



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN UTILISASI PELAYANAN RAWAT INAP
10 DIAGNOSIS PENYAKIT TERBANYAK
PESERTA ASKES SOSIAL DI RSAL Dr MINTOHARDJO
TAHUN 2011**

SKRIPSI

**OLEH
S O P H I A
NPM. 0906618596**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN ASURANSI KESEHATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JANUARI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN UTILISASI PELAYANAN RAWAT INAP
10 DIAGNOSIS PENYAKIT TERBANYAK
PESERTA ASKES SOSIAL DI RSAL Dr MINTOHARDJO
TAHUN 2011**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**OLEH
S O P H I A
NPM. 0906618596**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN ASURANSI KESEHATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JANUARI 2012**

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Sophia
NPM : 0906618596
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Gambaran Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Peminatan Manajemen Asuransi Kesehatan, Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Mieke Savitri, M.Kes (.....)

Penguji I : Dr. Pujiyanto, SKM, M.Kes (.....)

Penguji II : dr. Andi Afdal Abdullah (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Januari 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Sophia

NPM : 0906618596

Tanda Tangan :



Tanggal : Januari 2012

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sophia
NPM : 0906618596
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

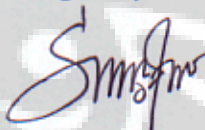
Gambaran utilisasi pelayanan rawat inap 10 diagnosis penyakit terbanyak peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo Tahun 2011

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : Januari 2012

Yang menyatakan



(Sophia)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Sophia
NPM : 0906618596
Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2011/2012

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

GAMBARAN UTILISASI PELAYANAN RAWAT INAP 10 DIAGNOSIS PENYAKIT TERBANYAK PESERTA ASKES SOSIAL DI RSAL Dr MINTOHARDJO TAHUN 2011

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, Januari 2012



(Sophia)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Sophia
Alamat : Rumdis Seskoal
Jl. Laut Banda No. 28 RT. 05/11 Ciledug Raya
Kel. Cipulir Kebayoran Lama Jakarta Selatan
Tempat Tanggal Lahir : Tarakan, 07 April 1975
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan

Pendidikan :

1. SDN Pamusian 001 Tarakan (Kaltim) Tahun 1981 - 1987
2. SMP Negeri 1 Tarakan (Kaltim) Tahun 1987 – 1990
3. SMA Negeri 1 Tarakan (Kaltim) Tahun 1990 – 1993
4. PAM Gizi Malang (Jatim) Tahun 1993 – 1996
5. Program SKM MASKES FKM UI (Depok) Tahun 2009 – Sekarang

Riwayat Pekerjaan :

1. Subditkes Akademi Angkatan Laut (AAL), Surabaya Tahun 1997 – 2004
2. Subdep Gizi RSAL Dr Ramelan, Surabaya Tahun 2004 - 2007
3. Pusdikkes Kobangdikal, Surabaya Tahun 2007 – 2009
4. Satkes Sekolah Staf dan Komando Angkatan Laut (SESKOAL), Jakarta Tahun 2009 - Sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan hidayah Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi yang berjudul *Gambaran Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo Tahun 2011* ini tepat waktu.

Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Jurusan Manajemen Asuransi Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Dalam penulisan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. dr. Mieke Savitri, M.Kes selaku pembimbing akademik yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini.
2. Dr. Pujiyanto, SKM, M.Kes, selaku ketua program peminatan Manajemen Asuransi Kesehatan FKM UI dan selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran dalam mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini.
3. dr. Andi Afdal Abdullah selaku Kepala Cabang PT Askes (Persero) Jakarta Pusat dan selaku penguji yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian dan yang telah meluangkan waktu untuk memberikan saran dan masukan.
4. dr. Sofia selaku Koordinator Askes Center RSAL Dr Mintohardjo yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk penyusunan skripsi ini.
5. Laksamana Muda TNI Arief Rudianto, S.E selaku Komandan Seskoal yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
6. Kolonel Laut (K) dr. Gardjito Sipan, Sp.U selaku Karumkital RSAL Dr. Mintohardjo yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
7. Letkol Laut (K) dr. Mozart, Sp.B selaku Kepala Satuan Kesehatan Seskoal yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
8. Suamiku tercinta, Djuman Widyanto dan Anak-anakku terkasih, Aulia Megha Ramadhani dan Aulia Febriana, yang telah memberikan dukungan material dan

moral serta selalu memberi semangat dan motivasi yang menjadi kekuatan bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.

9. Ayahanda, Bpk H. P.H Momongan (Alm) dan Ibunda, Ibu Hj. Merry Liuw dan Saudara-saudaraku tersayang Kak Agustina, Kak Paula, Kak Rudiana, dan Savitri yang selalu memberikan kasih sayang dan mendo'akan penulis.
10. Seluruh staf Askes Center RSAL Dr Mintohardjo yang telah banyak memberikan informasi dan bantuan kepada penulis.
11. Seluruh Staf Sekretariat Departemen AKK, yang telah banyak membantu dalam penyelesaian skripsi ini.
12. Teman-teman Ekstensi Manajemen Askes FKM UI angkatan 2009, Om Dim, Koko, Dhiko, Gita, Dinda, Shelma, Uyin, Nti, Eka, dan Rara.
13. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyelesaian laporan ini yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Akhir kata, penulis berharap Allah, SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi kita semua dan bagi pengembangan ilmu.

Depok, Januari 2012

Sophia

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL
LEMBAR PENGESAHAN
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT
RIWAYAT HIDUP
ABSTRAK

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.5.1 Bagi Penulis	5
1.5.2 Bagi Institusi	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Definisi Asuransi.....	7
2.2 Prinsip Asuransi Kesehatan.....	8
2.3 Mekanisme Asuransi Kesehatan	8
2.4 Utilisasi Pelayanan Kesehatan	9
2.5 Penyakit.....	11
2.6 Faktor Umur.....	12
2.7 Faktor Jenis Kelamin	12
2.8 Lama Hari Rawat	13
2.9 Kelas Perawatan.....	13
BAB 3 GAMBARAN UMUM ASKES CENTER RSAL Dr MINTOHARDJO.....	15
3.1 PT Askes (Persero).....	15
3.1.1 Visi dan Misi PT Askes (Persero)	15
3.1.2 Maksud dan Tujuan PT Askes (Persero)	16
3.2 PT Askes (Persero) Kantor Cabang Utama (KCU) Jakarta Pusat	16
3.2.1 Profil PT Askes (Persero) Kantor Cabang Utama Jakarta Pusat.....	16

3.2.2	Struktur Organisasi PT Askes (Persero) Kantor Cabang Utama Jakarta Pusat	16
3.2.3	Alur Proses Pelayanan Kesehatan di PT Askes (Persero) Kantor Cabang Utama Jakarta Pusat.....	17
3.3	Askes Center RSAL Dr Mintohardjo	18
3.3.1	Profil Askes Center	18
3.3.2	Fisik dan Material	19
3.3.3	Sumber Daya Manusia (SDM).....	20
3.3.4	Fungsi Askes Center RSAL Dr Mintohardjo.....	21
3.3.5	Tugas dan Wewenang Petugas Askes Center	22
3.3.6	Prosedur dan Mekanisme Administrasi	22
3.3.7	Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan	26
3.3.8	Produk PT Askes Cabang Utama Jakarta Pusat di RSAL Dr Mintohardjo.....	27
BAB 4	KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP & DEFINISI OPERASIONAL	35
4.1	Kerangka Teori.....	35
4.2	Kerangka Konsep	36
4.3	Definisi Operasional.....	38
BAB 5	METODE PENELITIAN	40
5.1	Jenis Penelitian.....	40
5.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	40
5.3	Populasi dan Informan Penelitian	40
5.4	Jenis dan Sumber Data	40
5.5	Teknik Pengumpulan Data.....	41
5.6	Instrumen Penelitian.....	41
5.7	Pengolahan Data.....	41
5.8	Validitas Data.....	42
5.9	Analisis Data	42
5.10	Penyajian Data	43
BAB 6	HASIL PENELITIAN	44
6.1	Kerangka Penyajian Hasil Penelitian	44
6.2	Kualitas Data	44
6.3	Hasil Penelitian	45
6.3.1	Gambaran Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo.....	45
6.3.2	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Umur.....	45
6.3.3	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Jenis Kelamin	46
6.3.4	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Lama Hari Rawat	46
6.3.5	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Kelas Perawatan.....	46
6.3.6	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak	47

6.3.7	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Menurut Umur	48
6.3.8	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Menurut Jenis Kelamin.....	48
6.3.9	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Menurut Lama Hari Rawat	49
6.3.10	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Menurut Kelas Perawatan	50
6.3.11	Utilisasi dan Total Biaya Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak	51
6.3.12	Karakteristik Informan	52
6.3.13	Komitmen Askes Center RSAL Dr Mintohardjo.....	53
6.3.14	Mekanisme Administrasi Rawat Inap	54
BAB 7	PEMBAHASAN	55
7.1	Keterbatasan Penelitian	55
7.2	Hasil Penelitian	55
7.2.1	Gambaran Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo	55
7.2.2	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Umur	56
7.2.3	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Jenis Kelamin	57
7.2.4	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Lama Hari Rawat.....	58
7.2.5	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Kelas Perawatan	60
7.2.6	Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak.....	60
7.2.7	Utilisasi dan Total Biaya Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak	62
7.2.8	Komitmen Askes Center RSAL Dr Mintohardjo.....	62
7.2.9	Mekanisme Admisistrasi Rawat Inap	64
BAB 8	KESIMPULAN DAN SARAN	65
8.1	Kesimpulan	65
8.2	Saran.....	66
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Utilisasi Peserta Askes Sosial dan Biaya Pelayanan Kesehatan di RSAL Dr Mintohardjo Periode Januari – Juli tahun 2011	3
Tabel 3.1	Komposisi Petugas di Askes Center RSAL Dr Mintohardjo	20
Tabel 4.1	Definisi Operasional.....	38
Tabel 6.1	Utilisasi Rawat Inap Berdasarkan Umur	45
Tabel 6.2	Utilisasi Rawat Inap Berdasarkan Jenis Kelamin	46
Tabel 6.3	Utilisasi Rawat Inap Berdasarkan Lama Hari Rawat.....	46
Tabel 6.4	Utilisasi Rawat Inap Berdasarkan Kelas Perawatan	47
Tabel 6.5	Utilisasi Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak...	47
Tabel 6.6	Utilisasi Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak. Menurut Umur.....	48
Tabel 6.7	Utilisasi Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak. Menurut Jenis Kelamin	49
Tabel 6.8	Utilisasi Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Menurut Lama Hari Rawat.....	50
Tabel 6.9	Utilisasi Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Menurut Kelas Perawatan	51
Tabel 6.10	Utilisasi Dan Total Biaya Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak	52
Tabel 6.11	Karakteristik Informan.....	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Struktur Organisasi Perusahaan PT Askes (Persero) - Cabang	17
Gambar 3.2 Alur Pelayanan Kesehatan	17
Gambar 3.3 Alur Pelayanan RJTL	23
Gambar 3.4 Alur Pelayanan RITL	25
Gambar 4.1 Model Utilisasi Pelayanan Kesehatan Andersen dan Anderson (1979)	35
Gambar 4.2 Kerangka Konsep	37



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Pedoman Wawancara

Lampiran 2. Ringkasan Hasil Wawancara



ABSTRAK

Nama : Sophia
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul : Gambaran Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit
Terbanyak Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo Tahun
2011

Skripsi ini membahas mengenai gambaran utilisasi pelayanan rawat inap 10 diagnosis penyakit terbanyak peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo tahun 2011 berdasarkan variabel umur, jenis kelamin, lama hari rawat, kelas perawatan serta menggambarkan total biaya pelayanan rawat inap. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif dan ditunjang dengan penelitian kualitatif, dengan rancangan penelitian cross sectional. Hasil penelitian ini adalah utilisasi pelayanan rawat inap di RSAL Dr Mintohardjo bersifat fluktuatif, peserta Askes yang dirawat mayoritas berusia > 56 tahun, dengan diagnosa Diabetes Mellitus, didominasi oleh peserta Askes Sosial dengan jenis kelamin laki-laki dan di rawat di ruang perawatan I. Penulis menyarankan sebaiknya Askes Center melakukan perbaikan jaringan komputer dan segera merealisasikan Askes Center sesuai standard dan RSAL Dr Mintohardjo sebaiknya meningkatkan sosialisasi kepada pegawai RSAL tentang kesepakatan dan kebijakan kedua belah pihak dan membentuk tim edukasi Diabetes Mellitus.

Kata kunci :
Utilisasi

ABSTRACT

Name : Sophia
Study Program : Bachelor of Public Health
Title : The Description of Inpatient Care Utilization to The Most Suffered of Ten Diagnosis of Diseases of Social Askes Participants in RSAL Dr Mintohardjo 2011

This study is about the description of inpatient care utilization to the most suffered of ten diagnosis of diseases of social Askes participants in RSAL Dr Mintohardjo 2011, based on age variable, sex , length of stay, class of treatment, and description of the total fee calculation of the inpatient service. This study use the quantitative research that has descriptive characteristic, and its supported by qualitative research which has cross sectional design experiment. The result of this research is the inpatient care utilization has a fluctuation identifying, and majority of Askes member patients who being treated are above fifty – six years old, they're also dominated by social Askes participants with a kind of male sex, therefore they will be treated in a room care I. The writer has suggestion that Askes Center should fix the computer network and immediately have to make realization of the Askes Center standarisasi, and RSAL dr Mintohardjo should increase the socialization of agreement and obligation that has been made between Askes Center and RSAL dr Mintohardjo to the whole RSAL employees and should make the education team of Diabetes Mellitus.

Key word :
Utilization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada dasarnya asuransi adalah suatu mekanisme untuk mengalihkan risiko (ekonomi) perorangan menjadi risiko kelompok. Datangnya suatu risiko, termasuk risiko sakit, sering tidak dapat diperhitungkan, sehingga apabila risiko itu ditanggung masing-masing orang yang terkena risiko, beban risiko (ekonomi) adalah berat.

Tetapi, apabila risiko perorangan itu dialihkan menjadi risiko kelompok (risk sharing), maka risiko itu dapat diperhitungkan. Hukum bilangan banyak (the law of large numbers) mengatakan bahwa semakin besar jumlah anggota kelompok, semakin pasti risiko yang diperkirakan akan menjadi beban perorangan. Maka dapat dikatakan bahwa mekanisme asuransi adalah suatu alat untuk mengubah risiko perorangan yang tidak pasti menjadi pasti, dari ketidakpastian menjadi suatu kepastian. (Sulastomo, 2005)

Peristiwa peralihan risiko dari pihak yang satu kepada pihak yang lain, apabila dilakukan secara teratur oleh kalangan luas dalam masyarakat dan dalam frekuensi yang tinggi serta dalam jangka waktu yang relatif lama dan terus menerus, akan melahirkan suatu lembaga. Lembaga demikian dapat disebut lembaga asuransi atau pertanggungangan, yang merupakan suatu lembaga pelimpahan risiko. Penanggung sebagai lembaga dalam praktek, biasanya adalah perusahaan pertanggungangan/asuransi. (Hartono, 2001). Salah satu perusahaan asuransi yang ada di Indonesia adalah PT Askes (Persero).

PT Askes (Persero) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya. (PT Askes, 2010)

Salah satu program PT Askes (Persero) adalah Program Asuransi Kesehatan Sosial yang merupakan penugasan Pemerintah kepada PT Askes (Persero) melalui Peraturan Pemerintah No. 69 tahun 1991. Program Askes Sosial berdasarkan laporan tahunan PT Askes (Persero) tahun 2010 memiliki jumlah Peserta sebanyak 16.559.025 jiwa atau naik sebesar 1,51% (245.573 jiwa) dari tahun 2009 sebanyak 16.313.452 jiwa.

Merujuk teori sehat H.L. Blum, rendahnya status kesehatan masyarakat, selain disebabkan oleh lingkungan yang buruk juga diakibatkan oleh minimnya cakupan pelayanan kesehatan dan perilaku hidup sehat yang belum mengemuka dalam masyarakat. Di Indonesia, diramalkan bahwa persoalan lingkungan dalam beberapa dekade mendatang masih tetap akan menjadi masalah utama. Hal ini didasari oleh pelaksanaan pembangunan yang sebagian besar tidak mempertimbangkan aspek keberlanjutan generasi dan tidak disertai dengan pengelolaan sanitasi lingkungan yang memadai. Penyakit-penyakit infeksi masih dominasi mengisi tabel distribusi kesehatan masyarakat kita. (PT Askes, 2010).

Saat ini terjadi pergeseran pola penyakit yang cukup bermakna dari penyakit menular (communicable disease) ke penyakit tidak menular (non-communicable disease), seperti jantung dan kanker yang termasuk dalam penyakit katastrofik. (PT Askes, 2011)

PT Askes (Persero) adalah perusahaan asuransi kesehatan yang menyelenggarakan jaminan pelayanan kesehatan bagi pesertanya berdasarkan sistem managed care yaitu sistem yang mengintegrasikan pelayanan kesehatan dan pembiayaan. Peningkatan biaya pelayanan disebabkan pergeseran pelayanan kesehatan ke arah pelayanan kesehatan yang kronis dan berjangka panjang karena meningkatnya populasi yang tua, bertambahnya teknologi kedokteran baru yang mahal, pemberian pelayanan kesehatan yang berlebihan dan tidak diperlukan, serta adanya tuntutan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berlebihan dan terkadang tidak rasional. (PT Askes, 2010).

Di RSAL Dr Mintohardjo terdapat Askes Center yang berada di bawah PT Askes (Persero) kantor Cabang Utama Jakarta Pusat. Askes Center RSAL Dr Mintohardjo berada di Jl. Bendungan Hilir No.17 Jakarta Pusat, merupakan Askes Center yang memberikan pelayanan administrasi terpadu di rumah sakit.

Askes Center RSAL Dr Mintohardjo memberikan pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), Unit Gawat Darurat (UGD), dan pelayanan obat. Setiap bulan biaya pelayanan kesehatan yang dikeluarkan oleh PT Askes (Persero) berdasarkan klaim yang diajukan oleh RSAL Dr Mintohardjo sekitar 1,5 M – 2 M. Adapun banyaknya jumlah kasus RJTL dan RITL dan biaya pelayanan kesehatan (tidak termasuk biaya obat) di RSAL Dr Mintohardjo dapat dilihat pada tabel 1.1.

Tabel 1.1

Utilisasi Peserta Askes Sosial dan Biaya Pelayanan Kesehatan di
RSAL Dr Mintohardjo Periode Januari – Juli tahun 2011

No	Bulan	RJTL			RITL			Jumlah	
		Jumlah kasus	Biaya (Rp)	% Kasus	Jumlah kasus	Biaya (Rp)	% Kasus	Jumlah kasus	Biaya (Rp)
1	Januari	3.194	311.895.100	17,1	172	582.740.500	18,5	3366	894.635.600
2	Februari	2.768	295.205.000	14,8	121	399.288.000	12,9	2889	694.493.000
3	Maret	3.434	387.269.500	18,4	166	521.134.000	17,8	3600	908.403.500
4	April	2.844	324.999.000	15,2	149	404.379.750	15,9	2993	729.378.750
5	Mei	3.125	315.739.000	16,7	162	418.019.000	17,4	3287	733.758.000
6	Juni	3.308	485.378.000	17,7	162	684.731.500	17,4	3470	1.170.109.500
	Total	18.673	2.120.485.600	100	932	3.010.292.750	100	19605	5.130.778.350

Sumber : Askes Center RSAL Dr Mintohardjo

Dari tabel di atas dapat kita lihat bahwa utilisasi atau jumlah kasus mengalami peningkatan. Jumlah kasus rawat inap dari bulan Januari sampai dengan bulan Juni berjumlah 932 kasus. Pada empat bulan terakhir, masing-masing besaran masalah yaitu 15,90% pada bulan April, dan 17,4% pada bulan Mei dan Juni, Peningkatan utilisasi ini juga diikuti oleh peningkatan biaya klaim yang diajukan oleh RSAL Dr Mintohardjo kepada Askes Center RSAL Dr Mintohardjo, terutama pengajuan klaim mulai bulan Juni 2011. Hal ini disebabkan karena kenaikan tarif terhitung mulai tanggal 1 Juni 2011, berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 416/MENKES/PER/II/2011 tanggal 24 Februari 2011 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PT Askes (Persero), sehingga Peserta Askes Sosial tidak dibebankan urun biaya/ bebas iur.

