



UNIVERSITAS INDONESIA

ANALISIS BEBAN KERJA DAN KEBUTUHAN TENAGA  
VERIFIKATOR KLAIM KONTRAK DI UNIT PENYELENGGARA  
JAMINAN KESEHATAN DAERAH PEMERINTAH DAERAH  
PROVINSI DKI JAKARTA TAHUN 2012

TESIS

HELMINA KAMALIA N

1006746994

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI PASCASARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

ANALISIS BEBAN KERJA DAN KEBUTUHAN TENAGA  
VERIFIKATOR KLAIM KONTRAK DI UNIT PENYELENGGARA  
JAMINAN KESEHATAN DAERAH PEMERINTAH DAERAH  
PROVINSI DKI JAKARTA TAHUN 2012

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan  
Masyarakat

HELMINA KAMALIA N

1006746994


FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI PASCASARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
KEKHUSUSAN ASURANSI KESEHATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK 2012

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Helmina Kamalia N

NPM : 1006746994

Tandatangan : 

Tanggal : 12 Juli 2012

## LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Helmina Kamalia N  
NPM : 1006746994  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Analisis Beban Kerja dan Kebutuhan Tenaga  
Verifikator Klaim Kontrak di Unit Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah  
Pemerintah Daerah Propinsi DKI Jakarta Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing	: DR. drg. Yaslis Ilyas, MPH	(.....)
Pembimbing	: dr. Mieke Savitri, M.Kes	(.....)
Penguji	: Atik Nurwahyuni, SKM, M.Kes	(.....)
Penguji	: drg. Ria Virgiandari, MKM	(.....)
Penguji	: dr. Ikbal Sindy, MARS	(.....)

Ditetapkan di : Universitas Indonesia

Tanggal : 12 Juli 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Helmina Kamalia Ningsih

NPM : 1006746994

Mahasiswa Program : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2010/2011

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**ANALISIS BEBAN KERJA DAN KEBUTUHAN TENAGA VERIFIKATOR  
KLAIM KONTRAK DI UNIT PENYELENGGARA JAMINAN KESEHATAN  
DAERAH PEMERINTAH DAERAH DKI JAKARTA TAHUN 2012**

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, 12 Juli 2012



(Helmina Kamalia N) Analisis beban..., Helmina Kamalia, FKMUI, 2012



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

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Helmina Kamalia N  
NPM : 1006746994  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Administrasi Kesehatan dan Kebijakan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

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

**“Analisis Beban Kerja dan Kebutuhan Tenaga Verifikator Klaim Kontrak di  
Unit Pemeliharaan Kesehatan Daerah Pemerintah Daerah Propinsi DKI  
Jakarta Tahun 2012”**

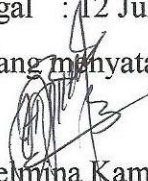
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Universitas Indonesia

Pada tanggal : 12 Juli 2012

Yang menyatakan

  
(Helmina Kamalia N)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. DR. drg. Yaslis Ilyas, MPH, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
2. Segenap pimpinan, pengajar dan staf pengajar AKK FKM UI yang telah memberikan ilmunya dalam proses belajar mengajar selama penulis mengikuti pendidikan;
3. drg. Yuditha Endah, M.Kes, selaku pembimbing dan penguji yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran serta mengizinkan saya untuk meneliti di UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta;
4. drg. Evi M dan seluruh staf di UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, yang telah mengizinkan serta membantu saya dalam memperoleh data untuk menyelesaikan tesis ini;
5. drg. Ria, MKM dan dr. Ikbal, MARS, selaku penguji tesis saya dan telah memberikan masukan yang sangat berharga dalam menyempurnakan tesis ini;
6. Suamiku tercinta, Nur Hadi, yang telah setia menemani, memberikan support dan cintanya dalam menyusun tesis ini;
7. Mama, Papa, dan Adik-adikku, atas doa, support dan kasih sayangnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini tepat waktu;

