	11	97
• Melati	4	34
• Mawar	2	18
• Cempaka	3	27
• Delima	2	18
Kelas II	13	58
• Mawar	1	7
• Cempaka	1	6
• Dahlia	11	45
Kelas I	22	44

• Anggrek	6	12
• Teratai	16	32
Kelas VIP	2	2
Kelas VVIP	1	1
Perinatologi	2	18
<i>High Care</i>	1	2
• Mawar	1	2
Isolasi Kelas II	1	5
• Mawar	1	5
Isolasi Kelas I	1	1
• Teratai Isolasi Kelas I	1	1
ICU	1	2
CVCU	1	2
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>272</b>

Sumber : Unit *Front Office* Rumah Sakit Pasar Rebo, 2007

#### ✓ Ruang Rawat Inap

Untuk ruang perawatan, Rumah Sakit Pasar Rebo memiliki Ruang Rawat Inap, antara lain :

##### 1) Ruang Anggrek

Ruang Anggrek menangani kasus perawatan untuk kelas I yang memiliki 6 kamar perawatan, dimana masing-masing kamar disediakan 1 buah televisi, AC, 2 buah lemari es, serta alat panggil untuk ke ruang perawat. Di ruang Anggrek juga terdapat 1 kamar kelas VVIP dengan fasilitas 1 buah lemari es, AC, 1 buah televisi, alat panggil untuk menghubungi ruang perawat dan ruang tunggu untuk keluarga pasien yang berada di dalam ruangan di tiap kamarnya dan 2 kamar kelas VIP yang memiliki fasilitas yang sama dengan kamar kelas VVIP namun perbedaannya memiliki luas ruangan yang lebih kecil.

##### 2) Ruang Teratai

Ruang Teratai khusus menangani kasus perawatan untuk kelas I yang memiliki 16 kamar perawatan dengan fasilitas yang sama dengan kelas

I di Ruang Anggrek dan terdapat 1 kamar khusus untuk kasus luka bakar serta 1 ruang Isolasi.

3) Ruang Melati

Ruang Melati menangani kasus perawatan penyakit paru untuk kelas III sejumlah 4 kamar dan 1 kamar kelas IIIA khusus untuk kasus penyakit dalam dengan fasilitas ruangan yang menggunakan AC.

4) Ruang Mawar

Ruang Mawar menangani kasus perawatan anak yang mempunyai 2 kamar untuk kelas III, 1 kamar untuk kelas IIIA, 1 kamar untuk kelas II dengan fasilitas 1 buah televisi, 1 ruang Isolasi kelas II dan 1 ruang *High Care* yang khusus menangani pasien kritis selama 24 jam dan dibawah pengawasan dokter spesialis dan tim perawat terampil.

5) Ruang Cempaka

Ruang Cempaka menangani kasus perawatan bedah, yang dibagi menjadi 3 kamar untuk kelas III, 2 kamar untuk kelas IIIA dan 1 kamar untuk kelas II.

6) Ruang Perinatologi

Ruang Perinatologi yaitu ruangan yang khusus menangani perawatan bayi yang mengalami kelainan dan tersedia 2 kamar, 22 box bayi sehat dan 9 *incubator* bagi bayi yang memerlukan perawatan khusus.

7) Ruang Delima

Dalam Ruang Delima khusus menangani kasus kebidanan yang memiliki 2 kamar untuk kelas III dan 1 kamar untuk kelas IIIA.

8) Ruang Dahlia

Ruang Dahlia menangani berbagai kasus penyakit dalam yang dibagi menjadi 2 kamar untuk kelas III dan 1 kamar untuk kelas IIIA. Di tiap kelas ruangan memiliki fasilitas-fasilitas ruangan yang sama dengan ruangan lainnya.