Biaya pelayanan rawat inap meliputi biaya tindakan medis, biaya penunjang diagnostik, pemeriksaan laboratorium dan biaya rawat inap (akomodasi) selama peserta di rawat di RSAL Dr Mintohardjo.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang sudah disebutkan di atas, maka diperoleh permasalahan bahwa adanya peningkatan utilisasi atau jumlah kasus Peserta Askes Sosial di RSAL Dr. Mintohardjo yang diikuti dengan peningkatan biaya pelayanan kesehatan, khususnya pada empat bulan terakhir yaitu bulan April sampai dengan bulan Juli 2011.

Oleh sebab itu, penulis ingin mengetahui gambaran utilisasi pelayanan rawat inap 10 Diagnosis penyakit terbanyak peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo selama bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2011.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Dari latar belakang dan rumusan masalah di atas, maka pertanyaan penelitian dapat dikemukakan sebagai berikut :

1. Bagaimana gambaran utilisasi pelayanan Rawat Inap menurut Umur, Jenis kelamin, Lama hari rawat dan Kelas perawatan Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo selama bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2011?
2. Bagaimana gambaran utilisasi pelayanan Rawat Inap berdasarkan distribusi 10 (sepuluh) diagnosis terbanyak menurut Umur, Jenis kelamin, Lama hari rawat dan Kelas perawatan Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo selama bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2011?
3. Bagaimana gambaran utilisasi dan biaya pelayanan Rawat Inap berdasarkan distribusi 10 (sepuluh) diagnosis terbanyak Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo selama bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2011?
4. Bagaimana gambaran komitmen Askes Center dalam melayani Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo?
5. Bagaimana gambaran mekanisme administrasi Rawat Inap Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran utilisasi pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis penyakit terbanyak peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo selama bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2011.

1.4.2 Tujuan Khusus.

1. Mengetahui gambaran utilisasi pelayanan Rawat Inap menurut Umur, Jenis kelamin, Lama hari rawat dan Kelas Perawatan Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo selama bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2011.
2. Mengetahui gambaran utilisasi pelayanan Rawat Inap berdasarkan distribusi 10 (sepuluh) diagnosis terbanyak menurut Umur, Jenis kelamin, Lama hari rawat dan Kelas perawatan Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo selama bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2011.
3. Mengetahui gambaran utilisasi dan biaya pelayanan Rawat Inap berdasarkan distribusi 10 (sepuluh) diagnosis terbanyak Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo selama bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2011.
4. Mengetahui gambaran komitmen Askes Center dalam melayani Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo.
5. Mengetahui gambaran mekanisme administrasi Rawat Inap Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Penulis

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan dan pengalaman bagi penulis mengenai gambaran utilisasi pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis penyakit terbanyak peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo selama bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2011.

1.5.2 Bagi Institusi

1. Sebagai bahan informasi bagi manajemen Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo mengenai utilisasi pelayanan kesehatan rawat inap di RSAL Dr Mintohardjo.
2. Sebagai bahan evaluasi dan dasar bagi manajemen Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo dalam pembuatan kebijakan terkait utilisasi dan biaya pelayanan rawat inap.
3. Sebagai bahan evaluasi terhadap pemberlakuan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 416/MENKES/PER/II/2011 tanggal 24 Februari 2011 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PT Askes (Persero).

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November sampai dengan bulan Desember 2011 di Askes Center RSAL Dr Mintohardjo. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran utilisasi pelayanan rawat inap 10 diagnosis penyakit terbanyak. Metode penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif dan ditunjang dengan penelitian kualitatif, dengan rancangan penelitian cross sectional (variabel independen dan variabel dependen dikumpulkan pada saat bersamaan). Penelitian ini dilakukan kepada peserta Askes yang memanfaatkan fasilitas rawat inap di RSAL Dr Mintohardjo pada bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2011.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Asuransi

Menurut Pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang seperti dikutip oleh Hartono (2001) memberikan definisi tentang asuransi sebagai berikut:

“...Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tidak tertentu.”

Menurut Djojosoedarso (2003) yang dikutip oleh Indrawati (2011) Asuransi adalah suatu alat untuk mengurangi risiko yang melekat pada perekonomian, dengan cara menggabungkan sejumlah unit-unit yang terkena risiko yang sama atau hampir sama, dalam jumlah yang cukup besar, agar probabilitas kerugiannya dapat diramalkan dan bila kerugian yang diramalkan terjadi akan dibagi secara proporsional oleh semua pihak dalam gabungan itu.

Menurut Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (*Health Insurance Association of America/HIAA*), seperti dikutip oleh Ilyas (2006) definisi asuransi kesehatan adalah *“...Plan of risk management that, for a price, offers the insured an opportunity to share the costs of possible economic loss through an entity called an insurer. An insurer is a party to the insurance contract that promises to pay losses of benefits. Also, any corporation engaged in the business of furnishing insurance to the public.”*

Definisi HIAA ini menjelaskan asuransi merupakan manajemen paket resiko yang mengandung unsur transfer resiko dengan membayar premi atau iuran untuk berbagi resiko dan pembayaran kerugian atau paket pelayanan oleh asuradur. Dalam definisi diatas disebutkan bahwa asuradur dapat berbentuk perusahaan atau badan lain yang menerima dan mentransfer resiko.

Definisi asuransi menurut Undang-undang Republik Indonesia No. 2/1992 tentang asuransi, seperti dikutip oleh Ilyas (2006) adalah sebagai berikut:

“...Asuransi atau Pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab

hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungjawabkan.”

Menurut Wikipedia Indonesia (2005), asuransi kesehatan adalah sebuah jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi tersebut jika mereka sakit atau mengalami kecelakaan. Sementara itu, menurut Thabrany dan Mayanda (2005), asuransi kesehatan adalah suatu instrumen sosial untuk menjamin seseorang (anggota) dapat memenuhi kebutuhan pemeliharaan kesehatan tanpa mempertimbangkan keadaan ekonomi orang tersebut saat kebutuhan pelayanan kesehatan muncul. Jadi, asuransi kesehatan merupakan suatu alat yang dapat membantu masyarakat agar tetap dapat melakukan pemeliharaan kesehatan tanpa harus terbebani dengan masalah ekonomi/keuangan. (Adisasmito, 2008).

2.2 Prinsip Asuransi Kesehatan

Menurut Ilyas (2006), agar konsep operasional asuransi dapat berjalan dengan baik, ada beberapa prinsip asuransi kesehatan yang perlu diperhatikan antara lain:

1. Asuransi kesehatan adalah suatu sistem pembiayaan kesehatan yang berjalan berdasarkan konsep resiko. Masyarakat bersama-sama menjadi anggota asuransi kesehatan dengan dasar bahwa keadaan sakit merupakan suatu kondisi yang mungkin terjadi di masa mendatang sebagai suatu resiko kehidupan. Sehingga dalam hal ini orang yang jelas sakit tidak dapat membeli asuransi kesehatan komersial.
2. Dalam sistem asuransi kesehatan, resiko sakit secara bersama-sama ditanggung oleh peserta dengan membayar premi ke suatu perusahaan. Dengan kata lain, fungsi asuransi adalah mentransfer resiko dari satu individu ke suatu kelompok dan membagi bersama jumlah kerugian dengan proporsi yang adil oleh seluruh anggota kelompok.
3. Usaha asuransi kesehatan harus berdasarkan pada manajemen resiko yang mempunyai proses sebagai berikut: menentukan tujuan, identifikasi resiko, evaluasi resiko, mencari penanganan resiko, melaksanakan usaha pengurangan resiko dan melakukan evaluasi. Dengan manajemen resiko ini, dapat ditarik kesimpulan bahwa bila anggota suatu sistem asuransi kesehatan sebagian anggotanya mempunyai resiko besar, maka premi yang harus dibayar oleh para anggota menjadi besar.

2.3 Mekanisme Asuransi Kesehatan

Prinsip dasar penyelenggaraan asuransi kesehatan sebenarnya mirip dengan prinsip gotong royong, tetapi dengan besar kontribusi dan pertanggungjawaban yang telah ditetapkan sebelumnya. Dasar mekanisme ini adalah *the law of the large number* atau

hukum bilangan besar. Suatu kejadian yang tidak pasti (*uncertain*) pada tingkat perorangan atau rumah tangga menjadi hampir pasti pada tingkat populasi yang besar.

Dalam perkembangannya, mekanisme asuransi kesehatan telah berproliferasi sehingga kita dapatkan berbagai bentuk asuransi kesehatan di pasaran dunia. Bentuk modern pada awal perkembangannya, umumnya berupa transfer resiko dengan pertanggung jawaban penggantian biaya (*reimbursement*). Resiko yang dipertanggung jawaban mulanya terbatas pada suatu resiko tertentu, seperti kecelakaan diri, perawatan rumah sakit, dan tindakan bedah. Kemudian pertanggung jawaban berkembang menjadi pertanggung jawaban komprehensif. Model asuransi kesehatan tersebut kemudian menimbulkan masalah pembiayaan karena terjadi “overutilisasi” dan tingginya inflasi biaya kesehatan.

Hal ini dapat dimengerti karena adanya kecenderungan pemegang polis menggunakan pelayanan berlebihan dan tidak menggunakan pelayanan kesehatan secara benar. Dokter atau Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) cenderung memberikan pelayanan berlebih, kadang juga melakukan tindakan dan pemeriksaan yang berlebih karena dibayar dengan sistem fee for service. Terakhir, konsumen pada posisi ignorance yang praktis tidak memiliki informasi yang cukup mengenai kesehatan dan pelayanan yang akan mereka terima dari PPK. (Ilyas, 2006)

2.4 Utilisasi Pelayanan Kesehatan

Dalam bisnis asuransi kesehatan informasi tingkat utilisasi pelayanan merupakan faktor kritis untuk dapat mengelola perusahaan secara baik. Dengan diketahui pola utilisasi pelayanan kesehatan, pola pemberian pelayanan kesehatan, dan pembiayaan pelayanan kesehatan memungkinkan pihak asuradur untuk merancang paket jaminan kompetitif, dalam arti harga, tetapi sesuai dengan kebutuhan medis konsumen baik individu maupun kelompok. Yang terpenting, bagaimana mengembangkan benefit pelayanan yang dapat digunakan secara pas dnegan kebutuhan medis pemegang polis (Ilyas, 2006).

Seperti yang disampaikan oleh Feldstein (1988), bahwa dengan mengerti tentang utilisasi pelayanan kesehatan maka akan memungkinkan semakin akuratnya upaya peningkatan pelayanan kesehatan di masa depan. Artinya, data dan informasi penggunaan pelayanan kesehatan merupakan dokumen substansial untuk merancang program pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan mampu dibeli oleh masyarakat.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah merupakan hasil dari proses pencarian pelayanan kesehatan oleh seseorang maupun kelompok. Pengetahuan

tentang faktor yang mendorong individu membeli pelayanan kesehatan merupakan informasi kunci untuk mempelajari utilisasi pelayanan kesehatan. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pencarian pelayanan kesehatan berarti juga mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi utilisasi. (Ilyas, 2006). Ada beberapa model-model utilisasi pelayanan kesehatan, diantaranya Model Andersen dan Anderson (1979).

Andersen dan Anderson, menggolongkan model yang dilakukan dalam penelitian utilisasi pelayanan kesehatan ke dalam tujuh kategori berdasarkan tipe dari variabel yang digunakan sebagai faktor yang menentukan dalam utilisasi pelayanan kesehatan yaitu :

1. Model Demografi (Demographic Model)

Pada model ini, variabel-variabel yang dipakai adalah umur, seks, status perkawinan, dan besarnya keluarga. Variabel ini digunakan sebagai ukuran atau indikator yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan.

2. Model Struktur Sosial (Social Structural Model)

Di dalam model ini, variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan dan etnis. Variabel ini mencerminkan status sosial dari individu atau keluarga dalam masyarakat, yang juga dapat menggambarkan tentang gaya hidup mereka. Struktur sosial dan gaya hidup masyarakat ini akan menggambarkan tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat itu sendiri.

3. Model Sosial Psikologis (Social Psychological Model)

Dalam model ini, variabel yang dipakai adalah pengetahuan, sikap dan keyakinan individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Variabel psikologi ini mempengaruhi individu untuk mengambil keputusan dan bertindak dalam menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia.

4. Model Sumber Keluarga (Family Resource Model)

Dalam model ini variabel yang dipakai adalah pendapatan keluarga dan cakupan asuransi kesehatan. Variabel ini dapat mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Makin komprehensif paket asuransi kesehatan yang sanggup individu beli, makin terjamin pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dapat dikonsumsi oleh individu.

5. Model Sumber Daya Masyarakat (Community Resource Model)

Pada model ini variabel yang digunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di dalam masyarakat. Pada dasarnya model sumber daya masyarakat ini adalah suplai ekonomis yang berfokus pada ketersediaan sumber

kesehatan pada masyarakat. Artinya, makin banyak PPK yang tersedia, makin tinggi aksesibilitas masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

6. Model Organisasi (Organization Model)

Pada model ini variabel yang digunakan adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan. Biasanya variabel yang digunakan adalah:

- a. Gaya (style) praktek pengobatan (sendiri, rekanan, atau kelompok)
- b. Sifat alamiah (nature) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak)
- c. Lokasi dari pelayanan kesehatan (pribadi, rumah sakit, atau klinik)
- d. Petugas kesehatan yang pertama kali dikontak oleh pasien (dokter, perawat, atau yang lainnya)

7. Model Sistem Kesehatan

Model ini mengintegrasikan keenam model di atas ke dalam suatu model yang lebih sempurna, sehingga apabila dilakukan analisa terhadap penyediaan dan utilisasi pelayanan kesehatan harus dipertimbangkan semua faktor yang berpengaruh di dalamnya.

2.5 Penyakit

Pengertian penyakit sangat banyak, diantaranya :

1. Penyakit adalah kegagalan mekanisme adaptasi suatu organisme untuk bereaksi secara tepat terhadap rangsangan atau tekanan sehingga timbul gangguan pada fungsi atau struktur dari bagian, organ, atau sistem tubuh (Gold Medical-Dictionary)
2. Penyakit adalah suatu keadaan di mana proses kehidupan tidak lagi teratur atau terganggu perjalannya (Van Dale's Groot Woordenboek der Nederlandse Tall)
3. Penyakit bukan hanya merupakan kelainan yang dapat dilihat dari luar, tetapi juga suatu gangguan keteraturan fungsi-fungsi dalam tubuh (Arrest Hof te Amsterdam).

Maka dapat disimpulkan bahwa penyakit adalah suatu keadaan di mana terdapat gangguan terhadap bentuk dan fungsi tubuh sehingga berada dalam keadaan yang tidak normal.

Menurut Gordon dan Le Richt pada tahun 1950, timbul atau tidaknya penyakit pada manusia dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu :

1. Pejamu (host), yaitu semua faktor yang terdapat dalam diri manusia yang dapat mempengaruhi timbulnya serta perjalanan suatu penyakit. Faktor tersebut antara lain faktor keturunan, mekanisme pertahanan tubuh, umur, jenis kelamin, ras, status perkawinan, pekerjaan dan kebiasaan hidup.
2. Bibit penyakit (agent), ialah suatu substansi atau elemen tertentu yang kehadiran atau ketidakhadirannya dapat menimbulkan atau mempengaruhi perjalanan suatu penyakit.
3. Lingkungan (environment), yaitu agregat dari seluruh kondisi dan pengaruh-pengaruh luar yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan suatu organisasi. Salah satu peran lingkungan adalah sebagai reservoir. Secara umum lingkungan dibedakan atas lingkungan fisik dan lingkungan nonfisik. Lingkungan fisik adalah lingkungan alamiah yang terdapat di sekitar manusia, sedangkan lingkungan nonfisik ialah lingkungan yang muncul akibat interaksi antar manusia. (Mansjoer, 2001)

2.6 Faktor Umur

Menurut Aditya (2009), umur adalah usia responden yang terhitung sejak lahir hingga ultah terakhir. Berbagai temuan studi menunjukkan bahwa kejadian kesakitan cukup bervariasi menurut usia. Kejadian kesakitan sering ditemukan pada usia balita dan usia tua, dengan pola distribusi klasik menyerupai huruf “U”. Angka kesakitan pada usia balita dan usia tua biasanya jauh melebihi angka kesakitan rata-rata seluruh populasi. Sedangkan angka kesakitan terendah biasanya ditemukan pada kelompok usia produktif. Salah satu contoh diperoleh dari sebuah penelitian yang bertujuan untuk mengevaluasi status kesehatan peserta asuransi di perusahaan asuransi kesehatan terbesar di Indonesia (Thabrany et al. 1996). (Thabrany, 2005).

2.7 Faktor Jenis Kelamin

Menurut Ramali (2005), sex atau jenis kelamin, yaitu laki-laki atau perempuan. Berbagai studi menemukan bahwa angka kesakitan pada kelompok wanita lebih tinggi ketimbang laki-laki khususnya pada masa reproduksi. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh fungsi biologis dari wanita sehingga mempunyai risiko terkena sakit yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan lain-lain. (Thabrany, 2005).

2.8 Lama Hari Rawat

Berdasarkan Perjanjian Kerjasama antara PT Askes (Persero) Cabang Utama Jakarta Pusat dengan RSAL Dr Mintohardjo (2011), hari rawat adalah lamanya peserta dan atau anggota keluarganya dirawat, dengan memperhitungkan tanggal keluar dikurang tanggal masuk.

Profil Kesehatan Indonesia 2010 (2011) menyatakan bahwa Length Of Stay (LOS) adalah rata-rata lama rawat (hari) seorang pasien. Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang perlu pengamatan yang lebih lanjut. Secara umum nilai ALOS yang ideal antara 6 – 9 hari.

2.9 Kelas Perawatan

Perjanjian Kerjasama antara PT Askes (Persero) Cabang Utama Jakarta Pusat dengan RSAL Dr Mintohardjo salah satu pasalnya mencantumkan tentang Kelas Perawatan, berikut ini :

1. Kelas perawatan untuk rawat inap ditetapkan berdasarkan golongan kepegawaian Pegawai Negeri Sipil atau Penerima Pensiun sebagai berikut :
 - a. Pegawai Negeri Sipil Golongan I, Golongan II dan anggota keluarganya di Ruang Kelas II.
 - b. Pegawai Negeri Sipil Golongan III, Golongan IV dan anggota keluarganya di Ruang Kelas I.
 - c. Penerima Pensiun Pegawai Negeri Sipil dan anggota keluarganya dengan Golongan pada saat pensiun di Golongan I, Golongan II, di Ruang Kelas II.
 - d. Penerima Pensiun Pegawai Negeri Sipil dan anggota keluarganya dengan Golongan pada saat pensiun di Golongan III, Golongan IV, di Ruang Kelas I.
 - e. Penerima Pensiun TNI dan atau anggota keluarganya dengan pangkat terakhir mulai Prajurit Dua, Prajurit Satu, Prajurit Kepala, Kopral Dua, Kopral Satu, Kopral Kepala, Sersan Dua, Sersan Satu, Sersan Kepala, Sersan Mayor, Pembantu Letnan Dua dan Pembantu Letnan Satu, di Ruang Kelas II.
 - f. Penerima Pensiun TNI dan atau anggota keluarganya dengan pangkat terakhir mulai Letnan Dua, Letnan Satu, Kapten , Mayor, Letnan

Kolonel, Kolonel, Brigadir Jenderal, Mayor Jenderal, Letnan Jenderal dan Jenderal, di Ruang Kelas I.

- g. Penerima Pensiun POLRI dan anggota keluarganya dengan pangkat terakhir mulai Bhayangkara Dua, Bhayangkara Satu, Bhayangkara Kepala, Ajun Brigadir Polisi Satu, Ajun Brigadir Polisi Dua, Ajun Brigadir Polisi, Brigadir Polisi Dua, Brigadir Polisi Satu, Brigadir Polisi Kepala, Ajun Inspektur Polisi Dua dan Ajun Inspektur Polisi Satu, di Ruang Kelas II.
 - h. Penerima Pensiun POLRI dan anggota keluarganya dengan pangkat terakhir mulai Inspektur Polisi Dua, Inspektur Polisi Satu, Ajun Komisaris Polisi, Komisaris Polisi, Ajun Komisaris Besar Polisi, Komisaris Besar Polisi, Brigadir Jenderal Polisi, Inspektur Jenderal Polisi, Komisaris Jenderal Polisi dan Jenderal Polisi, di ruang Kelas I.
 - i. Veteran, Perintis Kemerdekaan dan anggota keluarganya di Ruang Kelas I.
 - j. Pejabat Negara, Penerima Pensiunnya dan anggota keluarganya di Ruang Kelas I.
 - k. Dokter PTT di Ruang Kelas I.
 - l. Bidan PTT di Ruang Kelas II.
2. Bagi peserta kecuali peserta Golongan IV c, IV d dan IV e, apabila atas permintaannya sendiri naik kelas perawatan maka peserta dikenakan urun biaya sebesar selisih tarif pelayanan kesehatan di Rumkital Dr Mintohardjo yang diinginkan peserta dengan tarif pelayanan kesehatan yang ditetapkan sesuai haknya sebagai peserta Askes.
 3. Peserta Golongan IV c, Golongan IV d, Golongan IV e, penerima pensiunnya beserta anggota keluarganya dapat dirawat inap dikelas VIP dengan membayar selisih tarif paket ruangan perawatan dan PT Askes (Persero) akan membayar biaya pelayanan kesehatan sesuai hak peserta.