8. Gathan, keponakan tercinta, yang memberi warna dan semangat penulis dalam menyusun tesis ini;
9. Teman-teman seperjuangan, Mba Armei, Aurora, Mba Nanik, Pak Tatang, Pak Khudori, Pak Andi, Bu Leonny, Mba Refny, dan teman-teman yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan tesis ini. Akhirnya kita dapat menyelesaikan tesis ini ya;
10. Dan, semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 12 Juli 2012

Penulis



## ABSTRAK

Nama : Helmina Kamalia Ningsih  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul : Analisis Beban Kerja dan Kebutuhan Tenaga Verifikator Klaim Kontrak Di Unit Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah Pemerintah Daerah DKI Jakarta Tahun 2012

Tesis ini membahas beban kerja dan kebutuhan tenaga verifikator klaim kontrak di Unit Penyelenggara Jamkesda Pemerintah Daerah DKI Jakarta Tahun 2012 dengan melakukan observasi dan data klaim rumah sakit tahun 2011. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dan kualitatif dengan desain deskriptif dan *cross sectional*. Metode yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan Metode Ilyas yaitu dengan pendekatan *demand*, dimana metode ini menghitung beban kerja yang harus dikerjakan atas dasar permintaan untuk menghasilkan unit produksi atau jasa per waktu yang dibutuhkan. Hasil penelitian ini adalah beban kerja tenaga verifikator klaim adalah 132 jam/unit/hari, sedangkan kebutuhan tenaga sebanyak 23 orang/hari. Hasil penelitian menyarankan bahwa Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta perlu menambah tenaga verifikator klaim; meningkatkan kemampuan dan keterampilan dalam verifikasi klaim; menggunakan teknologi dan sistem informasi; dan menerapkan *Standard Operational Procedure* (SOP) dalam proses verifikasi klaim.

Kata Kunci:  
Beban kerja, Kebutuhan Tenaga, Verifikasi Klaim.

## ABSTRACT

Name : Helmina Kamalia Ningsih  
Study Program : Public Health  
Title : Analysis of Workload and Contract Staff Needed of Claim Verification on Health Insurance Administration Unit of The Government DKI Jakarta Province in 2012.

The focus of this study is to analysis of workload and to count of contract staff needed claim verification on Health Insurance Administration Unit of The Government DKI Jakarta Province in 2012. The purpose of this study is to know how much the workload, staff needed, and the barrier factors of claim verification. Knowing this will help the administration unit to identify changes that should be made to improve the quality services. This research is qualitative and quantitative descriptive interpretive. The data were collected by means of deep interview and use claim data. The method used in this study using the Ilyas's Method which is a demand approach, where the method is to calculate the workload to be done on the basis of a request for production or services produced per unit of time is needed. The result of this study is the workload of verifier claim personnel is 132hours/unit/day, while the staff needed is 23person/day. The researcher suggests that The Health Insurance Administration Unit should add the verifier claim staff; improve the knowledge and the skill of verifier claim staff; use the technology and information system; and administer Standard Operational Procedure (SOP) in the process of verification of claims.

Key Word:  
Workload, Staff Needed, and Claim Verification.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	8
1.4 Tujuan Penelitian.....	8
1.4.1 Tujuan Umum .....	8
1.4.2 Tujuan Khusus .....	8
1.5 Manfaat Penelitian.....	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 Teori Organisasi .....	11
2.2 Sumber Daya Manusia .....	12
2.2.1 Pengertian Sumber Daya Manusia.....	12
2.2.2 Sumber Daya Manusia Kesehatan .....	12
2.2.3 Manajemen Sumber Daya Manusia .....	13
2.2.4 Tujuan Manajemen Sumber Daya Manusia.....	14
2.2.5 Perencanaan Sumber Daya Manusia.....	16
2.3 Beban Kerja.....	19