✓ **Kunjungan Rawat Inap**

**Tabel 3.5 Jumlah Kunjungan Rawat Inap**

KUNJUNGAN	KELAS					
	VVIP	VIP	Kls I	Kls II	Kls III	Kls IIIA
2005	68	127	2643	6125	9071	
2006	80	138	3011	5707	8538	936
2007	83	134	3109	4259	9295	2824
2008 (jan-okt)	63	115	2730	3407	5990	2505

Sumber: Laporan Tahunan RSUD Pasar Rebo 2008

Dari tabel diatas secara umum terlihat bahwa jumlah kunjungan rawat inap RSUD Pasar Rebo meningkat setiap tahunnya baik VVIP, VIP, Kelas I, Kelas II, Kelas III, dan Kelas IIIA. Namun khusus tahun untuk tahun 2006 ruang rawat kelas II, terjadi penurunan dari 6125 kunjungan (tahun 2005) menjadi 5707 kunjungan (tahun 2006). Dari tabel juga diketahui jumlah kunjungan terbesar rawat inap yaitu kelas III.

✓ **Indikator Rawat Inap**

**Tabel 3.6 Indikator Rawat Inap**

Kinerja	2005	2006	2007	2008(jan-okt)
BOR	70%	70%	76%	76%
LOS	4 hari	4 hari	4 hari	4 hari
TOI	2 hari	2 hari	1 hari	1 hari
BTO	61 kali	61 kali	62 kali	51 kali
Hari Rawat	67.868	70.388	75.352	63.621
NDR	1%	2%	2%	1%
GDR	3%	3%	3%	3%

Sumber: Laporan Tahunan RSUD Pasar Rebo 2008

• **Instalasi Bedah Sentral**

Instalasi Bedah Sentral merupakan ruang operasi yang dilengkapi dengan perlengkapan canggih. Di instalasi ini memiliki kapasitas 5 kamar operasi dan

melayani : Bedah Umum, Bedah Orthopedi, Bedah Urologi, Bedah Mata, Bedah Kebidanan, Bedah Mulut, Bedah THT, dan Bedah Saraf.

- **Instalasi Kamar Bersalin**

Pada Instalasi Kamar Bersalin mempunyai kapasitas 8 tempat tidur dilengkapi dengan alat USG yang berfungsi untuk mendeteksi keadaan bayi dalam kandungan. Tarif pada kamar bersalin diterapkan berdasarkan tarif Perda. Instalasi ini memberikan pelayanan yang dapat membantu persalinan normal dan persalinan dengan penyulit.

- **Instalasi Radiologi**

Instalasi Radiologi memberikan pelayanan 24 jam. Instalasi ini dilengkapi dengan alat-alat *rongent* yang modern sehingga mempunyai kemampuan untuk pemeriksaan radiodiagnostik tanpa kontras ataupun kontras. Pelayanan yang telah diberikan diantaranya seperti *rontgen*, pemeriksaan saluran cerna, pemeriksaan pembesaran jantung, pemeriksaan anatomi dan fungsi kandung empedu, pemeriksaan kandung kemih dan saluran kemih, pemeriksaan rahim dan kedua saluran telur, pemeriksaan saluran cerna atas mulai dari kerongkongan sampai usus 12 jari, pemeriksaan anatomi dan fungsi ginjal beserta salurannya, pemeriksaan foto tulang-tulang dari kepala sampai dengan tungkai untuk mencari penyebaran tumor ke tulang, pemeriksaan organ-organ dada dan perut pada bayi, serta dilengkapi dengan alat *CT scan* yang berguna untuk pemeriksaan kepala.

- **Instalasi Laboratorium Patologi Klinik**

Mempunyai kemampuan pemeriksaan kimia klinik, hematologi, imunologi serta pemeriksaan lainnya. Pelayanan patologi klinik, antara lain patologi klinik, patologi anatomi, dan bank darah. Dari ketiga jenis pelayanan laboratorium patologi klinik, pelayanan paling banyak yaitu patologi klinik. Untuk pelayanan patologi anatomi dan bank darah terus mengalami peningkatan setiap tahunnya.