BAB 3

GAMBARAN UMUM ASKES CENTER RSAL Dr MINTOHARDJO

3.1 PT Askes (Persero)

PT Askes (Persero) berkedudukan di Jakarta didirikan dengan Akte Notaris Muhani Salim, SH Nomor 104 tanggal 20 Agustus 1992 yang telah beberapa kali diubah terakhir dengan Akte Notaris NM Dipo Nusantara Pua Upa, SH Nomor 37, tanggal 19 Agustus 2008.

Dalam melaksanakan operasionalnya, PT Askes (Persero) saat ini didukung oleh 15 Divisi selaku unit kerja di Kantor Pusat, 12 Kantor Regional, 91 Kantor Cabang dan 481 Askes Kabupaten/Kota yang tersebar di seluruh Indoensia. Disamping itu, untuk mendekatkan pelayanan kepada peserta, perusahaan juga telah membangun Askes Center sebagai bentuk layanan terpadu satu atap hampir di setiap rumah sakit. Sampai saat ini telah dibangun 865 Askes Center di seluruh Indonesia, baik di Rumah Sakit Pemerintah, TNI/Polri dan beberapa Rumah Sakit Swasta.

3.1.1 Visi dan Misi PT Askes (Persero)

PT Askes (Persero) memiliki Visi dan Misi. Visi PT Askes (Persero) adalah spesialis dan pusat unggulan Asuransi Kesehatan di Indonesia. Sedangkan Misi PT Askes (Persero) adalah :

- a. Memberikan kepastian jaminan pemeliharaan kesehatan kepada peserta (masyarakat Indonesia) melalui sistem pengelolaan yang efektif dan efisien.
- b. Mengoptimalkan pengelolaan dana dan pengembangan sistem untuk memberikan pelayanan prima secara berkelanjutan kepada peserta.
- c. Mengembangkan pegawai untuk mencapai kinerja optimal dan menjadi salah satu keunggulan bersaing utama perusahaan.
- d. Membangun koordinasi dan kemitraan yang erat dengan seluruh stakeholder untuk bersama menciptakan pelayanan kesehatan yang berkualitas. (PT Askes, 2011)

3.1.2 Maksud dan Tujuan PT Askes (Persero)

Maksud dan tujuan perseroan adalah turut melaksanakan dan menunjang kebijakan dan program Pemerintah di bidang ekonomi dan pembangunan nasional pada umumnya, khususnya di bidang asuransi sosial melalui penyelenggaraan asuransi/jaminan kesehatan bagi pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan beserta keluarganya, dan masyarakat lainnya, serta optimalisasi pemanfaatan sumber daya perseroan untuk menghasilkan jasa yang bermutu tinggi dan berdaya saing kuat, guna meningkatkan nilai manfaat bagi peserta dan nilai Perseroan dengan menerapkan prinsip-prinsip Perseroan Terbatas. (PT Askes, 2011).

3.2 PT Askes (Persero) Kantor Cabang Utama (KCU) Jakarta Pusat

3.2.1 Profil PT Askes (Persero) Kantor Cabang Utama Jakarta Pusat

PT Asuransi Kesehatan (Persero) Kantor Cabang Utama Jakarta Pusat berlokasi di Jalan Proklamasi No 94A Pegangsaan Jakarta Pusat, merupakan salah satu dari 9 (Sembilan) Kantor Cabang dalam wilayah kerja Regional IV (DKI Jakarta, Banten dan Kalimantan Barat).

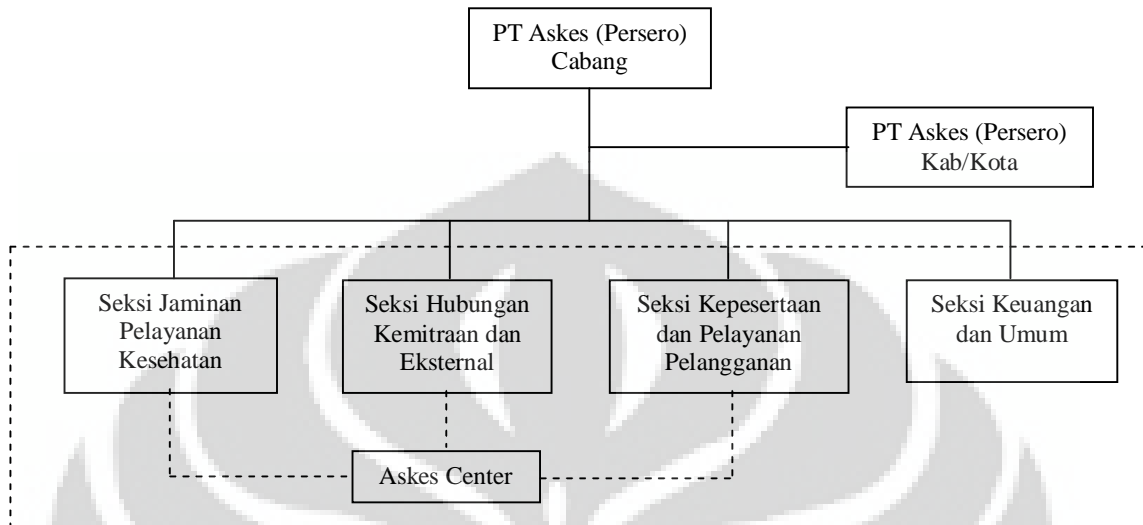
KCU Jakarta Pusat berdiri sejak tahun 2004, memiliki jumlah karyawan tetap sebanyak 76 orang dengan beberapa karyawan kontrak yang ditempatkan di beberapa unit pelayanan kesehatan yang menjadi provider PT Askes (Persero).

Semangat pelayanan prima juga dilakukan di kantor Cabang Utama Jakarta Pusat. Hal ini dibuktikan dengan terpilihnya Kantor Cabang Utama Jakarta Pusat menjadi salah satu penerima Piagam Citra Pelayanan Prima yang diadakan oleh Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara (PAN) pada bulan Oktober 2008. (PT Askes, 2009).

3.2.2 Struktur Organisasi PT Askes (Persero) Kantor Cabang Utama Jakarta Pusat

Struktur organisasi PT Askes (Persero) Kantor Cabang Utama Jakarta Pusat terlihat pada Gambar 3.1.

Gambar 3.1
Struktur Organisasi Perusahaan PT Askes (Persero) – Cabang

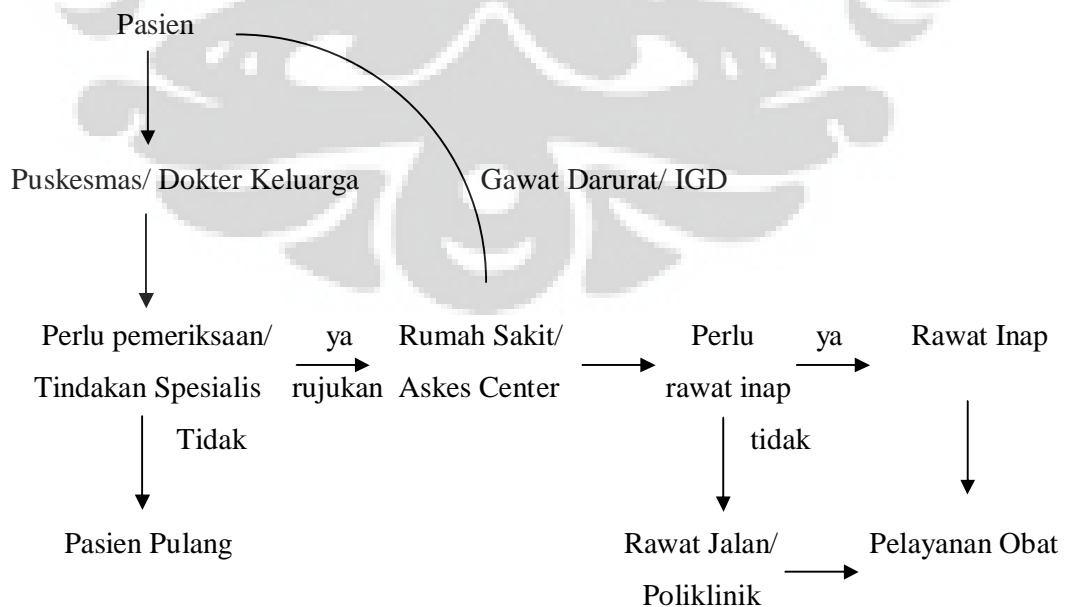


Sumber : www.ptaskes.com

3.2.3 Alur Proses Pelayanan Kesehatan di PT Askes (Persero) Kantor Cabang Utama Jakarta Pusat

Alur proses pelayanan kesehatan yang berlaku di seluruh kantor PT Askes termasuk PT Askes (Persero) Kantor Cabang Utama Jakarta Pusat seperti yang terlihat pada gambar 3.2.

Gambar 3.2
Alur Pelayanan Kesehatan



Sumber : www.ptaskes.com

3.3 Askes Center RSAL Dr Mintohardjo

3.3.1 Profil Askes Center

Askes Center adalah suatu terobosan baru dari PT Askes (Persero) sebagai bentuk pelayanan terpadu satu atap di Rumah Sakit bagi peserta yang membutuhkan layanan Rawat jalan Lanjutan dan layanan Rawat Inap. Pada Askes Center ini ditugaskan Duta Askes yang bertugas untuk memberikan layanan administrasi seperti Surat Jaminan Pelayanan (SJP), layanan informasi, layanan kemitraan dan pengendalian prospektif terhadap pemanfaatan kartu peserta. Saat ini telah terbentuk 865 buah Askes Center terutama di setiap Rumah Sakit Pemerintah dan beberapa Rumah Sakit Swasta yang bekerjasama dengan PT Askes (Persero). Kehadiran Askes Center memberi andil yang sangat besar pada peningkatan citra askes dimata peserta. (PT Askes, 2010).

Askes Center dibangun untuk memudahkan pelanggan Askes, baik peserta dan provider, dalam mendapatkan pelayanan. Oleh karena itu, Askes Center akan menjadi pusat dari Askes, baik pusat informasi, pusat pelayanan, dan pengendalian yang ditunjang dengan petugas ramah, tanggap, dan informatif. Ramah berarti sikap petugas yang ramah tamah dan murah senyum dalam melayani pelanggan. Tanggap berarti menunjukkan sikap responsif, kooperatif dan sigap dalam memenuhi kebutuhan pelanggan serta menangani keluhan. Sementara informatif dapat dimaknai dengan menunjukkan peran petugas Askes Center selaku duta PT Askes (Persero) yang mampu memberi informasi secara jelas dan lengkap sesuai kebutuhan pelanggan. Hingga akhirnya PT Askes (Persero) mampu memuaskan peserta Askes dalam mendapatkan pelayanan medis maupun non medis. (PT Askes, 2009).

Berdasarkan Pedoman Administrasi Pelayanan Kesehatan Askes Sosial PT Askes (Persero) tahun 2009, ada standar-standar yang ditetapkan dalam Askes Center. Standar-standar ini mengatur mulai dari standar kebutuhan fisik dan material, standar kebutuhan SDM, hingga standar berdasarkan fungsi. Dalam standar kebutuhan fisik dan material, PT Askes (Persero) memberi standar desain ruang, standar lokasi, standar kostum dan kebutuhan.

Untuk standar kebutuhan SDM, penempatan petugas PT Askes (Persero) di rumah sakit sangat bergantung kepada jumlah kasus dan kunjungan pada Rumah Sakit. Semakin besar jumlah kasus dan kunjungan peserta pada rumah sakit maka makin rumit permasalahan yang terjadi pada rumah sakit tersebut sehingga penempatan petugas PT Askes (Persero) secara tepat merupakan hal yang tidak dapat terhindarkan.

Sementara untuk standar berdasar fungsi, PT Askes (Persero) mengambil fungsi pelayanan informasi dan penanganan keluhan Askes Center, administrasi dan penyelesaian klaim, fungsi pengendalian, dan fungsi kemitraan. Standar ini ditetapkan untuk menjaga relasi antara PT Askes (Persero) dengan mitranya. (PT Askes, 2009).

Askes Center RSAL Dr Mintohardjo berlokasi di Jalan Bendungan Hilir No. 17 Jakarta Pusat, berada di bawah PT Askes (Persero) Kantor Cabang Utama Jakarta Pusat. Pelayanan yang diberikan oleh Askes Center di RSAL Dr Mintohardjo adalah pelayanan askes rawat inap, rawat jalan, unit gawat darurat dan apotik.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 416/MENKES/PER/II/2011 tanggal 24 Februari 2011 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PT Askes (Persero) maka terhitung mulai tanggal 1 Juni 2011 pasien PT Askes (Persero) di RSAL Dr. Mintohardjo tidak dikenakan Urun Biaya kecuali pasien PT Askes (Persero) Non TNI AL dikenakan biaya sebagai berikut :

- a. Biaya administrasi pendaftaran pasien rawat jalan sebesar Rp 10.000,-/hari
 - b. Setiap berobat ke Poliklinik Spesialis dikenakan urun biaya sebesar Rp 10.000,-
 - c. Biaya administrasi pendaftaran rawat inap sebesar Rp 10.000,-.
- (Karumkital, 2011)

Dalam rangka tertib administrasi dan guna meningkatkan pelayanan kepada seluruh peserta, PT Askes (Persero) telah melakukan pergantian kartu peserta dengan kartu laminasi barcode secara nasional. Pendistribusian kartu barcode telah dilakukan sejak tanggal 1 November 2009 dan digunakan sebagai identitas peserta dalam memperoleh pelayanan di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang bekerja sama dengan PT Askes. Maka terhitung mulai tanggal 1 Juli 2011 kartu identitas peserta yang berlaku adalah kartu peserta laminasi berbarcode sedangkan kartu peserta berbahan kertas tidak berlaku lagi.

3.3.2 Fisik dan Material

Askes Center RSAL Dr Mintohardjo terdiri dari askes rawat inap, askes rawat jalan, unit gawat darurat dan apotik, yang berada di ruangan yang berbeda.

Lokasi Askes Center RSAL Dr Mintohardjo sangat strategis, karena berada di bagian depan gedung RSAL Dr. Mintohardjo dan tersedia petunjuk jalan untuk mencapai Askes Center RSAL Dr Mintohardjo yang memudahkan peserta untuk mengunjunginya.

Di Askes Center RSAL Dr Mintohardjo memiliki peralatan kantor berupa komputer dan printer serta dilengkapi ruang tunggu dan tersedia fasilitas foto copy. Askes Center RSAL Dr mintohardjo juga memiliki dispenser untuk pegawai, kotak saran, pendingin ruangan, televisi, sedangkan untuk antrian masih manual belum menggunakan mesin antrian. Di Askes Center juga menyediakan majalah Info Askes untuk peserta dalam jumlah terbatas.

3.3.3 Sumber Daya Manusia (SDM)

Di Askes Center RSAL Dr Mintohardjo terdiri dari petugas Askes dan petugas Rumah Sakit.

Tabel 3.1 Komposisi Petugas di Askes Center RSAL Dr Mintohardjo

Bagian	Petugas Askes	Petugas Rumah Sakit			Jumlah
		Militer	PNS	PHL	
Rawat Jalan	2	1	3	-	6
Rawat Inap	-	1	2	1	4
Apotik	1	3	2	13	19
Koordinator P2D RS	-	1	-	-	1
Jumlah	3	5	7	14	30

Petugas Rumah Sakit memberikan pelayanan pendaftaran di loket karena merupakan tugas dan fungsi Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kepada peserta PT Askes (Persero). Petugas Rumah Sakit juga melaksanakan entri data dan membuat pertanggungjawaban keuangan untuk Rumah Sakit serta menerbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS).

Petugas Askes, 1 orang dokter sebagai koordinator yang setara dengan pangkat Asisten Manager karena di Askes Center RSAL Dr Mintohardjo melayani klaim > Rp 1 M/bulan, juga merangkap sebagai verifikator pelayanan kesehatan (rawat inap) serta sebagai legalisator. 1 orang non medis sebagai verifikator pelayanan kesehatan (rawat jalan) dan 1 orang petugas askes sebagai verifikator obat dan legalisator.

Petugas Askes bertugas secara penuh (full time) karena rata-rata jumlah kasus RJTL lebih besar dari 20 per hari (>20 kasus/hari) yaitu sekitar 250 – 350 kasus per hari. Penempatan petugas askes ini sangat perlu karena Rumah Sakit dengan jumlah

kasus dan jumlah kunjungan cukup tinggi pelayanan maka administrasi dan permasalahan yang dihadapi juga akan lebih kompleks.

3.3.4 Fungsi Askes Center RSAL Dr Mintohardjo

1. Pelayanan Informasi dan Penanganan Keluhan Askes Center

Pemberian informasi dan penanganan keluhan di Askes Center RSAL Dr Mintohardjo dilakukan oleh Petugas Rumah Sakit yang sudah di latih tentang pemberian informasi kepada peserta Askes dan pelayanan prima. Bila masalah terlalu kompleks akan dijelaskan oleh petugas Askes.

Pemberian informasi tak langsung di Askes Center RSAL Dr Mintohardjo berupa fisik yaitu leaflet yang berisi tentang :

- a. Bagaimana mengurus kartu peserta Askes
- b. Petunjuk layanan bagi peserta Askes Sosial
- c. Pelayanan Dokter Keluarga bagi Peserta Askes
- d. Pelayanan alat kesehatan bagi Peserta Askes Sosial
- e. Pelayanan Customer Mobile Care
- f. Hallo Askes 500 400
- g. Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis)
- h. Kanker Paru

Pemberian informasi tak langsung juga berupa pengumuman yang di pasang di papan pengumuman.

2. Administrasi dan Penyelesaian Klaim

Peserta yang berobat menerima Surat Jaminan Pelayanan (SJP) baik untuk rawat jalan, rawat inap, unit gawat darurat dan apotik. SJP dibuat secara komputerisasi, kecuali untuk unit gawat darurat, dibuat secara manual, yang dapat diperoleh di loket sentral Unit Rawat Jalan (URJ) A pada jam kerja dan di luar jam kerja.

Entri data dan verifikasi dikerjakan setiap hari. Entri data dilaksanakan oleh petugas rumah sakit sedangkan verifikator dilaksanakan oleh Petugas Askes. Pemantauan kemajuan entri dan verifikasi tagihan akan dievaluasi setiap tanggal 10 (standar semua tagihan telah di-entri petugas RS) dan tanggal 15 (standar semua tagihan telah diverifikasi petugas Askes).

Pada saat selesai proses verifikasi oleh Petugas Askes, petugas Rumah Sakit akan membuat surat yang ditujukan kepada KCU Jakarta Pusat.

Di RSAL Dr mintohardjo belum menggunakan sistem komputerisasi sehingga belum ada link antara Askes Center dengan poli, laboratorium dan penunjang medik lainnya serta apotik.

3. Pengendalian

Pengendalian biaya dapat dilakukan dengan Eligibilitas Peserta oleh sistem dan Legalisasi terhadap Surat Jaminan Pelayanan dan Resep yang dilakukan oleh Petugas Askes.

4. Kemitraan

Petugas Askes Center dan Rumah Sakit memberikan informasi yang sejalan, dan penanganan keluhan secara bersama-sama. Dan untuk meningkatkan kerjasama antara Petugas Askes Center dan Rumah Sakit, Petugas Askes Center melakukan pendekatan/pertemuan sebanyak 1 (satu) kali dalam 3 (tiga) bulan kepada manajemen Rumah Sakit, 2 (dua) kali dalam sebulan Petugas Askes Center langsung turun ke lapangan (poli dan ruangan) dan 1 (satu) tahun sekali melaksanakan sosialisasi tentang Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO) dan manajemen pelayanan kesehatan kepada semua personel RSAL Dr Mintohardjo.