2.3.1	Hitung Beban Kerja Metode Ilyas.....	23
2.3.2	Pengukuran Kerja.....	24
2.4	Permintaan Sumber Daya Manusia .....	26
2.4.1	Analisis Persediaan .....	29
2.4.2	Analisis Kebutuhan Tenaga .....	29
2.4.3	Pengadaan ( <i>supply</i> ) Sumber Daya Manusia.....	36
2.4.4	Perkiraan Suplai Internal.....	37
2.4.5	Perkiraan Suplai Eksternal .....	38
2.4.6	Sistem Perencanaan Sumber Daya Manusia.....	39
2.5	Asuransi Kesehatan .....	40
2.5.1	Definisi Asuransi Kesehatan .....	40
2.5.2	Prinsip Asuransi Kesehatan.....	42
2.5.3	Bentuk-bentuk Asuransi Kesehatan .....	42
2.5.4	Manajemen Klaim.....	44
2.5.4.1	Definisi Klaim.....	44
2.5.4.2	Jenis-jenis Klaim.....	45
2.5.4.3	Syarat-syarat Pengajuan Klaim.....	46
2.5.4.4	Administrasi Klaim.....	47
2.5.4.5	Penyelesaian Klaim.....	49
2.5.4.6	Pengendalian Klaim .....	52
BAB III	GAMBARAN UMUM .....	53
3.1	Kelembagaan .....	56
3.1.1	Kedudukan .....	56
3.1.2	Tugas.....	56
3.1.3	Fungsi.....	56
3.1.4	Tujuan .....	57
3.1.5	Program.....	60
3.2	Kepesertaan .....	60
3.2.1	JPK Gakin .....	60
3.2.2	JPK PNS.....	66

3.3 Iuran.....	70
3.4 Manfaat.....	71
3.5 Prosedur Alur Pelayanan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan .....	72
3.6 Pengecualian.....	72
3.7 Prosedur Verifikasi Klaim.....	74
<b>BAB IV KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....</b>	<b>77</b>
4.1 Kerangka Teori.....	77
4.2 Kerangka Konsep .....	78
4.3 Definisi Operasional.....	79
<b>BAB V METODE PENELITIAN.....</b>	<b>84</b>
5.1 Desain Penelitian.....	84
5.2 Waktu dan Lokasi Penelitian.....	84
5.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	84
5.3.1 Populasi Penelitian.....	84
5.3.2 Sampel Penelitian.....	85
5.4 Teknik Pengolahan Data.....	86
5.5 Instrument Penelitian.....	86
5.6 Pengolahan Data.....	87
5.7 Analisis Data .....	87
5.8 Penyajian Data.....	88
<b>BAB VI HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>89</b>
6.1 Keterbatasan Penelitian .....	90
6.2 Hasil Penelitian.....	91
6.2.1 Hasil Pengamatan Waktu Transaksi.....	91
6.2.2 Penghitungan Beban Kerja dan Kebutuhan Tenaga Sesuai WT .....	111
<b>BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>118</b>
7.1 Kesimpulan.....	118
7.2 Saran .....	119
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

- Gambar 1.1 Prosentase Penduduk Miskin Propinsi DKI Jakarta
- Gambar 2.1 Peramalan Sumber Daya Manusia
- Gambar 2.2 Dimensi Permintaan dan Suplai dalam Perencanaan Sumber Daya Manusia
- Gambar 2.3 Pola Hubungan Bipartite
- Gambar 2.4 Pola Hubungan Tripartite
- Gambar 3.1 Propinsi DKI Jakarta
- Gambar 3.2 Sejarah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Propinsi DKI Jakarta
- Gambar 3.3. Struktur Organisasi UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta
- Gambar 3.4 JPK Pasca UPT Jamkesda
- Gambar 3.5 Alur Pelayanan Penjaminan Pemeliharaan Kesehatan
- Gambar 3.6 Alur penerimaan berkas klaim
- Gambar 3.7 Alur verifikasi klaim
- Gambar 3.8 DKI menuju Universal Coverage 2014
- Gambar 4.1 Langkah perencanaan tenaga
- Gambar 4.2 Kerangka konsep
- Gambar 6.1 Standar Operasional Procedure (SOP) Verifikasi Klaim



## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Data Jamkesmas

Tabel 2.1 Rasio Tempat Tidur dan Personel Rumah Sakit

Tabel 2.2 Rata-rata jam perawatan terhadap jenis pelayanan

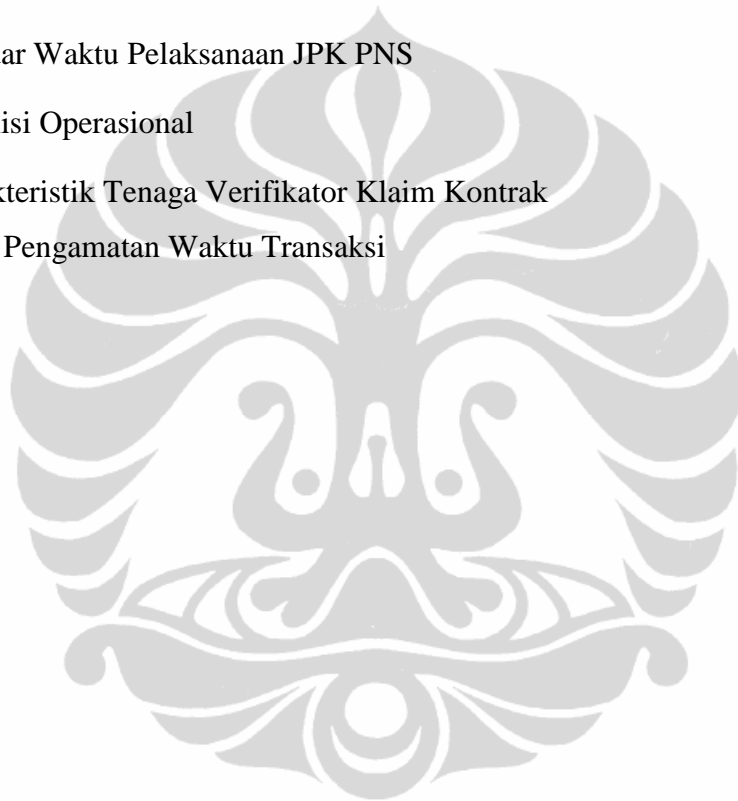
Tabel 3.1 Standar Waktu Pelaksanaan JPK Gakin

Tabel 3.2 Standar Waktu Pelaksanaan JPK PNS

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Tabel 6.1 Karakteristik Tenaga Verifikator Klaim Kontrak

Tabel 6.2 Hasil Pengamatan Waktu Transaksi



## DAFTAR LAMPIRAN

1. Daftar Penyedia Layanan
2. Formulir Pengamatan
3. Pedoman Wawancara Mendalam



# B A B I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pembangunan suatu bangsa memerlukan dua asset utama atau “daya” yang disebut sumber daya (*resource*), yakni sumber daya alam (*natural resource*) dan sumber daya manusia (*human resources*). Kedua sumber daya tersebut sangat penting dalam menentukan keberhasilan suatu pembangunan. Tetapi apabila dipertanyakan sumber daya mana yang lebih penting diantara kedua sumber daya tersebut, maka jelas sumber daya manusialah yang lebih penting. Hal ini dapat kita amati dari kemajuan-kemajuan suatu negara sebagai indikator keberhasilan pembangunan bangsa tersebut (Hasibuan, 2002).

Berbicara masalah sumber daya manusia, dapat kita lihat dari dua aspek, yakni kuantitas dan kualitas. Kuantitas menyangkut jumlah sumber daya manusia, sedangkan kualitas sumber daya manusia menyangkut mutu sumber daya manusia tersebut, yang menyangkut kemampuan, baik kemampuan fisik maupun kemampuan non-fisik (kecerdasan dan mental). Oleh sebab itu, menilai kualitas sumber daya manusia sebagai suatu bangsa ditentukan oleh tiga faktor utama, yakni: pendidikan, kesehatan, dan ekonomi (Siagian, 2008).