- **Instalasi Intensive Care Unit**

Pelayanan ICU mempunyai kapasitas 4 tempat tidur.

- **Instalasi Perawatan Cardio Vaskuler Care Unit (CVCU)**

Pelayanan CVCU mempunyai kapasitas 2 tempat tidur

- **Instalasi Gizi**

Pelayanan penunjang gizi mempunyai kemampuan pelayanan untuk pasien (menu biasa dan menu diet) serta untuk karyawan shift sore, shift malam dan petugas jaga. Pelayanan gizi bertanggung jawab dalam pengelolaan kebutuhan perbekalan gizi rumah sakit, meliputi belanja makanan pasien, makanan pegawai, alat dapur, belanja kemasan (tempat makanan) dan belanja gas elpiji.

- **Instalasi Farmasi**

Instalasi Farmasi di Rumah Sakit Pasar Rebo memiliki 3 buah Apotik Outlet farmasi tersebar di setiap lantai pelayanan rawat jalan sehingga mudah untuk dicapai., 1 buah Apotik yang melayani khusus peserta Askes dan memiliki 3 depo obat yang berada di Ruang Anggrek, Teratai, serta Dahlia. Instalasi Farmasi mempunyai pelayanan sistem *Unit Dose* untuk rawat inap, dimana semua keperluan obat-obatan disiapkan oleh petugas sehingga pasien serta keluarga tidak perlu membeli obat ke apotik sendiri. Pelayanan Penunjang Farmasi memberikan pelayanan resep 24 jam, mengelola kebutuhan belanja perbekalan farmasi rumah sakit yang meliputi belanja alat kesehatan, obat-obatan, alat beban, bahan laboratorium dan belanja CSSD dan linen.

### 3.8 Keuangan RSUD Pasar Rebo

**Tabel 3.7 Keuangan RSUD Pasar Rebo**

Angka Pendapatan Pertahun (milyard)

Tahun	Pendapatan	Tahun	Pendapatan
2000	19,4 M	2005	76,4 M
2001	25,2 M	2006	84 M
2002	28,8 M	2007	95,5 M
2003	34 M	2008 (Jan-Okt)	89,2 M
2004	48,7 M		

Sumber: Laporan Tahunan RSUD Pasar Rebo 2008

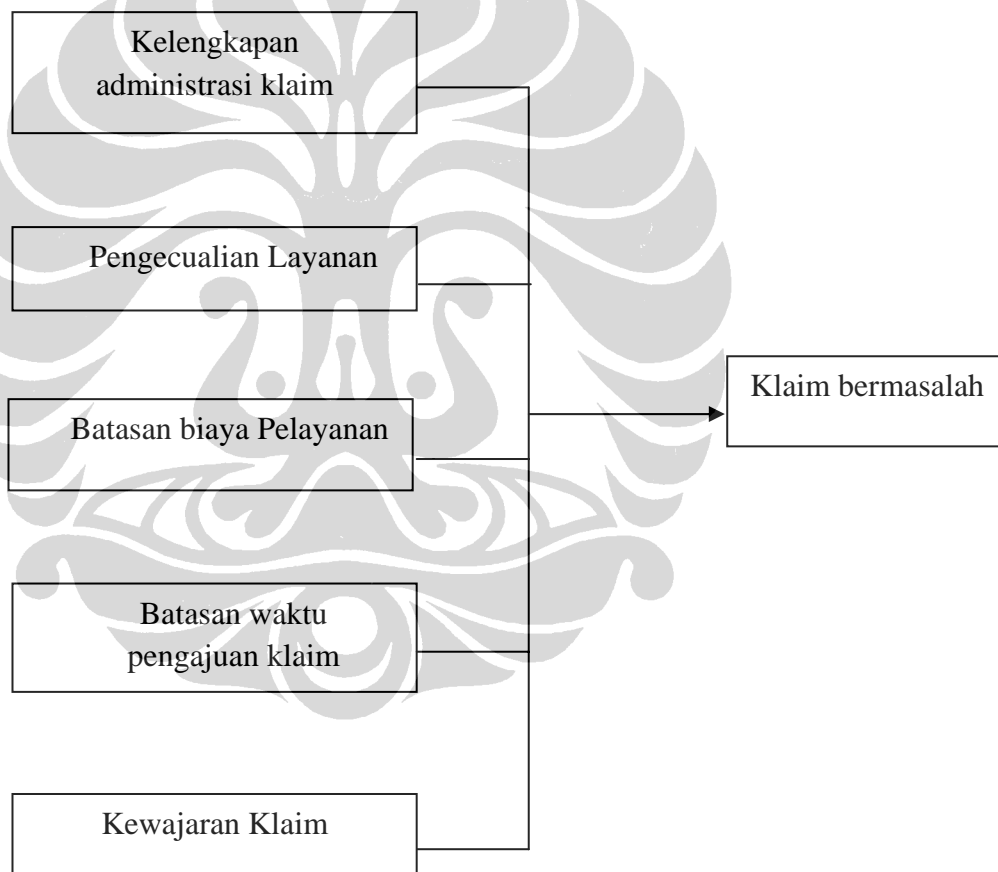
Jumlah pendapatan RSUD Pasar Rebo sejak tahun 2000 hingga 2008 (Jan-Okt) terus meningkat. Pendapatan terbesar yaitu pada tahun 2007 sekitar 95,5 Milyard pertahun.