3.3.5 Tugas dan Wewenang Petugas Askes Center

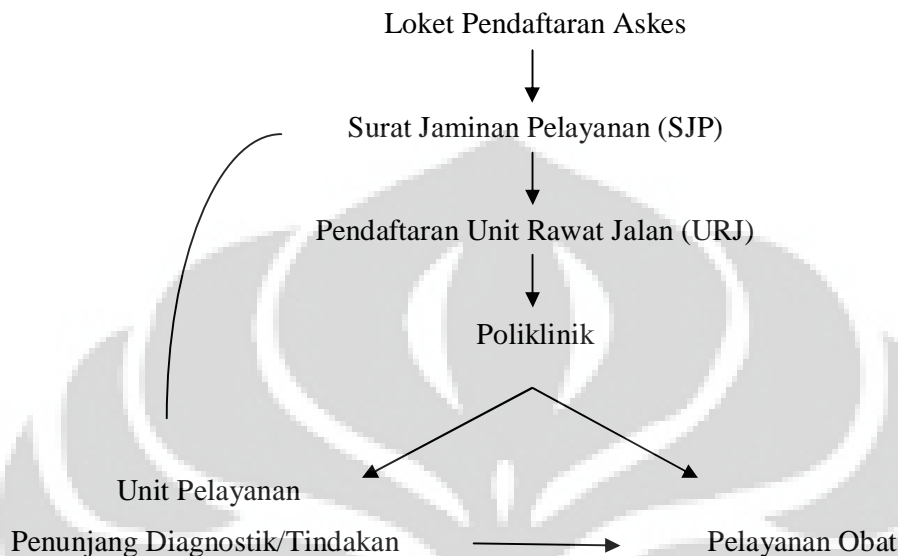
1. Petugas Askes melakukan legalisasi terhadap resep, surat jaminan pelayanan (SJP) dan semua jenis pelayanan.
2. Untuk jenis pelayanan berisiko biaya tinggi dan yang memerlukan pertimbangan medis dilegalisasi oleh Koordinator Askes Center.
3. Petugas Askes memberikan informasi dan bimbingan tentang prosedur pelayanan kesehatan kepada Peserta Askes dan RS.
4. Petugas Askes menangani dan menyelesaikan keluhan Peserta Askes (Pesero) dan Rumah Sakit sesuai dengan batas kewenangannya.
5. Petugas Askes melakukan verifikasi terhadap klaim/tagihan RS.
6. Petugas Askes mencocokkan bukti pelayanan dengan catatan medik (dengan seizin manajemen rumah sakit) jika diperlukan.
7. Petugas Askes melakukan kunjungan berkala ke bangsal perawatan khususnya untuk pasien katastrofik.

3.3.6 Prosedur dan Mekanisme Administrasi

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)

Alur pelayanan RJTL terlihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 3.3 Alur Pelayanan RJTL



Alur pelayanan RJTL diuraikan sebagai berikut :

- a. Peserta atau keluarga yang datang ke loket pendaftaran Askes, menyerahkan Kartu Peserta yang sah dan menyerahkan surat rujukan dari Puskesmas/dokter keluarga yang masih berlaku atau surat kontrol ulang atau surat permintaan ke unit pelayanan penunjang diagnostik/ tindakan kepada Petugas RS di Askes Center.
- b. Petugas RS menerbitkan SJP, 1 peserta mendapatkan 1 nomor SJP.
- c. Petugas Askes melegalisasi SJP tersebut.
- d. Peserta mendapatkan SJP-RJTL dalam rangkap 3 (tiga) :
 - 1) Lembar putih : untuk poliklinik
 - 2) Lembar merah : untuk apotik
 - 3) Lembar kuning : untuk laboratorium dan rontgen.

SJP dibuat tersendiri untuk pelayanan : Haemodialisa, Akupuntur dan Fisioterapi. Setiap menerima pelayanan kesehatan di poli atau unit pelayanan penunjang diagnostik/tindakan, SJP-RJTL di paraf oleh peserta dan dokter yang mengobati.

- e. Peserta menuju ke poli spesialis dengan membawa SJP-RJTL dan surat rujukan/surat kontrol dan peserta yang akan ke unit pelayanan penunjang diagnostik/tindakan langsung menuju ke unit yang dimaksud.

- f. Petugas RS yang ada di poli spesialis mencatat nomor SJP-RJTL. Selanjutnya :
- 1) Bila peserta hanya mendapatkan pelayanan pada poli spesialis tersebut maka SJP-RJTL lembar pertama diserahkan/di tinggal di poli tersebut.
 - 2) Bila peserta juga mendapatkan pemeriksaan penunjang diagnostik atau tindakan, maka peserta ke unit pelayanan penunjang diagnostik/tindakan dengan membawa :
 - (a) Surat permintaan dari dokter
 - (b) SJP yang berwarna kuning (bila ke radiologi dan laboratorium), dan membawa SJP yang berbeda dengan nomor SJP yang sama bila ke haemodialisa, akupunktur dan fisioterapi.
 - (c) Menunjukkan kartu Askes.
 - 3) Bila peserta mendapat pelayanan di poli spesialis lain maka peserta menuju poli spesialis penerima rujukan dengan membawa :
 - (a) Surat rujukan intern
 - (b) SJP lembar pertama
 - (c) Menunjukkan kartu Askes
 - (d) Bila pelayanan tidak berlanjut maka SJP lembar pertama diserahkan di poli tersebut.
- g. Setelah pelayanan di poli spesialis/ instalasi penunjang diagnostik selesai, maka Petugas RS pada poli spesialis/instalasi penunjang tersebut menyerahkan SJP-RJTL dan bukti pelayanan ke loket Askes Center untuk diinput oleh petugas RS.
- h. Untuk pelayanan obat : peserta harus menyerahkan resep dan atau protokol terapi/surat keterangan lain yang telah dilegalisir Petugas Askes, SJP yang berwarna merah, dan menunjukkan kartu askes asli.
- i. Bila peserta yang membawa perintah kontrol ulang dari poli spesialis, maka pada saat pelaksanaan kontrol ulang peserta harus menyerahkan surat perintah kontrol kepada Petugas Rumah Sakit di Askes Center untuk mendapat SJP baru.
2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL)
Alur pelayanan RITL terlihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 3.4 Alur Pelayanan RITL



Alur pelayanan RITL diuraikan sebagai berikut :

- a. Peserta atau keluarga yang mengurus menunjukkan kartu Peserta yang sah serta menyerahkan surat perintah rawat inap dari Poli Spesialis atau instalasi Unit Gawat Darurat.
- b. Peserta mendapatkan SJP-RITL dalam rangkap 3 (tiga) :
 - 1) Lembar putih untuk Rumah Sakit sebagai dasar penagihan, ditinggal di loket pendaftaran Askes.
 - 2) Lembar merah untuk Peserta sebagai jaminan mengambil obat.
 - 3) Lembar kuning untuk Rumah Sakit, diserahkan ke Askes Center Rawat Inap.
- c. Untuk mendapat pelayanan lain selama Peserta di rawat inap, cukup dengan menunjukkan kartu askes.
- d. Untuk pelayanan obat : peserta harus menyerahkan resep dan atau protokol terapi/surat keterangan lain yang telah dilegalisir Petugas Askes, SJP yang berwarna merah, dan menyerahkan fotokopi kartu askes. Petugas Askes memverifikasi Resep, kartu askes dan SJP lembar kedua (warna merah) serta persyaratan lain yang diperlukan.

Untuk resep obat khusus (Ventolin, Combivent, Kalbamin, Tutofusin, Aminoleban, Martos, Albumin, MST, dsb), Peserta harus melampirkan lembar permohonan obat khusus/protokol terapi (PT) asli dan fotokopi,

yang telah ditandatangani dokter yang merawat dan petugas RS di askes rawat inap.

Untuk resep albumin, melampirkan juga hasil laboratorium pemeriksaan terbaru dan fotokopi.

Bagi Pasien Hemodialisa (HD) yang telah cuci darah selama 3 bulan lebih:

1) Peresepan obat eritropoetin : melampirkan hasil pemeriksaan hemoglobin (HB) tiap 2 minggu sekali selama HB < 10 mg/dl, tiap 1 bulan sekali selama kadar HB = 10 sampai 12 mg/dl. Serta melampirkan hasil pemeriksaan Serum ion besi dan TIBC yang Normal (ion besi > 60, TIBC > 20%) yang berlaku 3 bulan.

2) Peresepan obat venofer

Melampirkan hasil pemeriksaan serum ion besi dan TIBC yang menunjukkan kadar ion besi di bawah normal, serta hasil pemeriksaan HB > 10 mg/dl.

3. Unit Gawat Darurat

Pada kasus gawat darurat, Peserta dapat memperoleh SJP di loket sentral Unit Rawat Jalan (URJ) A pada saat jam kerja dan diluar jam kerja, hanya dengan menunjukkan kartu askes saja tanpa surat rujukan. SJP dibuat secara manual tanpa nomor. Nomor SJP akan diberikan oleh Petugas Askes Center pada saat proses entri di Askes Center.

4. Rujukan Peserta Askes dari RSAL Dr Mintohardjo ke RS lain

RSAL Dr Mintohardjo memiliki keterbatasan fasilitas, peralatan dan teknologi seperti CT Scan kepala dan Magnetic Resonance Imaging (MRI) sehingga Peserta Askes yang memerlukan pemeriksaan dengan alat-alat canggih tersebut harus dirujuk ke RS lain seperti ke Rumah Sakit Umum Cipto Mangunkusomo (RSCM) atau Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat (RSPAD).

Persyaratan yang harus dibawa oleh Peserta Askes, yaitu :

a. Surat rujukan extern yang ditanda tangani oleh dokter yang mengirim pasien, Petugas Askes Center serta mendapat persetujuan dari P2D RSAL Dr Mintohardjo.

b. Menunjukkan kartu askes.

3.3.7 Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan

1. Mekanisme Pengendalian

- a. Verifikasi awal dilakukan dengan cara validasi keabsahan Peserta di loket Askes Center yaitu Peserta yang bersangkutan harus menyerahkan kartu Askes, surat rujukan atau surat kontrol ulang, berarti menjamin pemanfaatan kartu Askes hanya oleh yang berhak.
 - b. Pemberian nomor pada Surat Jaminan Pelayanan (otomatis keluar dari komputer) berfungsi sebagai alat kontrol SJP.
 - c. SJP hanya dipegang oleh Peserta sehingga akan memperkecil kemungkinan terjadinya penyalahgunaan pelayanan kesehatan oleh yang tidak berhak.
 - d. Jumlah SJP yang diterbitkan dalam 1 (satu) hari maksimal 1 (satu) buah untuk 1 (satu) orang, kecuali bila Peserta akan periksa di poliklinik juga menuju ke Hemodialisa/ Akupunktur/ Fisioterapi, Peserta akan memperoleh 2 (dua) buah SJP dengan nomor yang sama.
 - e. Verifikasi klaim RS akan menjadi lebih mudah oleh karena dibantu dengan adanya kontrol nomor SJP yang dikeluarkan.
2. Parameter keberhasilan Program Askes Center
- a. Survei kepuasan peserta baik yang rawat jalan maupun yang rawat inap (sekali setahun).
 - b. Survei kepuasan PPK (Puskesmas) (sekali setahun).
 - c. Petugas Askes Center membuat laporan kepada Kantor Cabang dan Rumah Sakit meliputi :
 - 1) Laporan pelayanan kesehatan, umpan balik verifikasi (kantor cabang).
 - 2) Feedback terhadap hasil verifikasi (RS).
 - 3) Utilisasi Review (UR) RSAL Dr Mintohardjo meliputi unit cost, ratio (kantor cabang dan RS).

3.3.8 Produk PT Askes Cabang Utama Jakarta Pusat di RSAL Dr Mintohardjo

1. Askes Sosial

Program Asuransi Kesehatan Sosial merupakan penugasan Pemerintah kepada PT Askes (Persero) melalui Peraturan Pemerintah No. 69 tahun 1991.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 416/MENKES/PER/II/2011 tanggal 24 Februari 2011 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PT Askes (Persero), pasien PT Askes (Persero) di RSAL Dr. Mintohardjo tidak dikenakan Urun Biaya terhitung mulai tanggal 1

Juni 2011 sehingga Perjanjian Kerjasama antara PT Askes (Persero) Cabang Utama Jakarta Pusat dengan RSAL Dr Mintohardjo tentang Pelayanan Kesehatan bagi Peserta Sosial PT Askes (Persero) dalam proses perubahan.

a. Peserta program Askes Sosial adalah :

- 1) Pegawai Negeri Sipil dan Calon Pegawai Negeri Sipil (tidak termasuk PNS dan Calon PNS di Kementerian pertahanan, TNI/Polri), Pejabat Negara, Penerima Pensiun (Pensiunan PNS, Pensiunan PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan, TNI/Polri, Pensiunan Pejabat Negara), Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarga yang di tanggung.
- 2) Pegawai Tidak Tetap (Dokter/Dokter Gigi/Bidan – PTT, melalui SK Menkes nomor 1540/MENKES/SK/XII/2002, tentang Penempatan Tenaga Medis Melalui Masa Bakti Dan Cara Lain).
- 3) Pegawai dan Penerima pensiun PT. Kereta Api Indonesia (Persero) beserta anggota keluarganya.
Anggota Keluarga adalah :
 - 1) Istri / suami yang sah dari peserta yang mendapat tunjangan istri/suami (Daftar isteri / suami yang sah yang tercantum dalam daftar gaji / slip gaji, dan termasuk dalam daftar penerima pensiun/carik Dapem).
 - 2) Anak (anak kandung / anak tiri / anak angkat) yang sah dari peserta yang mendapat tunjangan anak, yang tercantum dalam daftar gaji/slip gaji, termasuk dalam daftar penerima pensiun/carik Dapem, belum berumur 21 tahun atau telah berumur 21 tahun sampai 25 tahun bagi anak yang masih melanjutkan pendidikan formal, dan tidak atau belum pernah kawin, tidak mempunyai penghasilan sendiri serta masih menjadi tanggungan peserta.
 - 3) Jumlah anak yang ditanggung maksimal 2 (dua) anak sesuai dengan urutan tanggal lahir, termasuk didalamnya anak angkat maksimal satu orang.

b. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) PT Askes (Persero)

- 1) Pemberi Pelayanan Kesehatan Dasar , yaitu :
 - a) Puskesmas

- b) Dokter Keluarga / Dokter Gigi Keluarga
 - c) Poliklinik Milik Institusi
 - d) Klinik 24 Jam
- 2) Pemberi Pelayanan Kesehatan Lanjutan, yaitu:
- a) Rumah Sakit Umum Pemerintah
 - b) RS Khusus Pemerintah (Jantung, Paru, Orthopedi, Jiwa, Kusta, Mata, Infeksi, Kanker dll)
 - c) Rumah Sakit TNI/POLRI
 - d) Rumah Sakit Swasta
 - e) Unit Pelayanan Transfusi Darah (UPTD)/PMI
 - f) Apotek / Instalasi Farmasi RS
 - g) Optikal
 - h) Balai Pengobatan Khusus (Paru, Mata, Indera, dll).
 - i) Laboratorium Kesehatan
 - j) Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya yang bekerja sama dengan PT Askes (Persero)
- c. Jenis Pelayanan Kesehatan yang Dijamin oleh PT Askes(Persero) Bagi Peserta Askes Sosial
- 1) Pelayanan Kesehatan Dasar :
- a) Konsultasi, penyuluhan, pemeriksaan medis dan pengobatan.
 - b) Pemeriksaan dan pengobatan gigi.
 - c) Tindakan medis kecil/ sederhana.
 - d) Pemeriksaan penunjang diagnostik sederhana
 - e) Pengobatan efek samping kontrasepsi
 - f) Pemberian obat pelayanan dasar dan bahan kesehatan habis pakai.
 - g) Pemeriksaan kehamilan dan persalinan sampai anak kedua hidup.
 - h) Pelayanan imunisasi dasar.
 - i) Pelayanan Rawat Inap di Puskesmas Perawatan/Puskesmas dengan Tempat Tidur.
- 2) Pelayanan Kesehatan Lanjutan :
- a) Rawat Jalan
 - (1) Konsultasi, pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter spesialis.

- (2) Pemeriksaan Penunjang Diagnostik : Laboratorium, Rontgen/ Radiodiagnostik, Elektromedik dan pemeriksaan alat kesehatan canggih sesuai ketentuan PT Askes (Persero).
 - (3) Tindakan medis poliklinik dan rehabilitasi medis.
 - (4) Pelayanan obat sesuai Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO) dan ketentuan lain yang ditetapkan oleh PT Askes (Persero).
- b) Rawat Inap
- (1) Rawat Inap di ruang perawatan sesuai hak Peserta.
 - (2) Pemeriksaan, pengobatan oleh dokter spesialis.
 - (3) Pemeriksaan Penunjang Diagnostik : Laboratorium, Rontgen/ Radiodiagnostik , Elektromedik dan pemeriksaan alat kesehatan canggih sesuai ketentuan PT Askes (Persero).
 - (4) Tindakan medis operatif.
 - (5) Perawatan intensif (ICU, ICCU, HCU, NICU, PICU).
 - (6) Pelayanan rehabilitasi medis.
 - (7) Pelayanan obat sesuai Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO) dan ketentuan lain yang ditetapkan oleh PT Askes (Persero)
- c) Pemeriksaan kehamilan, gangguan kehamilan dan persalinan sampai anak kedua hidup.
- d) Pelayanan Transfusi Darah dan Cuci Darah.
- e) Cangkok (transplantasi) Organ.
- f) Pelayanan Canggih sesuai ketentuan PT Askes (Persero)
- g) Alat Kesehatan diberikan untuk Peserta dengan ketentuan sebagai berikut:
- (1) Kacamata (1 kali /2 tahun)
 - (2) Gigi Tiruan (1 kali /2 tahun)
 - (3) Alat Bantu Dengar (1 kali /2 tahun)
 - (4) Kaki / tangan tiruan
 - (5) Implant (alat kesehatan yang ditanam dalam tubuh) antara lain:
 - (a) IOL (lensa tanam di mata).
 - (b) Pen & Screw (alat penyambung tulang).
 - (c) Mesh (alat yang dipasang setelah operasi hernia)

d. Pelayanan Yang Tidak Dijamin oleh PT Askes (Persero)

- 1) Pelayanan kesehatan yang tidak mengikuti tata cara pelayanan yang ditetapkan PT Askes (Persero)/ Pelayanan kesehatan tanpa indikasi medis.
- 2) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas yang bukan jaringan pelayanan kesehatan PT Askes (Persero), kecuali dalam keadaan gawat darurat (emergency) dan kasus persalinan.
- 3) Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri.
- 4) Obat-obatan diluar ketentuan PT Askes (Persero).
- 5) Bedah plastik kosmetik, termasuk obat-obatan.
- 6) Semua jenis pelayanan imunisasi diluar “imunisasi dasar” bagi bayi dan balita (DPT, Polio, BCG, Campak) dan bagi ibu hamil (TT) yang dilakukan di Puskesmas
- 7) Seluruh rangkaian pemeriksaan dalam usaha ingin mempunyai anak, termasuk alat dan obat-obatnya.
- 8) Sirkumsisi tanpa indikasi medis.
- 9) Pemeriksaan kehamilan, gangguan kehamilan, tindakan persalinan, masa nifas pada anak ketiga dan seterusnya.
- 10) Usaha meratakan gigi (Orthodontie), membersihkan karang gigi (scalling gigi) dan pelayanan kesehatan gigi untuk kosmetik.
- 11) Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat, alkohol dan atau zat adiktif lainnya.
- 12) Gangguan kesehatan/penyakit akibat usaha bunuh diri atau dengan sengaja menyakiti diri sendiri.
- 13) Kursi roda, tongkat penyangga, korset dan elastic bandage
- 14) Kosmetik, toiletries, makanan bayi, obat gosok, vitamin, susu.
- 15) Lain-lain:
 - a) Biaya perjalanan/transportasi
 - b) Biaya sewa ambulans
 - c) Biaya pengurusan jenazah
 - d) Biaya fotokopi
 - e) Biaya telekomunikasi
 - f) Biaya kartu berobat
 - g) Biaya administrasi (PT Askes, 2010).

2. Askes Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Menteri (Jamkesmen)

a. Peserta PT Askes (Persero) Program Askes Jamkesmen adalah :

Menteri atau pejabat tertentu beserta keluarganya selama yang bersangkutan menduduki jabatan dan melaksanakan tugasnya.