Pendidikan merupakan suatu upaya untuk mengembangkan potensi manusia, sehingga mempunyai kemampuan untuk mengelola sumber daya alam yang tersedia untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat. Angka melek huruf yaitu besarnya persentase penduduk yang mampu membaca dan menulis huruf Latin pada tahun 2009 menurut BPS sebesar 92,58%, yang berarti penduduk Indonesia yang masih buta huru masih sebesar 7,42% (*Profil Kesehatan Indonesia, 2010*).

Tingkat kesehatan suatu bangsa dapat dilihat dari angka kematian (*mortalitas*) dan angka kesakitan (*morbiditas*), melalui berbagai indikator. Indikator-indikator yang sering digunakan untuk ,mengukur derajat kesehatan masyarakat suatu bangsa, dan juga sebagai indikator kualitas sumber daya manusia dari aspek kesehatan adalah

angka kematian bayi, angka kematian anak dan balita, angka kematian ibu, angka kematian kasar, dan angka harapan hidup.

Angka kematian bayi pada tahun 2009 adalah 30/1000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian ibu adalah 240/100.000 kelahiran hidup. Dibandingkan dengan Negara-negara di Asia Tenggara, angka kematian bayi dan angka kematian ibu Indonesia termasuk tinggi, urutan ke 8 dari 10 negara ASEAN (*Profil Kesehatan Indonesia, 2010*). Target *Millenium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015, Angka Kematian Bayi dibawah 20/1000 Kelahiran Hidup dan Angka Kematian Ibu dibawah 100/100.000 Kelahiran Hidup.

Menjelang berakhirnya abad ke-20, terjadi pergeseran paradigma pembangunan, yakni dari pembangunan Ekonomi ke pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM). Paradigma ini menekankan pada pembangunan Sumber Daya Manusia, dimana keberhasilan pembangunan suatu bangsa diukur dari meningkatnya kualitas sumber daya manusia. Menurut UNDP pada tahun 2011, Indeks Pembangunan Manusia Indonesia berada di urutan 124 dari 187 negara. Singapura dan Malaysia berada pada urutan 26 dan 61 dari 187 negara. Sedangkan, angka harapan hidup penduduk Indonesia adalah 69,4 meningkat dimana sebelumnya 68,9 pada tahun 2010.

Prinsip dasar pembangunan kesehatan Indonesia dirumuskan dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28, yang menyatakan bahwa kesehatan adalah hak fundamental bagi setiap Warga Negara. Hal senada juga terdapat dalam konstitusi WHO (*World Health Organization*) tahun 1948.

Pembangunan kesehatan menurut Undang-Undang No. 23 tahun 2004 menyatakan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan, sekaligus berkewajiban memelihara kesehatan diri, masyarakat, dan lingkungannya. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Untuk mewujudkan tujuan tersebut, pemerintah telah mengupayakan dengan berbagai program, salah satunya adalah dengan program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dimana sistem tersebut

merupakan program negara yang bertujuan untuk memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Hasil amandemen Undang-Undang Dasar 1945 tahun 2002 pasal 33 dan 34 ayat (1), (2), dan (3) mengamanatkan, penyelenggaraan suatu jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia terutama bagi Keluarga Miskin. Dan Undang-Undang No: 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pasal 17 butir 4 menyatakan bahwa iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang tidak mampu dibayar oleh pemerintah.

Oleh sebab itu, sejak beberapa tahun terakhir pemerintah Indonesia menjalankan skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) untuk keluarga miskin dengan dana sebesar Rp. 5.1 Triliun untuk skema Jamkesmas. Jamkesmas dikelola oleh Kementerian Kesehatan (Indopos, 7 November 2010).

Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) adalah sebuah program asuransi kesehatan untuk warga Indonesia. Program ini dijalankan oleh Kementerian Kesehatan sejak tahun 2004<sup>1</sup>. Pada tahun 2009 program ini mendanai biaya kesehatan untuk 76.4 juta penduduk<sup>2</sup>, jumlah ini termasuk 2.65 juta<sup>2,3</sup> anak terlantar, penghuni panti jompo, tuna wisma dan penduduk yang tidak memiliki kartu tanda penduduk.