## BAB 4

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 4.1 Kerangka Konsep

Dari kerangka teori yang telah dipaparkan di tinjauan pustaka, penulis membatasi penelitian pada lima variable yaitu kelengkapan administrasi klaim, batasan biaya pelayanan, batasan waktu pengajuan klaim, pengecualian, dan kewajaran klaim. Sehingga kerangka konsep penelitian ini adalah sebagai berikut:



#### 4.2 Definisi Operasional

No	Variable	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
1	Kelengkapan Administrasi Klaim Rawat Inap	Prasyarat kelengkapan berkas yang dibutuhkan untuk proses penagihan klaim JPK-Gakin untuk pelayanan rawat inap	Review data sekunder berdasarkan variable yang diteliti	Tabel Check List	Jumlah klaim dengan kelengkapan yang kurang
2	Pengecualian	Pelayanan yang tidak dapat ditanggung atau dijamin oleh program JPK-Gakin	Review data sekunder berdasarkan variable yang diteliti	Tabel Check List	Jumlah klaim dengan pelayanan diluar jaminan
3	Batasan Biaya	Biaya yang ditanggung oleh Dinas Kesehatan DKI Jakarta terkait pelayanan rawat inap yang dimanfaatkan oleh pasien Gakin & SKTM	Review data sekunder berdasarkan variable yang diteliti	Tabel Check List	Jumlah klaim dengan tagihan melebihi biaya yang ditanggung
4	Batas Waktu Pengajuan Klaim	Batas waktu pengajuan klaim dari tanggal pelayanan kesehatan/ pengobatan dilakukan hingga klaim diterima sesuai dengan ketentuan	Review data sekunder berdasarkan variable yang diteliti	Tabel Check List	Jumlah klaim yang terlambat



		yang berlaku			
5	Kewajaran Klaim	Kesesuaian antara diagnosa , jenis obat yang diberikan dan tindakan yang dilakukan	Review data sekunder berdasarkan variable yang diteliti	Tabel Check List	Jumlah klaim yang tidak wajar
6	Klaim Bermasalah	Klaim yang tidak lulus verifikasi berdasarkan lima variable yang diteliti sehingga tagihannya belum atau tidak dibayarkan oleh Dinas Kesehatan.	Review data sekunder berdasarkan variable yang diteliti	Tabel Check List	Jumlah Klaim Bermasalah berdasarkan lima variable yang diteliti