- 1) Menteri adalah menteri yang memimpin kementerian dan pejabat yang diberi kedudukan atau hak keuangan dan fasilitas setingkat menteri.
- 2) Pejabat Tertentu adalah pejabat di lingkungan Pemerintah Pusat yang memimpin lembaga pemerintah non departemen, pejabat eselon I, dan pejabat yang diberikan kedudukan atau hak keuangan dan fasilitas setingkat eselon I.
- 3) Keluarga adalah istri/suami, dan anak yang masih dalam tanggungan sesuai peraturan perundang - undangan di bidang pegawai negeri sipil.

b. Tempat Perawatan

Fasilitas kesehatan di seluruh Indonesia yang bekerjasama dengan PT Askes (Persero) atau provider pilihan peserta yang terdiri dari :

- 1) Dokter Keluarga dan Poliklinik 24 jam
- 2) Dokter Spesialis
- 3) RS Swasta
- 4) RS Pemerintah
- 5) RS TNI/POLRI
- 6) Unit Pelayanan Transfusi Darah (UPTD)/PMI
- 7) Apotek
- 8) Optikal
- 9) Laboratorium

c. Jaringan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)

Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dapat diperoleh di :

- 1) Dokter keluarga yang ditunjuk
- 2) Dokter keluarga pilihan peserta
- 3) Dokter spesialis di Rumah Sakit yang ditunjuk
- 4) Dokter spesialis pilihan peserta

Pelayanan Rawat jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap (RI), dapat diperoleh di Rumah Sakit Swasta yang telah ditunjuk untuk bekerjasama

dengan PT Askes (Persero), atau Rumah Sakit pilihan peserta.

d. Prosedur dan Ruang Lingkup Pelayanan

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan yang diberikan kepada Menteri dan Pejabat Tertentu terdiri dari :

- 1) Pelayanan Rawat Jalan tingkat Pertama (RJTP)
- 2) Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)
- 3) Pelayanan Rawat Inap (RI)
- 4) Pelayanan gigi dan mulut
- 5) Pelayanan persalinan
- 6) Penggantian alat kesehatan
- 7) Pelayanan darah
- 8) Pelayanan General Check Up
- 9) Pelayanan kesehatan di luar negeri
- 10) Pelayanan ambulans (PT Askes, 2011).

3. Jaminan Kesehatan Utama (Jamkestama)

Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Ketua, Wakil Ketua, dan Anggota DPR, DPD, BPK, Komisi Yudisial, Hakim Mahkamah Konstitusi dan Hakim Agung Mahkamah Agung, yang selanjutnya disebut Jaminan Kesehatan Utama (Jamkestama) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan dengan fasilitas pelayanan yang paling tinggi selama melaksanakan tugasnya.

a. Peserta Jamkestama

- 1) Peserta Jamkestama adalah Ketua, Wakil Ketua, dan Anggota DPR, DPD, BPK, Komisi Yudisial, Hakim Mahkamah Konstitusi dan Hakim Agung Mahkamah Agung beserta Keluarganya selama yang bersangkutan menduduki jabatan dan melaksanakan tugasnya.
- 2) Keluarga adalah Isteri/Suami dan Anak yang masih dalam tanggungan sesuai peraturan perundang-undangan.

b. Tempat Pelayanan Askes

Fasilitas kesehatan di seluruh Indonesia yang bekerjasama dengan PT Askes (Persero) atau fasilitas kesehatan yang dipilih oleh Peserta yang terdiri dari :

- 1) Dokter Keluarga
- 2) Dokter Spesialis
- 3) RS Swasta

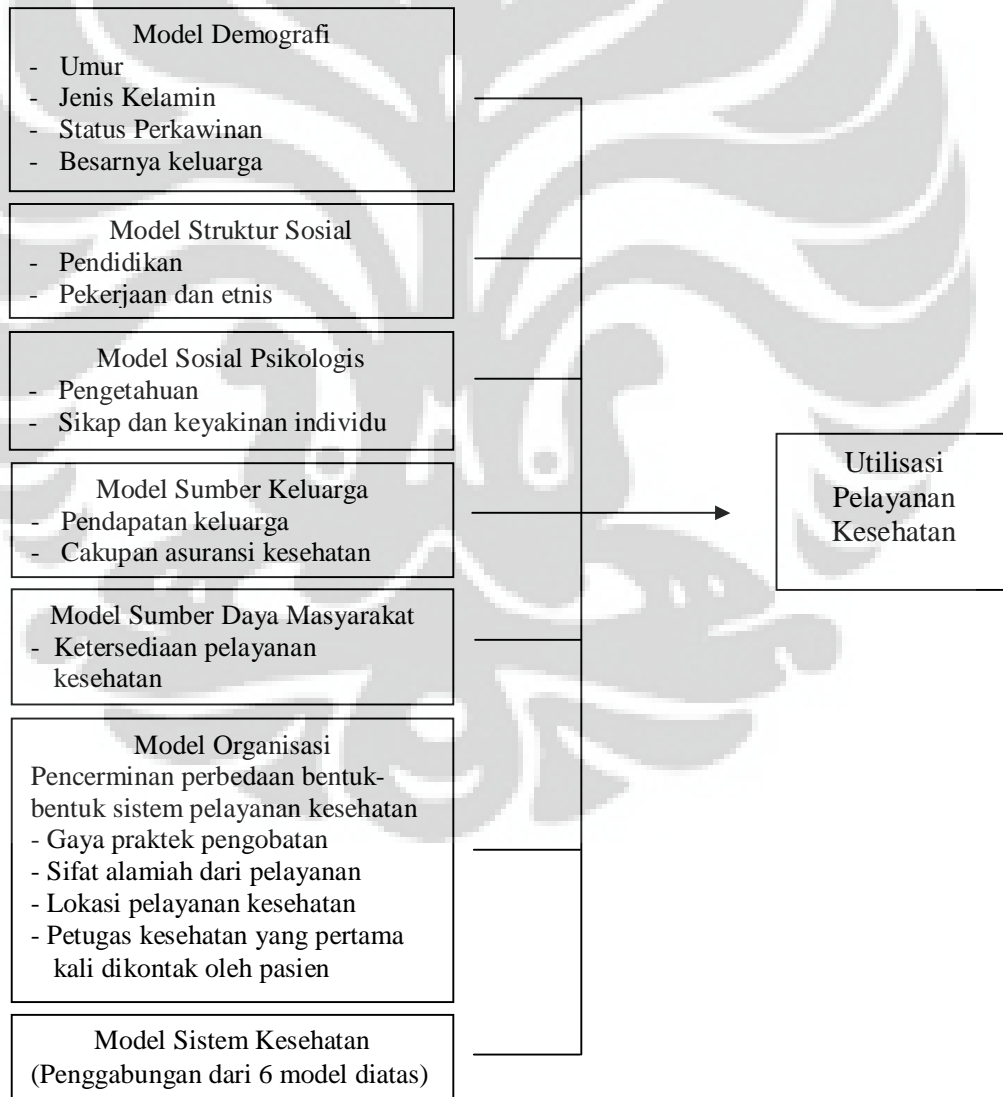
- 4) RS Pemerintah
 - 5) RS TNI/POLRI
 - 6) Unit Pelayanan Transfusi Darah (UPTD)/PMI
 - 7) Apotek
 - 8) Optikal
 - 9) Laboratorium
- c. Jenis Pelayanan Yang Dijamin
- 1) Pelayanan Rawat Jalan tingkat Pertama (RJTP)
 - 2) Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)
 - 3) Pelayanan Rawat Inap (RI)
 - 4) Pelayanan gigi dan mulut
 - 5) Pelayanan persalinan
 - 6) Penggantian alat kesehatan
 - 7) Pelayanan darah
 - 8) Pelayanan General Check Up
 - 9) Pelayanan evakuasi sakit
 - 10) Pelayanan kesehatan di luar negeri
 - 11) Pelayanan ambulans
- d. Pelayanan Yang Tidak Dijamin
- 1) Pelayanan dan tindakan kosmetika.
 - 2) Program dalam rangka ingin mempunyai anak.
 - 3) Kecanduan narkoba (narkotika/ obat-obatan/ zat adiktif lainnya) dan kecanduan alkohol serta obat berbahaya lainnya.
 - 4) Pengobatan dan tindakan medis yang masih dikategorikan eksperimen.
 - 5) Biaya komunikasi.
- e. Prosedur Pengajuan Klaim
- a) Mengisi Formulir Pengajuan Klaim (FPK).
 - b) Kuitansi Pembayaran Asli bermeterai cukup.
 - c) Berkas pendukung yang terkait dengan klaim yang diajukan.
 - d) Berkas pengajuan klaim diserahkan kepada PCO Kantor Cabang PT Askes (Persero) setempat.
 - e) Batas pembayaran klaim paling lambat 7 (tujuh) hari kerja terhitung sejak klaim diterima dengan lengkap oleh PT Askes (Persero). (PT Askes, 2011).

BAB 4
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN
DEFINISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka Teori

Penelitian ini menggunakan kerangka teori yang diambil dari model Andersen dan Anderson (1979) yang dikutip dari Ilyas (2006), yang menggolongkan model ke dalam tujuh kategori sebagai faktor yang menentukan dalam utilisasi pelayanan kesehatan. Penulis mencoba membuat tujuh kategori tersebut dalam bentuk skema berikut ini :

Gambar 4.1 Model Utilisasi Pelayanan Kesehatan Andersen dan Anderson (1979)



Sumber : Askes – Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan Fraud. Ilyas (2006)

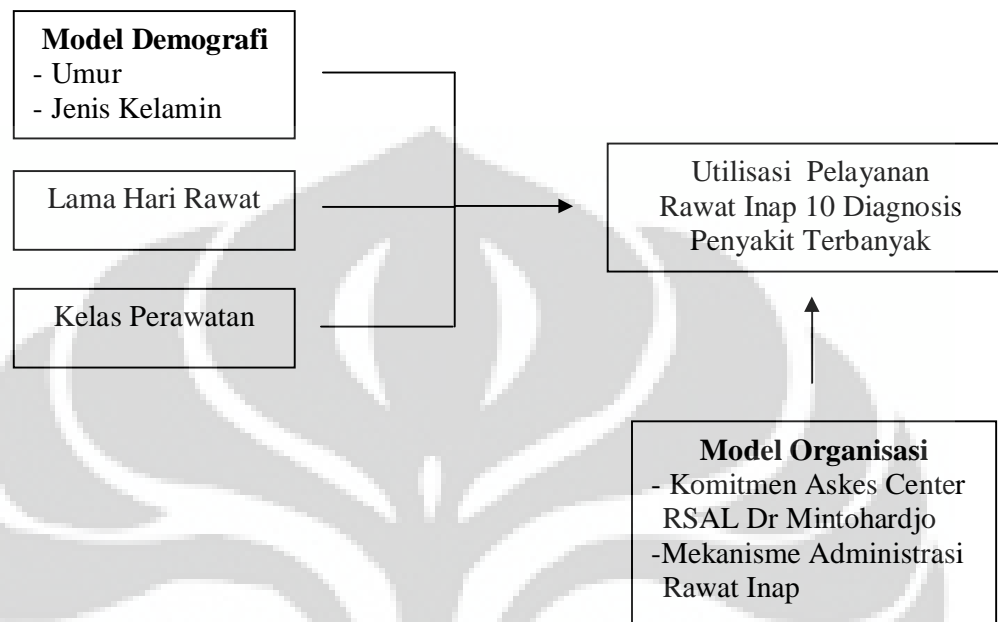
4.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan permasalahan yang ada, maka Penulis mencoba melihat gambaran utilisasi pelayanan rawat inap dengan mengidentifikasi beberapa faktor yang berkaitan dengan utilisasi pelayanan rawat inap.

Dari semua faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan rawat inap, Penulis membatasi beberapa variabel yang akan diambil menjadi variabel independen. Variabel yang diambil dari Model Demografi yaitu Umur dan Jenis Kelamin karena data variabel ini dapat dilihat di data base Askes Center RSAL Dr Mintohardjo dan Model Organisasi yaitu Komitmen Askes Center RSAL Dr Mintohardjo dan Mekanisme Administrasi Rawat Inap. Dari Model Demografi yang lain yaitu status perkawinan dan besarnya keluarga dan model stuktur sosial serta model sumber keluarga tidak diikut sertakan karena data-datanya tidak dapat dilihat di data base Askes Center RSAL Dr Mintohardjo. Sedangkan pada model sosial psikologis dan model sumber daya masyarakat tidak digunakan karena penelitian hanya dilakukan pada satu tempat saja dan tidak membandingkan dengan tempat lain. Model sistem kesehatan tidak diteliti karena model ini merupakan penggabungan dari semua model Andersen dan Anderson.

Penulis menambahkan faktor yang mempengaruhi utilisasi pelayanan kesehatan yang tidak terdapat di Model Andersen dan Anderson yaitu Lama Hari Rawat dan Kelas Perawatan karena Penulis beranggapan bahwa faktor ini sangat mempengaruhi utilisasi pelayanan rawat inap. Secara skematis kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada gambar 4.2.

Gambar 4.2
Kerangka Konsep



Kerangka konsep penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran mengenai utilisasi pelayanan rawat inap 10 diagnosis penyakit terbanyak peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo . Penelitian ini menggunakan dua jenis penelitian yaitu penelitian kuantitatif dan kemudian ditunjang dengan penelitian kualitatif. Pada penelitian kuantitatif variabel yang digunakan adalah model demografi faktor umur dan jenis kelamin dan faktor lama hari rawat serta kelas perawatan.

Sedangkan untuk penelitian kualitatif, variabel yang digunakan adalah model organisasi yaitu faktor komitmen Askes Center RSAL Dr Mintohardjo dan mekanisme administrasi rawat inap.

4.3 Definisi Operasional

Tabel 4.1
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Utilisasi RITL	Jumlah kasus / jumlah peserta Askes yang memperoleh pelayanan RITL di RSAL Dr Mintohardjo	Melihat Data Sekunder	Formulir Isian	Jumlah kasus/ jumlah Peserta Askes yang di rawat	Ratio
2	Umur	Jumlah tahun sejak Peserta Askes dilahirkan sampai melakukan rawat inap sesuai yang tercantum pada berkas tagihan klaim dengan satuan tahun	Melihat Data Sekunder	Formulir Isian	1. 0 – 5 th 2. 6 – 25 th 3. 26 – 40 th 4. 41 – 56 th 5. > 56 th	Ordinal
3	Jenis Kelamin	Perbedaan ciri Peserta Askes secara biologis	Melihat Data Sekunder	Formulir Isian	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
4	Lama Hari Rawat	Jumlah hari perawatan pasien, mulai dari masuk hingga keluar dari RSAL Dr Mintohardjo	Melihat Data Sekunder	Formulir Isian	1. 1 – 7 hari 2. 8 – 30 hari 3. > 30 hari	Ordinal
5	Kelas Perawatan	Jenis kelas perawatan tempat peserta Askes di rawat inap	Melihat Data sekunder	Formulir Isian	1. Kelas I 2. Kelas II 3. ICU 4. Kelas I&ICU 5. Kelas II&ICU	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
6	Komitmen Askes Center RSAL Dr Mintohardjo	Komitmen atau Perjanjian Askes Center dengan RSAL Dr Mintohardjo dan kesiapan Askes Center dalam menangani Peserta Askes Rawat Inap ditinjau dari standar berdasarkan fungsi	Wawancara	Pedoman Wawancara	Informasi mengenai bentuk komitmen atau perjanjian Askes dengan RSAL Dr Mintohardjo dan kesiapan Askes Center dalam: a.Fungsi pelayanan informasi & penanganan keluhan b.Fungsi administrasi dan penyelesaian klaim c.Fungsi pengendalian d.Fungsi kemitraan	-
7	Mekanisme Administrasi Rawat Inap	Prosedur Askes Center dalam memberikan pelayanan Rawat Inap di RSAL Dr Mintohardjo	Wawancara	Pedoman Wawancara	Informasi mengenai prosedur Askes Center dalam memberikan pelayanan Rawat Inap di RSAL Dr Mintohardjo	-

BAB 5

METODE PENELITIAN

5.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif dan ditunjang dengan penelitian kualitatif. Bila ditinjau dari segi waktu penelitian, penelitian ini merupakan jenis penelitian cross sectional, karena masing-masing variabel baik dependen maupun independen dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan.

5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian di Askes Center RSAL Dr. Mintohardjo yang berada di bawah PT Askes (Persero) kantor Cabang Utama Jakarta Pusat. Penelitian dilaksanakan pada bulan November sampai dengan bulan Desember 2011.

5.3 Populasi dan Informan Penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo yang memanfaatkan pelayanan rawat inap di RSAL Dr Mintohardjo pada bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2011. Dari populasi yang diperoleh tersebut dibatasi cakupannya menurut 10 diagnosis terbanyak untuk dijadikan sampel penelitian.

Informan penelitian ditentukan dengan memperhatikan faktor kesesuaian dan berdasarkan keperluan pengambilan data. Pengambilan data membutuhkan Informan yang bekerja di unit terkait yang berhubungan dengan penelitian dan jumlah informan disesuaikan dengan kebutuhan penelitian. Informan dalam penelitian ini berjumlah 4 (empat) orang yaitu 2 (dua) orang pegawai Askes Center yang menjabat sebagai Koordinator Askes Center merangkap Verifikator pelayanan kesehatan dan Petugas Verifikator pelayanan kesehatan serta 2 (dua) orang pegawai RSAL Dr Mintohardjo yang diperbantukan di Askes Center RSAL Dr Mintohardjo.

5.4 Jenis dan Sumber Data

Dalam penelitian ini data yang dikumpulkan terdiri dari data sekunder yang dikumpulkan langsung oleh Peneliti dari data base Askes Center RSAL Dr Mintohardjo dan data primer yang diperoleh dari wawancara mendalam kepada Informan.

5.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data sekunder yaitu dengan mencatat data-data dari data base Askes Center RSAL Dr Mintohardjo ke dalam formulir yang berisi tentang variabel-variabel penelitian, sedangkan data primer dilakukan dengan cara wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara dan alat perekam.

5.6 Instrumen Penelitian

Dalam pengumpulan data sekunder menggunakan alat bantu berupa formulir yang berisi tentang variabel-variabel yang akan diteliti. Sedangkan instrumen yang digunakan untuk data primer yaitu pedoman wawancara serta recorder untuk merekam seluruh proses wawancara mendalam.

5.7 Pengolahan Data

Pada saat semua data kuantitatif terkumpul, selanjutnya data akan diolah menggunakan bantuan komputer. Adapun tahapan-tahapan dalam pengolahan data sekunder adalah sebagai berikut :

1. Editing

Meneliti formulir data pasien yang telah diisi untuk melihat kelengkapan dan keakuratan data. Adapun data yang dilihat adalah data yang sesuai dengan variabel penelitian yaitu berdasarkan umur, jenis kelamin, lama hari rawat, kelas perawatan dan total biaya perawatan.

2. Processing

Entry data ke dalam komputer yang dilakukan untuk mendapatkan data mengenai :

- a. Tingkat utilisasi pasien rawat inap peserta Askes Sosial berdasarkan umur, jenis kelamin, lama hari rawat dan kelas perawatan.
- b. Tingkat utilisasi pelayanan pasien rawat inap peserta Askes Sosial berdasarkan 10 diagnostik terbanyak menurut umur, jenis kelamin, lama hari rawat dan kelas perawatan.
- c. Tingkat utilisasi dan biaya pelayanan pasien rawat inap peserta Askes Sosial (Persero) berdasarkan 10 diagnosis penyakit terbanyak.

3. Cleaning

Kegiatan melakukan pengecekan kembali terhadap data yang telah di entry. Apabila ditemukan data yang kurang lengkap maka data tersebut akan digagalkan.

Pengolahan data primer merupakan proses mengatur secara sistematis transkrip wawancara mendalam dan bahan-bahan lain yang telah dikumpulkan, dengan cara :

1. Membuat transkrip hasil wawancara
2. Membuat ringkasan hasil wawancara
3. Menyajikan informasi dalam bentuk tekstular

5.8 Validitas Data

Validitas data yang dilakukan pada penelitian ini adalah dengan menggunakan triangulasi sumber yaitu dengan cara membandingkan hasil dari wawancara mendalam dari satu informan dengan informan lainnya dan membandingkan hasil wawancara dengan dokumen yang ada dan data kuantitatif serta dokumen tertulis lainnya.

5.9 Analisis Data

Untuk melihat gambaran utilisasi pelayanan rawat inap 10 diagnosis penyakit terbanyak peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo ini akan dilakukan analisis deskriptif atau Univariat yaitu analisis terhadap distribusi frekuensi masing-masing variabel sehingga dapat diketahui nilai total dan persentase masing-masing variabel tersebut.

Sedangkan untuk analisis kualitatif digunakan analisis penelitian kualitatif model Miles dan Huberman dalam Sugiyono (2007). Adapun langkah-langkah yang dilakukan pada analisis model Miles dan Huberman terdiri dari :

1. Reduksi Data (Data Reduction)

Melakukan reduksi data berarti merangkum, memilih hasil wawancara mendalam, memfokuskan pada hal-hal yang penting yang berhubungan dengan topik. Dengan demikian data yang telah direduksi, diharapkan akan memberikan gambaran yang lebih jelas.

2. Penyajian Data (Data Display)

Setelah data direduksi, maka langkah selanjutnya adalah menyajikan data. Dalam penelitian ini, penyajian data akan dilakukan dalam bentuk uraian singkat. Dengan menyajikan data, maka akan memudahkan untuk memahami apa yang terjadi.

3. Menarik Kesimpulan (Conclusion Drawing atau Verification)

Penarikan kesimpulan dilakukan dengan membuat kesimpulan secara umum dari data dalam uraian singkat yang telah disajikan sebelumnya.

5.10 Penyajian Data

Hasil pengolahan data dari penelitian utilisasi pelayanan rawat inap 10 diagnosis penyakit terbanyak peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo akan disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.



BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1 Kerangka Penyajian Hasil Penelitian

Penelitian ini disajikan ke dalam bentuk tabel dan narasi. Penyajian data diawali dengan hasil penelitian kuantitatif berupa gambaran utilisasi pelayanan rawat inap 10 diagnosis penyakit terbanyak peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo periode Januari – Juni 2011. Hasil penelitian berupa gambaran tingkat utilisasi pelayanan rawat inap berdasarkan umur, jenis kelamin, lama hari rawat dan kelas perawatan dilanjutkan dengan penyajian variabel penelitian tersebut menurut 10 kasus diagnosis penyakit terbanyak dan jumlah biaya pelayanan rawat inap.

Setelah penyajian hasil penelitian kuantitatif, kemudian penyajian data akan dilanjutkan dengan hasil penelitian dari wawancara mendalam yang berupa kutipan-kutipan wawancara dari empat informan pegawai Askes Center dan pegawai Rumah Sakit yang diperbantukan di Askes Center.

6.2 Kualitas Data

Pada penelitian ini kualitas data sangat dipengaruhi oleh validitas dan kelengkapan data Peserta Askes yang di entry di data base Askes Center RSAL Dr Mintohardjo. Syarat-syarat kelengkapan pasien rawat inap yang akan diajukan klaimnya yaitu kartu peserta askes, surat pengantar rawat inap, resume medis, hasil pemeriksaan penunjang lainnya.

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini merupakan data sekunder yang diperoleh dari data base Askes Center RSAL Dr Mintohardjo yaitu data klaim asuransi yang diajukan oleh RSAL Dr Mintohardjo periode bulan Januari sampai dengan Juni 2011. Data biaya yang ditagihkan tidak termasuk biaya obat-obatan karena untuk klaim biaya obat-obatan melalui proses verifikasi tersendiri.

Populasi penelitian ini adalah seluruh peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo yang memanfaatkan pelayanan rawat inap di RSAL Dr Mintohardjo pada bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2011 sebanyak 932 kasus. Dari populasi yang diperoleh tersebut dibatasi cakupannya menurut 10 diagnosis terbanyak untuk dijadikan sampel penelitian sebanyak 448 kasus.

6.3 Hasil Penelitian

6.3.1 Gambaran Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa selama bulan Januari sampai dengan Juni 2011 jumlah kasus/jumlah peserta Askes yang dirawat inap di RSAL Dr Mintohardjo adalah sebanyak 932 kasus, dengan jumlah kasus terbanyak pada bulan Januari yaitu sebesar 172 kasus (18,5%). Pada tiga (3) bulan terakhir yaitu bulan April, Mei dan Juni, terjadi peningkatan jumlah kasus pada bulan Mei, yaitu peningkatan sebesar 1,5% dari jumlah kasus pada bulan April. Sedangkan pada bulan Mei dan Juni jumlah kasus sama yaitu sebesar 162 kasus (17,4%).

6.3.2 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Umur

Dari tabel 6.1 dapat dilihat bahwa utilisasi rawat inap peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo selama bulan Januari sampai dengan Juni 2011 banyak dimanfaatkan oleh peserta dengan kelompok umur > 56 tahun yaitu sebesar 694 kasus atau 74,5%. Sedangkan kelompok umur yang memiliki tingkat utilisasi yang paling rendah yaitu kelompok umur 0 – 5 tahun yaitu hanya 6 kasus atau sebesar 0,6%. Utilisasi rawat inap berdasarkan umur secara lengkap terlihat pada tabel 6.1 berikut :

Tabel 6.1

Utilisasi Rawat Inap Berdasarkan Umur

No	Umur	Jumlah Kasus	Prosentase
1	0 – 5 tahun	6	0,6 %
2	6 – 25 tahun	46	4,9 %
3	26 – 40 tahun	48	5,2 %
4	41 – 56 tahun	138	14,8 %
5	> 56 tahun	694	74,5 %
	Total	932	100 %

6.3.3 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 6.2

Utilisasi Rawat Inap Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Jumlah Kasus	Prosentase
1	Laki-laki	475	51 %
2	Perempuan	457	49,0 %
	Total	932	100 %

Berdasarkan data di atas utilisasi pelayanan rawat inap peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo, peserta laki-laki memiliki tingkat utilisasi yang lebih besar yaitu 475 kasus atau 51%, dibandingkan dengan peserta perempuan sebesar 457 kasus atau sebesar 49%.

6.3.4 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Lama Hari Rawat

Dari tabel 6.3 dapat dilihat bahwa utilisasi rawat inap peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo yang paling banyak peserta yang dirawat antara 1 – 7 hari yaitu sebesar 640 kasus atau 68,7 % dan yang paling sedikit yaitu peserta yang dirawat > 30 hari hanya 16 kasus atau 1,7 %. Utilisasi rawat inap berdasarkan lama hari rawat secara lengkap dapat dilihat pada tabel 6.3 berikut :

Tabel 6.3

Utilisasi Rawat Inap Berdasarkan Lama Hari Rawat

No	Lama Hari Rawat	Jumlah Kasus	Prosentase
1	1 – 7 hari	640	68,7 %
2	8 – 30 hari	276	29,6 %
3	> 30 hari	16	1,7 %
	Total	932	100 %

6.3.5 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Kelas Perawatan

Dari tabel 6.4 dapat dilihat bahwa utilisasi pelayanan rawat inap peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo yang di rawat di Kelas I paling banyak yaitu sebesar

547 kasus atau 58,7 %, sedangkan kelas perawatan ICU adalah kelas yang paling sedikit dimanfaatkan oleh peserta Askes yaitu sebesar 14 kasus atau 1,5 %.

Tabel 6.4

Utilisasi Rawat Inap Berdasarkan Kelas Perawatan

No	Kelas Perawatan	Jumlah Kasus	Prosentase
1	Kelas I	547	58,7 %
2	Kelas II	290	31,1 %
3	ICU	14	1,5 %
4	Kelas I & ICU	57	6,1 %
5	Kelas II & ICU	24	2,5 %
	Total	932	100 %

6.3.6 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak

Dari tabel 6.5 dapat dilihat bahwa kasus penyakit yang paling banyak pada peserta Askes Sosial yang di rawat inap adalah Diabetes Mellitus yaitu sebesar 108 kasus atau 24,1 %, dan diagnosa penyakit yang paling sedikit adalah Asthma yaitu 20 kasus atau 4,5 %. Utilisasi rawat inap 10 diagnosis penyakit terbanyak secara lengkap dapat dilihat pada tabel 6.5 berikut :

Tabel 6.5

Utilisasi Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak

No	Diagnosis Penyakit	Jumlah Kasus	Prosentase
1	Diabetes Mellitus	108	24,1 %
2	Dyspepsia	80	17,9 %
3	Stroke	70	15,6 %
4	Hypertensive heart disease	38	8,5 %
5	Hypertensi	32	7,1 %
6	Chronic Renal Failure	28	6,2 %
7	Inguinal Hernia	26	5,8 %
8	Unspecified Renal Colic	24	5,4 %
9	Vertiginous syndrome in disease	22	4,9 %
10	Asthma	20	4,5 %
	Total	448	100 %

6.3.7 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Menurut Umur

Dari tabel 6.6 dapat dilihat bahwa peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo yang di rawat inap sebagian besar terdapat pada kelompok umur > 56 tahun untuk semua diagnosa penyakit yaitu sebesar 367 kasus atau 81,9 %, disusul oleh kelompok usia 41 – 56 tahun yaitu sebesar 66 kasus atau 14,7 %. Diagnosis terbanyak pada usia > 56 tahun yaitu diabetes mellitus yaitu 96 kasus atau 88,9%. Utilisasi rawat inap berdasarkan 10 diagnosis penyakit terbanyak dan umur secara lengkap dapat dilihat pada tabel 6.6 berikut :

Tabel 6.6

Utilisasi Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Menurut Umur

No	Diagnosis Penyakit	Umur (tahun)										Total
		0 – 5	%	6-25	%	26-40	%	41 - 56	%	> 56	%	
1	Diabetes Mellitus	0	0	0	0	0	0	12	11,1	96	88,9	108
2	Dyspepsia	0	0	4	5,0	3	3,8	8	10,0	65	81,2	80
3	Stroke	0	0	0	0	0	0	15	21,4	55	78,6	70
4	Hypertensive heart disease	0	0	0	0	1	2,6	4	10,5	33	86,8	38
5	Hypertensi	0	0	0	0	0	0	5	15,6	27	84,4	32
6	Chronic Renal Failure	0	0	0	0	4	14,3	3	10,7	21	75,0	28
7	Inguinal Hernia	0	0	1	3,8	0	0	6	23,1	19	73,1	26
8	Unspecified Renal Colic	0	0	0	0	0	0	4	16,7	20	83,3	24
9	Vertiginous syndrome in disease	0	0	0	0	0	0	5	22,7	17	77,3	22
10	Asthma	0	0	0	0	2	10,0	4	20,0	14	70,0	20
	Total	0	0	5	1,1	10	2,2	66	14,7	367	81,9	448

6.3.8 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Menurut Jenis Kelamin

Dari tabel 6.7 dapat dilihat bahwa peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo yang dirawat inap berjenis kelamin laki-laki dengan diagnosa diabetes

mellitus sebesar 50 kasus atau 46,3%, hal ini lebih kecil bila dibandingkan dengan peserta yang dirawat inap berjenis kelamin perempuan dengan diagnosa diabetes mellitus sebesar 58 atau 53,7%. Secara total keseluruhan jenis kelamin laki-laki jumlah kasusnya lebih besar yaitu 227 kasus atau 50,7 % bila dibandingkan dengan perempuan dengan kasus sebesar 221 atau 49,3 %. Diagnosa penyakit yang paling sedikit untuk jenis kelamin laki –laki adalah Vertiginous syndrome in disease yaitu sebesar 5 kasus atau 22,7% sedangkan pada perempuan yaitu diagnosa Inguinal Hernia sebesar 2 kasus atau 7,7 %. Utilisasi rawat inap berdasarkan 10 diagnosis penyakit terbanyak dan jenis kelamin secara lengkap dapat dilihat pada tabel 6.7 berikut :

Tabel 6.7

Utilisasi Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Menurut Jenis Kelamin

No	Diagnosis Penyakit	Jenis Kelamin				Total
		Laki-laki	%	Perempuan	%	
1	Diabetes Mellitus	50	46,3	58	53,7	108
2	Dyspepsia	34	42,5	46	57,5	80
3	Stroke	43	61,4	27	38,6	70
4	Hypertensive heart disease	20	52,6	18	47,4	38
5	Hypertensi	15	46,9	17	53,1	32
6	Chronic Renal Failure	15	53,6	13	46,4	28
7	Inguinal Hernia	24	92,3	2	7,7	26
8	Unspecified Renal Colic	12	50,0	12	50,0	24
9	Vertiginous syndrome in disease	5	22,7	17	77,3	22
10	Asthma	9	45,0	11	55,0	20
	Total	227	50,7	221	49,3	448

6.3.9 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Menurut Lama Hari Rawat

Dari tabel 6.8 dapat dilihat bahwa berdasarkan pengklasifikasian 10 diagnosis penyakit terbanyak, maka rata-rata hari rawat yang paling lama adalah kasus dengan diagnosis Stroke, selanjutnya Chronic Renal Failure dan lama hari rawat yang paling singkat adalah kasus dengan diagnosa Inguinal Hernia dan Unspecified Renal Colic.

Utilisasi rawat inap berdasarkan 10 diagnosis penyakit terbanyak dan lama hari rawat secara lengkap dapat dilihat pada tabel 6.8 berikut :

Tabel 6.8

**Utilisasi Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak
Menurut Lama Hari Rawat**

No	Diagnosis Penyakit	Jumlah		Rata-rata Lama Hari Rawat (ALOS)
		Kasus	Lama Hari Rawat (LOS)	
1	Diabetes Mellitus	108	984	9,1
2	Dyspepsia	80	447	5,6
3	Stroke	70	770	11,0
4	Hypertensive heart disease	38	266	7,0
5	Hypertensi	32	247	7,7
6	Chronic Renal Failure	28	303	10,8
7	Inguinal Hernia	26	111	4,3
8	Unspecified Renal Colic	24	104	4,3
9	Vertiginous syndrome in disease	22	119	5,4
10	Asthma	20	133	6,7
	Total	448	3484	7,8

6.3.10 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak Menurut Kelas Perawatan

Dari tabel 6.9 dapat dilihat bahwa peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo banyak di rawat inap di kelas perawatan I dengan diagnosa diabetes mellitus yaitu sebesar 65 kasus atau 60,2 %, selanjutnya dengan diagnosa Dyspepsia yaitu sebesar 54 kasus atau 67,5 %. Tempat perawatan yang paling sedikit digunakan dari semua diagnosis yaitu perawatan di ICU yaitu sebesar 8 kasus atau 1,8 %. Utilisasi Rawat Inap Berdasarkan 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak dan Kelas Perawatan secara lengkap dapat dilihat pada tabel 6.9 berikut :

Tabel 6.9

**Utilisasi Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak
Menurut Kelas Perawatan**

No	Diagnosis Penyakit	Kelas Perawatan										Total
		Kls I	%	Kls II	%	ICU	%	Kls I&ICU	%	Kls II&ICU	%	
1	Diabetes Mellitus	65	60,2	31	28,7	2	1,8	6	5,6	4	3,7	108
2	Dyspepsia	54	67,5	23	28,7	0	0	2	2,5	1	1,3	80
3	Stroke	36	51,4	25	35,7	1	1,4	7	10	1	1,4	70
4	Hypertensive heart disease	18	47,4	13	34,2	3	7,9	3	7,9	1	2,6	38
5	Hypertensi	17	53,1	11	34,4	0	0	1	3,1	3	9,4	32
6	Chronic Renal Failure	18	64,3	5	17,8	2	7,1	2	7,1	1	3,6	28
7	Inguinal Hernia	16	61,5	8	30,8	0	0	2	7,7	0	0	26
8	Unspecified Renal Colic	11	45,8	11	45,8	0	0	0	0	2	8,3	24
9	Vertiginous syndrome in disease	15	68,2	6	27,3	0	0	0	0	1	4,5	22
10	Asthma	12	60	8	40	0	0	0	0	0	0	20
	Total	262	58,5	141	31,5	8	1,8	23	5,1	14	3,1	448

6.3.11 Utilisasi dan Total Biaya Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak

Dari tabel 6.10 dapat dilihat bahwa dari rata-rata biaya, biaya terbesar adalah untuk diagnosis penyakit Chronic Renal Failure yaitu sebesar Rp 6.821.277,- dan rata-rata biaya terkecil yaitu Vertiginous syndrome in Diseases sebesar 1.562.023. Utilisasi Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak dan Total Biaya Perawatan secara lengkap dapat dilihat pada tabel 6.10 berikut :

Tabel 6.10

Utilisasi dan Total Biaya Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak

No	Diagnosis Penyakit	Kasus	Total Biaya (Rp)	Rata-Rata Biaya (Rp)
1	Diabetes Mellitus	108	351.140.000	3.251.296
2	Dyspepsia	80	142.529.000	1.781.613
3	Stroke	70	236.236.000	3.374.800
4	Hypertensive heart disease	38	82.311.500	2.166.092
5	Hypertensi	32	76.215.500	2.381.734
6	Chronic Renal Failure	28	190.995.750	6.821.277
7	Inguinal Hernia	26	86.483.500	3.326.288
8	Unspecified Renal Colic	24	101.423.000	4.225.958
9	Vertiginous syndrome in disease	22	34.364.500	1.562.023
10	Asthma	20	35.191.000	1.759.550
	Total	448	1.336.889.750	30.650.631

6.3.12 Karakteristik Informan

Tabel 6.11

Karakteristik Informan

No	Jabatan	Masa Jabatan	Pendidikan Terakhir	Keterangan
1	Koordinator Askes Center	2 tahun	Profesi Dokter	Pegawai Askes
2	Verifikator/Pelaksana	3 bulan	S1	Pegawai Askes
3	Ka Unit Askes	2 tahun	DIII	Pegawai RSAL
4	Ur Askes	11 tahun	SMA	Pegawai RSAL

Informan yang dipilih dalam penelitian ini sebanyak 4 orang. Ke empat informan tersebut dipilih berdasarkan karakteristik kecukupan dan kesesuaian, yang berarti seluruh informan yang dipilih telah sesuai dengan tujuan penelitian.

6.3.13 Komitmen Askes Center RSAL Dr Mintohardjo

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan empat orang informan didapatkan informasi bahwa Askes Center memiliki komitmen atau perjanjian. Berikut pernyataan informan..

“ bentuk komitmen yaitu berupa perjanjian kerja sama (PKS) antara Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo “ (informan 1)

“ mengikuti komitmen perusahaan yaitu melayani pelanggan melampaui harapan baik pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap, baik dalam kebutuhan administrasi, informasi dan medis ” (informan 2)

“ ada perjanjian kerja sama (PKS) dan bila ada aturan yang belum tercantum di PKS akan dikoordinasikan kembali antara Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo “ (informan 3)

“ berdasarkan Permenkes RI terhitung mulai tanggal 1 Juni 2011 pasien PT Askes (Persero) di RSAL Dr Mintohardjo tidak dikenakan urun biaya (tanpa iur) “ (informan 4)

Askes Center memiliki beberapa standar, diantaranya Standar berdasarkan fungsi yang meliputi fungsi pelayanan informasi dan penanganan keluhan Askes Center, fungsi administrasi dan penyelesaian klaim, fungsi pengendalian serta fungsi kemitraan. Berdasarkan wawancara mendalam didapatkan informasi mengenai kesiapan Askes Center dalam menangani Peserta Askes rawat inap ditinjau dari standar berdasarkan fungsi, hal tersebut tergambar dari pernyataan berikut ini :

“ untuk pasien rawat inap ada program customer visite, untuk menanyakan kepada pasien bagaimana pelayanan rumah sakit dan pelayanan askes serta memberikan info yang dibutuhkan oleh pasien; pengendalian dilakukan dengan mengecek kembali tarif yang tertera di SJP apakah sudah sesuai dengan kesepakatan; hubungan kemitraan antara Askes Center dan RSAL baik “ (informan 1)

“ pelayanan informasi di Askes Center sudah ada leaflet dan majalah, tetapi pasien lebih suka petugas Askes center yang memberi penjelasan secara langsung; penyelesaian klaim selalu sesuai dengan target; untuk pengendalian, petugas Askes akan mengecek kembali rekam medis pasien untuk melihat kesesuaian data yang akan di entri; terjalin hubungan baik antara Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo “ (informan 2)

“ pasien yang datang tidak membawa surat rujukan dan masih membawa kartu askes yang lama akan tetap dilayani tetapi diberi informasi dan pengertian bahwa pada saat berobat berikutnya untuk membawa surat rujukan dan kartu askes yang baru; penyelesaian klaim tepat waktu; pengendalian dilakukan dengan mengecek kelengkapan persyaratan pasien yang akan di rawat inap; hubungan baik antara Askes Center dan RSAL “ (informan 3)

“ pasien yang akan di rawat inap akan diberikan penjelasan tentang hal-hal yang ditanggung dan yang tidak ditanggung terutama masalah obat-obatan; pada saat SJP akan di entri data-data yang akan dilampirkan harus dilengkapi terlebih dahulu; pembayaran klaim yang diajukan lancar; hubungan baik antara Askes Center dan RSAL “ (informan 4)

6.3.14 Mekanisme Administrasi Rawat Inap

Berdasarkan wawancara mendalam yang dilakukan dengan empat orang informan, didapatkan informasi bahwa mekanisme administrasi rawat inap mengikuti prosedur yang sudah disepakati oleh Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo. Hal itu tergambar dari pernyataan sebagai berikut ini

“ pasien yang akan masuk rawat inap dipastikan sudah mendapatkan kamar terlebih dahulu baru akan dibuatkan SJP nya, bila persyaratan belum lengkap akan dibuatkan surat sementara/manual, kalau sudah lengkap baru dibuatkan SJP “ (informan 1)

“ bila pasien datang dari poli, akan membawa surat rujukan dan surat pengantar masuk perawatan, bila dari ugd tanpa rujukan, bisa masuk dulu ke ruangan karena administrasi masuk perawatan bisa dilakukan 3 x 24 jam. Selain surat pengantar pasien juga harus membawa kartu askes asli dan surat rujukan (bila dari poli). Bila persyaratan ada yang kurang, tetap dilayani dengan memberikan jaminan terlebih dahulu, kalau persyaratan sudah lengkap akan dibuatkan SJP dan jaminan akan dikembalikan “ (informan 2)

“ bila pasien dari ugd tidak perlu membawa rujukan, hanya kartu askes asli dan surat keterangan dari ugd untuk membuat SJP “ (informan 3)

“ pasien perlu membawa surat keterangan masuk perawatan dan kartu askes ke kantor Askes Center untuk pembuatan SJP, kemudian masuk ke ruangan perawatan “ (informan 4)

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini Penulis menggunakan jenis penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif dan ditunjang dengan penelitian kualitatif tanpa melakukan uji statistik, oleh karena itu hanya memperoleh gambaran secara deskriptif dari variabel-variabel yang diteliti.

Penelitian ini menggunakan dua jenis data, yaitu data sekunder dan data primer. Keterbatasan dalam data primer adalah informan yang berasal dari pegawai Askes Center hanya 2 (dua) orang dan salah satunya pegawai yang baru bekerja selama 3 bulan di Askes Center sehingga informasi yang diperoleh terbatas.

Sedangkan data sekunder berasal dari data base Askes Center RSAL Dr Mintohardjo. Dalam data base Askes Center tidak semua faktor utilisasi pelayanan rawat inap dapat dilihat, tetapi hanya variabel tertentu saja.

Penulis berkonsentrasi pada variabel yang dapat di lihat dari data base Askes Center RSAL Dr Mintohardjo yaitu variabel umur, jenis kelamin, lama hari rawat, kelas perawatan, diagnosa dan total biaya perawatan.

7.2 Hasil Penelitian

7.2.1 Gambaran Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Peserta Askes Center RSAL Dr Mintohardjo

Berdasarkan tabel 1.1 jumlah kasus/ jumlah peserta Askes Center RSAL Dr Mintohardjo selama bulan Januari sampai dengan Juni 2011 yang paling tinggi terjadi pada bulan Januari 2011 yaitu 172 kasus, sedangkan jumlah kasus yang paling rendah adalah pada bulan Februari 2011 yaitu sebanyak 121 kasus. Jumlah kasus dalam 6 bulan tersebut mengalami fluktuasi, hanya pada 3 bulan terakhir yaitu bulan April, Mei dan Juni, cenderung terjadi peningkatan jumlah kasus pada bulan Mei, yaitu peningkatan sebesar 1,5% dari jumlah kasus pada bulan April. Sedangkan pada bulan Mei dan Juni jumlah kasus sama yaitu sebesar 162 kasus (17,4%).

Kondisi sakit adalah suatu risiko yang tidak dapat diperhitungkan dan tidak dapat diketahui manusia dengan pasti. Menurut H.L. Bloem (1974) yang dikutip oleh Mansjoer, dkk (2001), status kesehatan dipengaruhi oleh faktor biologik, faktor perilaku, faktor lingkungan, dan faktor pelayanan kesehatan. Faktor biologik

merupakan faktor yang berasal dari individu yang bersangkutan dan disebut juga faktor keturunan.

Menurut Gordon dan Le Richt pada tahun 1950 yang dikutip oleh Mansjoer, dkk (2001), timbul atau tidaknya penyakit pada manusia dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu Pejamu (host), Bibit penyakit (Agent) dan Lingkungan (environment). Hubungan antara pejamu, bibit penyakit, dan lingkungan ini diibaratkan timbangan. Pejamu dan bibit penyakit berada di ujung masing-masing tuas, sedangkan lingkungan sebagai penumpunya. Seseorang berada dalam keadaan sakit bila bibit penyakit lebih berhasil menarik keuntungan dari lingkungan.

Menurut Handajani (2010), beberapa faktor yang menyebabkan seseorang menjadi sakit adalah pola hidup yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok, minum alkohol, pola makan, aktivitas fisik kurang, stress dan pencemaran lingkungan. Kondisi sakit bisa datang kapan saja, hal ini yang menyebabkan jumlah kasus tersebut fluktuatif.

7.2.2 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Umur

Berdasarkan tabel 6.1 dan tabel 6.6 utilisasi rawat inap peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo selama bulan Januari sampai dengan Juni 2011 banyak dimanfaatkan oleh peserta dengan kelompok umur > 56 tahun yaitu sebesar 694 kasus atau 74,5%, dan berdasarkan diagnosis penyakit terbanyak yang banyak diderita adalah diabetes mellitus sebesar 96 kasus atau 88,9% pada kelompok usia > 56 tahun.

Hasil penelitian ini berbeda dengan Wahyuliarti (2008) yang memperoleh hasil penelitian kelompok umur > 56 tahun berada pada urutan kedua, dan di urutan terbanyak adalah kelompok umur 26 – 55 tahun. Tetapi hasil penelitian ini sejalan dengan Thabrany (2005) yang menyatakan bahwa kejadian sakit cukup bervariasi menurut usia. Kejadian kesakitan sering ditemukan pada usia balita dan usia tua, dengan pola distribusi klasik menyerupai huruf 'U'. Berdasarkan hasil penelitian Thabrany (1996) menemukan bahwa puncak angka kesakitan terjadi pada kelompok usia 0 – 1 tahun dan 56 – 60 tahun.

Dalam Laporan Tahunan PT Askes (Persero) 2010 juga dikatakan bahwa jumlah peserta dengan kelompok umur diatas 41 tahun (57,41%) proporsinya lebih besar dari kelompok umur dibawah 41 tahun (42,59%). Kelompok peserta diatas 41 tahun ini memiliki risiko penyakit khususnya penyakit-penyakit kronis degeneratif yang membutuhkan pelayanan seumur hidup dengan biaya yang cukup besar.

Berdasarkan penelitian Handajani (2010) menyatakan bahwa penyakit degeneratif adalah penyakit yang bersifat tidak menular, kronis (menahun), timbul karena semakin menurunnya (kemunduran) kondisi dan fungsi organ tubuh seiring dengan proses penuaan. Faktor usia mempengaruhi kemunduran fungsi tubuh termasuk kekakuan pembuluh darah (mengkerut dan menua).

Pada penelitian ini kasus yang terbanyak pada umur > 56 tahun, karena peserta Askes yang berobat ke RSAL Dr Mintohardjo mayoritas pensiunan PNS dan purnawirawan TNI AL sehingga usia > 56 tahun dan penyakit yang banyak di derita adalah penyakit degeneratif yang muncul seiring dengan proses penuaan, salah satunya adalah diabetes mellitus.

7.2.3 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan tabel 6.2 utilisasi pelayanan rawat inap peserta Askes Center RSAL Dr Mintohardjo, peserta laki-laki memiliki tingkat utilisasi yang lebih besar yaitu 475 kasus atau 51%, dibandingkan dengan peserta perempuan sebesar 457 kasus atau sebesar 49%.

Hasil penelitian ini berbeda dengan Thabrany (2005) yang menyatakan bahwa angka kesakitan pada kelompok wanita lebih tinggi ketimbang laki-laki khususnya pada masa reproduksi. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh fungsi biologis dari wanita sehingga mempunyai risiko terkena sakit yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan lain-lain. Hasil penelitian ini juga berbeda dengan Rahmadaniar (2003) yang menyatakan angka kesakitan jenis kelamin perempuan lebih tinggi daripada laki-laki.

Hasil penelitian ini sama dengan Hutapea (2009) yang menyatakan angka kesakitan jenis kelamin laki-laki lebih tinggi daripada perempuan, karena pada umumnya perempuan lebih memperhatikan kondisi kesehatannya sehingga bila ada gangguan kesehatan akan lebih cepat berobat ke Puskesmas atau dokter, sedangkan laki-laki akan lebih cenderung mengabaikan kesehatannya dan bila sakit cenderung sudah parah sehingga memerlukan perawatan di Rumah Sakit.

Menurut Penulis hal ini bisa terjadi karena peserta Askes yang berobat ke Askes Center RSAL mayoritas sudah memasuki usia pensiun bukan usia produktif. Purnawirawan TNI AL mayoritas berjenis kelamin laki-laki, sedangkan perempuan hanya minoritas. sehingga jumlah angka kesakitan pada laki-laki lebih tinggi dibanding perempuan. Disamping itu berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2010

dalam buku Profil Kesehatan Indonesia (2011) menyatakan bahwa penduduk Indonesia sebesar 237.641.326 orang, dengan komposisi jumlah penduduk laki-laki lebih besar yaitu 119.630.913 orang sedangkan perempuan 118.010.413 orang.

Dari tabel 6.7 bila dilihat dari diagnosis penyakit terbanyak peserta Askes Center RSAL Dr Mintohardjo yang dirawat inap berjenis kelamin laki-laki dengan diagnosa diabetes mellitus sebesar 50 kasus atau 46,3%, lebih kecil bila dibandingkan dengan peserta yang dirawat inap berjenis kelamin perempuan dengan diagnosa diabetes mellitus sebesar 58 atau 53,7%.

Hal ini senada dengan hasil riset kesehatan dasar (2007) yang dikutip oleh Wahyuliarti (2008) yang menyatakan bahwa penyakit diabetes mellitus meningkat sesuai dengan bertambahnya usia. Diabetes mellitus lebih banyak diderita oleh perempuan dibanding laki-laki. Diabetes mellitus juga lebih banyak diderita pada usia > 55 tahun.

7.2.4 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Lama Hari Rawat

Berdasarkan tabel 6.3 utilisasi rawat inap peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo, yang paling banyak dirawat antara 1 – 7 hari yaitu sebesar 640 kasus atau 68,7 % dan yang paling sedikit yaitu peserta yang dirawat > 30 hari hanya 16 kasus atau 1,7 %.

Priyanto (2005) menyatakan menurut Barber Johnson rata-rata rawat inap adalah rerata lama hari dirawatnya seorang pasien. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dan mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosa tertentu untuk perawatan lebih lanjut. Idealnya rata-rata rawat inap antara 6 – 9 hari kecuali pada penyakit kronis (Soejadi, 1986). Menurut Profil Kesehatan Indonesia 2010 (2011), secara umum nilai ALOS yang ideal adalah 6 – 9 hari.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Rahmadaniar (2003) yang menyatakan lama hari rawat yang terbesar adalah antara 1 – 7 hari yaitu lebih dari 10 kasus rawat inap.

Dari tabel 6.8 dapat dilihat bahwa berdasarkan pengklasifikasian 10 diagnosis penyakit terbanyak, maka rata-rata hari rawat yang paling lama adalah kasus dengan diagnosis Stroke, selanjutnya Chronic Renal Failure dan lama hari rawat yang paling singkat adalah kasus dengan diagnosa Inguinal Hernia dan Unspecified Renal Colic. Rata-rata LOS dari 10 diagnosis penyakit terbanyak adalah sebesar 7,8 hari.

Menurut Mansjoer (2001), Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresi cepat, berupa defisit neurologis fokal dan/atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik.

Gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya. Manifestasi klinik stroke akut dapat berupa :

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik)
3. Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
4. Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)
5. Disatria (bicara pelo atau cadel)
6. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia
7. Ataksia (trunkal atau anggota badan)
8. Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala.

Menurut Penulis peserta dengan diagnosis Stroke memiliki lama hari rawat yang paling tinggi karena penderita memerlukan perawatan khusus. Penderita dengan stroke akan direhabilitasi awal meliputi pengaturan posisi, perawatan kulit, fisioterapi dada, fungsi menelan, fungsi berkemih dan gerakan pasif pada semua sendi ekstremitas, dan harus dimobilisasi dan dilakukan fisioterapi sedini mungkin bila kondisi klinis neurologis dan hemodinamik stabil.

Dengan melihat rata-rata lama hari rawat yaitu sebesar 7,8 dapat dikatakan bahwa RSAL Dr Mintohardjo memenuhi nilai Length of Stay (LOS) yang ideal. Hal ini bisa terjadi karena mutu pelayanan yang diberikan oleh Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo kepada peserta Askes yang dirawat sudah baik.

7.2.5 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap Berdasarkan Kelas Perawatan

Berdasarkan tabel 6.4 utilisasi pelayanan rawat inap peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo yang di rawat di Kelas I paling banyak yaitu sebesar 547 kasus atau 58,7 %, sedangkan kelas perawatan ICU adalah kelas yang paling sedikit dimanfaatkan oleh Peserta Askes yaitu sebesar 14 kasus atau 1,5 %. Dari tabel 6.10 terlihat bahwa di kelas perawatan I dengan diagnosa diabetes mellitus sebesar 65 kasus atau 60,2 %, selanjutnya dengan diagnosa Dyspepsia yaitu sebesar 54 kasus atau 67,5 %.

Pada Perjanjian Kerjasama antara PT Askes (Persero) dan RSAL Dr Mintohardjo dicantumkan bahwa peserta Askes yang di rawat di RSAL Dr Mintohardjo akan ditempatkan pada kelas perawatan sesuai dengan golongan kepegawaian Pegawai Negeri Sipil atau Penerima Pensiun. Peserta dengan golongan kepangkatan III dan IV akan diberi fasilitas Kelas I sedangkan golongan I dan II akan dirawat di Kelas II.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Laporan Tahunan PT Askes (Persero) 2010 yang menyatakan bahwa Peserta Askes yang memiliki golongan kepangkatan III dan IV sebanyak 10.589.262 orang sedangkan golongan kepangkatan I dan II sebanyak 5.929.763 orang. Jadi dengan melihat jumlah golongan III dan IV yang lebih besar dibanding golongan I dan II maka sudah pasti pemanfaatan Kelas I akan lebih besar dibanding pemanfaatan kelas yang lainnya. Pemanfaatan ICU adalah yang paling sedikit, hal ini disebabkan penyakit yang diderita mayoritas penyakit degeneratif yang bersifat kronis, jadi para penderita sudah menjalani pengobatan rutin dan teratur sehingga sangat kecil kemungkinan mereka mengalami kondisi yang mengkhawatirkan sehingga harus dirawat di ruang ICU.

7.2.6 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak

Dari tabel 6.5 dapat dilihat bahwa kasus penyakit yang paling banyak pada peserta Askes Sosial yang di rawat inap adalah Diabetes Mellitus yaitu sebesar 108 kasus atau 24,1 %, kemudian Dyspepsia sebesar 80 kasus atau 17,9 % dan diagnosa penyakit yang paling sedikit adalah Asthma yaitu 20 kasus atau 4,5 %.

Berdasarkan hasil penelitian Handajani (2010) menyatakan bahwa di Indonesia transisi epidemiologi menyebabkan terjadinya pergeseran pola penyakit, di mana penyakit kronis degeneratif sudah terjadi peningkatan, seperti penyakit Jantung,

hipertensi, diabetes, kegemukan dan lainnya. Saat ini Diabetes Mellitus menduduki peringkat ke-empat sebagai epidemik dunia yang menyebabkan kematian.

Faktor usia mempengaruhi kemunduran fungsi tubuh termasuk kekakuan pembuluh darah (mengkerut dan menua). Bertambahnya usia juga mempengaruhi penurunan fungsi hormon estrogen dan testosteron dalam mendistribusikan lemak, sehingga memungkinkan terjadinya penimbunan lemak dalam tubuh. Bahayanya bila penimbunan lemak menempel pada dinding pembuluh darah maka penimbunan ini akan mempersempit aliran darah, apalagi bila pembuluh darah telah menua. Kondisi ini dapat meningkatkan tekanan darah yang dapat mengganggu proses metabolisme tubuh (penyumbatan pembuluh darah otak mengakibatkan stroke, penyumbatan pembuluh darah jantung mengakibatkan penyakit jantung koroner, dan lain-lain).

Dalam dunia medis penyakit yang terkait dengan jantung dan pembuluh darah dikenal dengan nama kardiovaskular. Dari beberapa penyakit kardiovaskular tersebut penyakit serangan jantung dan stroke merupakan penyebab kematian terbesar dibanding penyakit kardiovaskular lainnya (WHO, 2008).

Sudoyo (2006) yang dikutip oleh Wahyuliarti (2008) mengemukakan bahwa tingginya jumlah presentasi penduduk Indonesia yang mengalami Diabetes Mellitus disebabkan karena beberapa faktor yaitu ;

1. Faktor demografi
 - a. Jumlah penduduk meningkat
 - b. Penduduk usia lanjut bertambah banyak
 - c. Urbanisasi makin tak terkendali
2. Gaya hidup yang kebarat-baratan
 - a. Penghasilan per kapita tinggi
 - b. Restoran siap santap yang semakin banyak
 - c. Teknologi canggih menimbulkan kurang gerak badan
3. Meningkatnya pelayanan kesehatan hingga umur pasien Diabetes mellitus menjadi lebih panjang.

Peserta Askes yang dirawat di RSAL dr Mintohardjo banyak yang menderita Diagnosis Mellitus karena mayoritas usia penderita > 56 tahun dengan resiko penyakit

degeneratif salah satunya Diabetes Mellitus yang muncul karena semakin menurunnya kondisi dan fungsi organ tubuh seiring dengan proses penuaan.

7.2.7 Utilisasi dan Total Biaya Pelayanan Rawat Inap 10 Diagnosis Penyakit Terbanyak

Berdasarkan tabel 6.10 dapat dilihat bahwa dari rata-rata biaya, biaya terbesar adalah untuk diagnosis penyakit Cronic Renal Failure yaitu sebesar Rp 6.821.277,- dan rata-rata biaya terkecil yaitu Vertiginous syndrome in Diseases sebesar 1.562.023.

Menurut Mansjoer (2001), Cronic Renal Failure (Gagal Ginjal Kronik) adalah penurunan fungsi ginjal yang bersifat persisten dan ireversibel. Gangguan fungsi ginjal adalah penurunan laju filtrasi glomerulus yang dapat digolongkan ringan, sedang, dan berat. Gagal ginjal terminal adalah ketidakmampuan renal berfungsi dengan adekuat untuk keperluan tubuh (harus dibantu dialysis atau transplantasi).

Pada peserta Askes Sosial (PNS, Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarga) yang berjumlah 6,5 juta jiwa, prevalensi pelayanan dialysis pada Peserta askes per juta populasi pada tahun 2010 mencapai 481. Dimana kondisinya terus mengalami peningkatan baik dari jumlah kasus, jumlah tindakan dan juga biayanya. (PT Askes, 2011)

Pada penelitian ini ditemukan biaya rata-rata terbesar adalah untuk diagnosis penyakit Cronic Renal Failure (Gagal Ginjal Kronik). Hal ini disebabkan karena penderita Gagal Ginjal Kronik yang dirawat di RSAL Dr Mintohardjo sebagian besar sudah memasuki tahap Gagal ginjal terminal sehingga memerlukan dialisis (pelayanan cuci darah). Tindakan hemodialisa adalah tindakan yang membutuhkan biaya besar tetapi hal ini harus dilakukan demi kelangsungan hidup penderita.

7.2.8 Komitmen Askes Center RSAL Dr Mintohardjo

Berdasarkan hasil dari wawancara mendalam yang telah dilakukan terhadap empat orang informan didapatkan informasi bahwa Askes Center RSAL Dr Mintohardjo memiliki komitmen atau perjanjian di dalam melaksanakan pelayanan rawat inap terhadap peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo.

Askes Center memiliki komitmen sesuai dengan komitmen Perusahaan PT Askes (Persero) yaitu sebuah komitmen bersama untuk semua “Melayani pelanggan melampaui harapan”, baik pasien rawat jalan maupun rawat inap, dalam kebutuhan administrasi, informasi dan medis.

Dalam memberikan pelayanan pada peserta Askes Sosial, Askes Center dalam hal ini PT Askes (Persero) Cabang Utama Jakarta Pusat melakukan kerjasama dengan RSAL Dr Mintohardjo tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Askes Sosial Nomor : 082/PKS/IV.01/0611 dan Nomor : PKS/46/VI/2011. Hal-hal yang belum dicantumkan dalam perjanjian ini akan dibicarakan lebih lanjut oleh kedua belah pihak.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 416/MENKES/PER/II/2011 tanggal 24 Februari 2011 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan bagi Peserta PT Askes (Persero) maka terhitung mulai tanggal 1 Juni 2011 pasien PT Askes (Persero) di RSAL Dr. Mintohardjo tidak dikenakan Urun Biaya

Menurut Azwar (2010), salah satu faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan adalah faktor lingkungan yang didalamnya terdapat unsur kebijakan (policy), organisasi (organization) dan manajemen (management). Apabila kebijakan, organisasi dan manajemen tersebut tidak sesuai dengan standard dan atau tidak bersifat mendukung, maka sulit diharapkan baiknya mutu pelayanan kesehatan.

Menurut Penulis dengan adanya komitmen dan perjanjian kerjasama ini maka seluruh pelayanan kesehatan khususnya pelayanan rawat inap dapat diberikan dengan sebaik mungkin sehingga memberikan kepuasan terhadap pasien dan diharapkan mutu pelayanan yang dihasilkan dapat terjaga dan selalu mengalami peningkatan.

Askes Center memiliki beberapa standar, diantaranya Standar berdasarkan fungsi yang meliputi fungsi pelayanan informasi dan penanganan keluhan Askes Center, fungsi administrasi dan penyelesaian klaim, fungsi pengendalian serta fungsi kemitraan. Askes Center RSAL Dr Mintohardjo memenuhi persyaratan sesuai standard berdasarkan fungsi sehingga dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi Peserta Askes Center dan menjalin hubungan yang baik dengan pihak RSAL Dr Mintohardjo dalam pemberian pelayanan maupun dalam hal pembayaran klaim yang selalu dilaksanakan tepat waktu.

Askes Center adalah tempat pelayanan bagi peserta Askes di rumah sakit yang dilaksanakan secara terpadu antara pihak PT Askes (Persero) dan rumah sakit untuk memberikan pelayanan administrasi yang cepat, mudah dan nyaman bagi peserta. Adanya Askes Center diharapkan dapat memudahkan dan mempercepat peserta mendapatkan layanan informasi, layanan administrasi dan penanganan keluhan. Keterpaduan dan kemitraan antara PT askes (Persero) dan rumah sakit juga diharapkan

dapat meningkatkan kepuasan peserta melalui sinergi dalam mencapai pelayanan yang bermutu dan terkendali. Keberadaan Askes Center di rumah sakit, juga untuk lebih mendekatkan petugas Askes dengan peserta askes yang dirawat inap melalui kunjungan ke pasien-pasien yang dalam masa perawatan. Askes Center, untuk kemudahan, kecepatan dan kenyamanan pelayanan peserta. (PT Askes, 2011).

7.2.9 Mekanisme Administrasi Rawat Inap

Berdasarkan wawancara mendalam yang dilakukan dengan empat orang informan, didapatkan informasi mekanisme administrasi rawat inap Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo.

Berikut gambaran mekanisme pelayanan rawat inap di RSAL Dr Mintohardjo. Peserta Askes yang akan di rawat inap dapat melalui poli rawat jalan atau ugd (unit gawat darurat). Persyaratan yang harus dibawa, kartu askes asli, surat rujukan (bila dari poli rawat jalan), surat keterangan masuk perawatan. Bila dari ugd peserta boleh langsung ke ugd tanpa menunjukkan surat rujukan. Sebelum membuat Surat Jaminan Pelayanan (SJP) pasien harus memastikan terlebih dahulu sudah mendapatkan ruangan untuk rawat inap, atau pasien diijinkan langsung masuk ruang perawatan sebelum membuat SJP karena untuk pasien yang dirawat inap diberi kesempatan untuk menyelesaikan administrasi/pembuatan SJP dalam waktu 3 x 24 jam di kantor Askes Center. Pada saat akan keluar perawatan, pasien atau keluarga pasien juga harus melapor kembali ke kantor Askes Center dengan melengkapi segala persyaratan.

Mekanisme yang dilakukan telah sesuai dengan perjanjian kerjasama yang telah disepakati oleh kedua belah pihak. Peserta Askes yang akan masuk perawatan diberi kemudahan, mereka tidak harus langsung membuat SJP, tetapi masih diberi waktu sampai 3 x 24 jam. Bila pasien membutuhkan informasi tentang segala biaya yang ditanggung atau tidak, mereka bisa langsung menanyakan ke kantor Askes Center RSAL Dr Mintohardjo.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

1. Angka utilisasi pelayanan rawat inap peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo periode bulan Januari sampai dengan Juni 2011 bersifat fluktuatif. Angka utilisasi paling tinggi pada bulan Januari 2011 dan paling rendah pada bulan Februari 2011. Angka utilisasi cenderung mengalami peningkatan pada tiga bulan terakhir yaitu periode bulan April, Mei dan Juni.
2. Berdasarkan 10 diagnosis penyakit terbanyak peserta Askes Sosial yang di rawat inap terbanyak dengan penyakit Diabetes Mellitus sebesar 108 kasus atau 24,1 %, dan diagnosa penyakit yang paling sedikit adalah Asthma yaitu 20 kasus atau 4,5%.
3. Sebagian besar peserta Askes yang menggunakan rawat inap di RSAL Dr Mintohardjo adalah kelompok umur > 56 tahun untuk semua diagnosa penyakit yaitu sebesar 367 kasus atau 81,9 %, dan yang paling kecil adalah kelompok usia 0 – 5 tahun sebesar 0%.
4. Proporsi peserta Askes berjenis kelamin laki – laki memiliki utilisasi yang lebih besar daripada peserta perempuan. Pada diagnosis penyakit terbanyak yaitu diabetes mellitus angka utilisasi perempuan lebih besar daripada laki-laki.
5. Rata-rata lama hari rawat berdasarkan 10 diagnosis penyakit terbanyak, yang paling lama adalah diagnosis Stroke, dan paling singkat adalah kasus dengan diagnosa Inguinal Hernia dan Unspecified Renal Colic. Rata-rata LOS dari 10 diagnosis penyakit terbanyak adalah 7,8 hari.
6. Peserta Askes Sosial di RSAL Dr Mintohardjo banyak di rawat inap di kelas perawatan I dengan diagnosa diabetes mellitus yaitu sebesar 65 kasus atau 60,2 %, dan yang paling sedikit digunakan adalah perawatan di ICU yaitu sebesar 8 kasus atau 1,8 %.
7. Utilisasi pelayanan rawat inap di RSAL Dr Mintohardjo bersifat fluktuatif, peserta Askes yang dirawat mayoritas berusia > 56 tahun, dengan

diagnosa Diabetes Mellitus, di dominasi oleh jenis kelamin laki-laki dan di ruang perawatan kelas I.

8. Biaya terbesar dari rata-rata per kasus adalah penyakit Cronic Renal Failure yaitu sebesar Rp 6.821.277,- dan rata-rata biaya terkecil yaitu Vertiginous syndrome in Diseases sebesar 1.562.023.
9. Komitmen Askes Center yaitu “Melayani pelanggan melampaui harapan”, baik pasien rawat jalan maupun rawat inap, dalam kebutuhan administrasi, informasi dan medis.
10. Askes Center dalam hal ini PT Askes (Persero) Cabang Utama Jakarta Pusat dan RSAL Dr Mintohardjo memiliki Perjanjian Kerjasama tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Askes Sosial.
11. Askes Center memiliki Standar berdasarkan fungsi yang meliputi fungsi pelayanan informasi dan penanganan keluhan Askes Center, fungsi administrasi dan penyelesaian klaim, fungsi pengendalian serta fungsi kemitraan. Askes Center memberikan pelayanan yang terbaik bagi Peserta Askes Center.
12. Mekanisme pelayanan rawat inap telah dilakukan sesuai dengan perjanjian kerjasama yang telah disepakati oleh kedua belah pihak.

8.2 Saran

1. Askes Center RSAL Dr Mintohardjo
 - a. Sebaiknya segera merealisasikan Askes Center sesuai standard fisik, sehingga pelayanan kepada peserta PT Askes (Persero) akan lebih maksimal.
 - b. Sebaiknya melakukan perbaikan jaringan komputer untuk menunjang pelaksanaan tugas di Askes Center.
2. RSAL Dr Mintohardjo
 - a. Sebaiknya sosialisasi mengenai kesepakatan bersama antara Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo serta kebijakan kedua belah pihak lebih ditingkatkan kepada pegawai RSAL sehingga ada kesepahaman
 - b. Membentuk tim edukasi Diabetes Mellitus sebagai salah satu wadah untuk memberikan pelayanan kepada pasien Diabetes Mellitus.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku. (2008). *Sistem Kesehatan*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada
- Aditya, Dodiet. (2009). *Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel*. Surakarta : adityasetiawan.files.wordpress.com/2009/01
- Azwar, Azrul. (2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta : Binarupa Aksara
- Bachri, Bachtiar S. (2010). Meyakinkan Validitas Data Melalui Triangulasi Pada penelitian Kualitatif. *Journal Teknologi Pendidikan*, 10, 46 – 62.
- Handajani, Adianti, dkk. (2010). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pola Kematian Pada Penyakit Degeneratif di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* (Vol. 13, 42 – 53). Jakarta : Depkes RI
- Hartono, Sri Rejeki. (2001). *Hukum Asuransi dan Perusahaan Asuransi*. Jakarta : Sinar Grafika.
- Hutapea, Tahan P. (2009). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Permintaan (Demand) Masyarakat Terhadap Pemilihan Kelas Perawatan Pada Rumah Sakit. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 12, 94 – 101.
- Ilyas, Yaslis. (2006). *Review Utilisasi Manajemen Klaim dan Fraud (Kecurangan Asuransi Kesehatan)*. Depok : FKM UI.
- Indrawati, Dinda. (2011). *Analisis Utilisasi dan Biaya Klaim PT X Periode Polis Agustus 2010 – Juli 2011 di PT Kaissar Health Care*. Skripsi. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Kementerian Kesehatan. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Mansjoer, Arif, dkk. (2001). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Media Aesculapius

Priyanto, Budi. (2005). *Rata-rata Lama Rawat Inap –ALOS*.
.http://wwwbudi.blogspot.com/

PT Askes (Persero).(2009). *Organisasi dan Tata Kerja PT Askes (Persero)*. Jakarta : PT Askes (Persero).

PT Askes (Persero). (2009). *Pedoman Administrasi Pelayanan Kesehatan Askes Sosial PT Askes (Persero)*. Jakarta : PT Askes (Persero) Kantor Pusat.

PT Askes (Persero).(2010). *Laporan Tahunan 2010*. Jakarta : PT Askes (Persero) Kantor Pusat.

PT Askes (Persero). (2010). *Majalah Info Askes Edisi Mei 2010*. Jakarta : Buletin Bulanan PT Askes (Persero).

PT Askes (Persero). (2010). *Majalah Info Askes Edisi Agustus 2010*. Jakarta : Buletin Bulanan PT Askes (Persero).

PT Askes (Persero). (2011). *Majalah Info Askes Edisi Januari 2011*. Jakarta : Buletin Bulanan PT Askes (Persero).

PT Askes (Persero). (2011). *Majalah Info Askes Edisi Juli 2011*. Jakarta : Buletin Bulanan PT Askes (Persero).

PT Askes (Persero). (2010). *Petunjuk Layanan Bagi Peserta Askes Sosial*. Jakarta : PT Askes (Persero).

PT Askes (Persero). (2011). www.ptaskes.com. Jakarta : PT Askes (Persero).

Rahmadaniar. (2003). *Gambaran Pemanfaatan Pelayanan Rawat Inap Peserta Sukarela PT Askes Cabang Jakarta Pusat Berdasarkan 10 Kasus Penyakit Terbanyak Selama Bulan Januari – Maret Tahun 2003*. Skripsi. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Ramali, Ahmad & Pamoentjak. (2005). *Kamus Kedokteran*. Jakarta : Djambatan.

Sabri, Lubis, & Hastono, Sutanto Priyo. (2009). *Statistik Kesehatan*. Jakarta : Rajawali Pers.

Sigarlaki, Herke J.O. (2003). *Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : CV Infomedika.

Sugiyono. (2007). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung : Alfabeta.

Sulastomo. (2000). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.

Sulastomo. (2005). *Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)*. Jakarta : Ikatan Dokter Indonesia (IDI).

Thabrany, Hasbullah. (2005). *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan Bagian A*. Jakarta : Pamjaki

Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*. Depok : Universitas Indonesia.

Wahyuliarti, Chitra. (2008). *Gambaran Utilisasi dan Biaya Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) 10 Diagnosis Penyakit Dengan Biaya Terbesar Peserta PT Askes (Persero) Cabang Jakarta Timur Tahun 2008*. Skripsi. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Pedoman Wawancara
Koordinator Askes Center

Tanggal Wawancara :

Lokasi Wawancara :

Pendidikan Terakhir :

Pekerjaan/ Jabatan :

Masa Jabatan :

Komitmen Askes Center RSAL Dr Mintohardjo

1. Menurut dokter bagaimana bentuk komitmen Askes Center dalam menangani Peserta Askes Sosial yang di rawat inap di RSAL Dr Mintohardjo?
2. Bagaimana fungsi pelayanan informasi dan penanganan keluhan terhadap peserta Askes Sosial yang di rawat inap?
3. Bagaimana fungsi administrasi dan penyelesaian klaim peserta askes yang di rawat inap?
 - a. Apakah ada hambatan?
 - b. Bagaimana cara mengatasi hambatan tersebut?
4. Bagaimana fungsi pengendalian di Askes Center RSAL Dr Mintohardjo?
 - a. Apakah ada hambatan?
 - b. Bagaimana cara mengatasi hambatan tersebut?
5. Bagaimana fungsi kemitraan antara Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo?

Mekanisme Administrasi Rawat Inap

1. Menurut dokter bagaimana mekanisme administrasi rawat inap Peserta Askes Center RSAL Dr Mintohardjo?
2. Menurut dokter bagaimana bila persyaratan untuk penyelesaian administrasi tidak lengkap?

Pedoman Wawancara
Pegawai Askes Center

Tanggal Wawancara :

Lokasi Wawancara :

Pendidikan Terakhir :

Pekerjaan/ Jabatan :

Masa Jabatan :

Komitmen Askes Center RSAL Dr Mintohardjo

1. Menurut saudara bagaimana bentuk komitmen Askes Center dalam menangani Peserta Askes Sosial yang di rawat inap di RSAL Dr Mintohardjo?
2. Bagaimana fungsi pelayanan informasi dan penanganan keluhan terhadap peserta Askes Sosial yang di rawat inap?
 - a. Apakah ada hambatan?
 - b. Bagaimana cara mengatasi hambatan tersebut?
3. Bagaimana fungsi administrasi dan penyelesaian klaim peserta askes yang di rawat inap?
 - a. Apakah ada hambatan?
 - b. Bagaimana cara mengatasi hambatan tersebut?
4. Bagaimana fungsi pengendalian di Askes Center RSAL Dr Mintohardjo?
 - a. Apakah ada hambatan?
 - b. Bagaimana cara mengatasi hambatan tersebut?
5. Bagaimana fungsi kemitraan antara Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo?

Mekanisme Administrasi Rawat Inap

1. Menurut saudara bagaimana mekanisme administrasi rawat inap Peserta Askes Center RSAL Dr Mintohardjo?
2. Menurut saudara bagaimana bila persyaratan untuk penyelesaian administrasi tidak lengkap?



Pedoman Wawancara
Pegawai Rumah Sakit

Tanggal Wawancara :

Lokasi Wawancara :

Pendidikan Terakhir :

Pekerjaan/ Jabatan :

Masa Jabatan :

Komitmen Askes Center RSAL Dr Mintohardjo

1. Menurut Bapak bagaimana bentuk komitmen Askes Center dalam menangani Peserta Askes Sosial yang di rawat inap di RSAL Dr Mintohardjo?
2. Bagaimana fungsi pelayanan informasi dan penanganan keluhan terhadap peserta Askes Sosial yang di rawat inap?
 - a. Apakah ada hambatan?
 - b. Bagaimana cara mengatasi hambatan tersebut?
3. Bagaimana fungsi administrasi dan penyelesaian klaim peserta askes yang di rawat inap?
 - a. Apakah ada hambatan?
 - b. Bagaimana cara mengatasi hambatan tersebut?
4. Bagaimana fungsi pengendalian di Askes Center RSAL Dr Mintohardjo?
5. Bagaimana fungsi kemitraan antara Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo?

Mekanisme Administrasi Rawat Inap

1. Menurut bapak bagaimana mekanisme administrasi rawat inap Peserta Askes Center RSAL Dr Mintohardjo?
 - a. Apakah mekanisme ini sudah efektif?
2. Menurut saudara bagaimana bila persyaratan untuk penyelesaian administrasi tidak lengkap?

Pedoman Wawancara
Pegawai Rumah Sakit

Tanggal Wawancara :

Lokasi Wawancara :

Pendidikan Terakhir :

Pekerjaan/ Jabatan :

Masa Jabatan :

Komitmen Askes Center RSAL Dr Mintohardjo

1. Menurut Bapak bagaimana bentuk komitmen Askes Center dalam menangani Peserta Askes Sosial yang di rawat inap di RSAL Dr Mintohardjo?
2. Bagaimana fungsi pelayanan informasi dan penanganan keluhan terhadap peserta Askes Sosial yang di rawat inap?
 - a. Apakah ada hambatan?
 - b. Bagaimana cara mengatasi hambatan tersebut?
3. Bagaimana fungsi administrasi dan penyelesaian klaim peserta askes yang di rawat inap?
 - a. Apakah ada hambatan?
 - b. Bagaimana cara mengatasi hambatan tersebut?
4. Bagaimana fungsi pengendalian di Askes Center RSAL Dr Mintohardjo?
5. Bagaimana fungsi kemitraan antara Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo?

Mekanisme Administrasi Rawat Inap

1. Menurut bapak bagaimana mekanisme administrasi rawat inap Peserta Askes Center RSAL Dr Mintohardjo?
2. Menurut saudara bagaimana bila persyaratan untuk penyelesaian administrasi tidak lengkap?

Ringkasan Hasil Wawancara

Komitmen Askes Center				
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Komitmen Askes Center	berupa perjanjian kerja sama (PKS) antara Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo	melayani pelanggan melampaui harapan baik pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap, baik dalam kebutuhan administrasi, informasi dan medis	ada perjanjian kerja sama (PKS) dan bila ada aturan yang belum tercantum di PKS akan dikoordinasikan kembali	berdasarkan Permenkes RI terhitung mulai tanggal 1 Juni 2011 pasien PT Askes (Persero) di RSAL Dr Mintohardjo tidak dikenakan urun biaya (tanpa iur)
Fungsi Pelayanan Informasi dan Penanganan Keluhan	untuk pasien rawat inap ada program customer visite, untuk menanyakan kepada pasien bagaimana pelayanan rumah sakit dan pelayanan askes serta memberikan info yang dibutuhkan oleh pasien	pelayanan informasi di Askes Center sebenarnya sudah ada leaflet dan majalah, tetapi pasien lebih suka kalau petugas Askes center yang memberikan penjelasan secara langsung	pasien yang datang tidak membawa surat rujukan dan masih membawa kartu askes yang lama akan tetap dilayani tetapi diberi informasi dan pengertian bahwa pada saat berobat berikutnya untuk membawa surat rujukan dan kartu askes yang baru	pasien yang akan di rawat inap akan diberikan penjelasan tentang hal-hal yang ditanggung dan yang tidak ditanggung terutama masalah obat-obatan
Fungsi Adm dan Penyelesaian klaim	tepat waktu	penyelesaian klaim selalu sesuai dengan target	penyelesaian klaim tepat waktu	pembayaran klaim yang diajukan lancar
Fungsi Pengendalian	pengendalian dilakukan dengan mengecek kembali tarif yang tertera di SJP apakah sudah sesuai dengan kesepakatan	petugas Askes akan mengecek kembali rekam medis pasien untuk melihat kesesuaian data yang akan di entri	mengecek kelengkapan persyaratan pasien yang akan di rawat inap	pada saat SJP akan di entri data-data yang akan dilampirkan harus dilengkapi terlebih dahulu
Fungsi Kemitraan	hubungan kemitraan antara Askes Center dan RSAL baik	terjalin hubungan baik antara Askes Center dan RSAL Dr Mintohardjo	hubungan baik	hubungan baik antara Askes Center dan RSAL

Mekanisme Administrasi Rawat Inap				
	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4
Mekanisme Administrasi Rawat Inap	<p>pasien yang akan masuk rawat inap dipastikan sudah mendapatkan kamar terlebih dahulu baru akan dibuatkan SJP nya, bila persyaratan belum lengkap akan dibuatkan surat sementara/manual, kalau sudah lengkap baru dibuatkan SJP</p>	<p>bila pasien datang dari poli, akan membawa surat rujukan dan surat pengantar masuk perawatan, bila dari ugd tanpa rujukan, bisa masuk dulu ke ruangan karena administrasi masuk perawatan bisa dilakukan 3 x 24 jam. Selain surat pengantar pasien juga harus membawa kartu askes asli dan surat rujukan (bila dari poli). Bila persyaratan ada yang kurang, tetap dilayani dengan memberikan jaminan terlebih dahulu, kalau persyaratan sudah lengkap akan dibuatkan SJP dan jaminan akan dikembalikan</p>	<p>bila pasien dari ugd tidak perlu membawa rujukan, hanya kartu askes asli dan surat keterangan dari ugd untuk membuat SJP</p>	<p>pasien perlu membawa surat keterangan masuk perawatan dan kartu askes ke kantor Askes Center untuk pembuatan SJP, kemudian masuk ke ruangan perawatan</p>