Tabel 1.1 Data Jamkesmas

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Jumlah penduduk sasaran (Juta)		36,14	60	76,4	76,4	76,4	76,4
Anggaran (Rp Triliun)		2,23	2,6	3,526	3,6	3,6	5,1

Sumber: P2JK Depkes RI, 2011. Diakses 6 April 2012

Selain itu dengan semangat era desentralisasi, dewasa ini telah dikembangkan skema Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) pada 186 dari seluruh 490 Kabupaten/Kota di Indonesia (Suara karya, 16 Juli 2010), dengan tujuan untuk melayani pembiayaan kesehatan keluarga miskin yang belum terliput oleh Jamkesmas.

Jamkesda DKI Jakarta merupakan program jaminan kesehatan masyarakat propinsi DKI Jakarta telah ada sejak 14 tahun silam (1997). Masyarakat propinsi Jakarta khususnya masyarakat miskin mendapatkan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK-Gakin) yang dibiayai oleh Pemerintah Daerah Propinsi DKI Jakarta. Program JPK Gakin merupakan program prioritas dan masuk ke dalam *Dedicated Program*, yang dijabarkan secara operasional dalam Rencana Pembangunan Tahunan Daerah (REPETADA).

Dalam Peraturan Gubernur DKI Jakarta No. 15 Tahun 2011 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Unit penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah. Selain masyarakat miskin dan korban bencana adapula masyarakat yang belum mempunyai jaminan kesehatan yang perlu dikelola oleh Dinas Kesehatan sehingga diharapkan seluruh penduduk di Propinsi DKI Jakarta terlindungi oleh jaminan kesehatan.

Sistem JPK-Gakin merupakan suatu sistem jaminan kesehatan yang menggunakan pendekatan konsep "Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat" (JPKM) atau dikenal dengan "Asuransi kesehatan dengan biaya terkendali (*Managed Health Care*) dengan Pelayanan yang Efektif melalui Pelayanan Kesehatan yang Berjenjang dan Tinjauan Pemanfaatan Kesehatan (*Utilization Review*).

Sistem jaminan kesehatan ini telah dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah Propinsi DKI Jakarta melalui uji coba, tahun 2002 dengan mengembangkan design sistem, tahun 2003 mengembangkan sistem pelayanan dan pembiayaan, tahun 2004 mengembangkan sistem kepesertaan dan pembiayaan, tahun 2005 tahap finalisasi kepesertaan dan pelayanan, tahun 2006 finalisasi sistem pembiayaan. Adapun pembiayaan untuk program tersebut meningkat tiap tahunnya dimulai dari 6 M sampai dengan 500 M di tahun 2010 tentunya disertai peningkatan kepesertaan yang signifikan.

Unit Penyelenggara (UP) Jaminan Pemeliharaan Daerah Propinsi DKI Jakarta bertugas menyelenggarakan sistem JPK mulai dari JPK Gakin, PNS, Kurang Mampu (rentan) dan Mampu secara lebih transparan, rasional, efisien, terukur dan dipercaya oleh masyarakat.

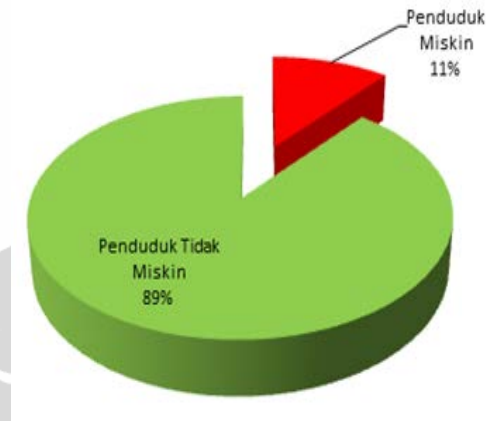


Pelaksanaan sistem JPK-Gakin pada tahun 2002 sampai dengan tahun 2005 melibatkan interaksi tiga pihak (*Tri Partite*) yakni; Badan Penyelenggara (Bapel) dalam hal ini Mitra Kesehatan Jaya, Pemberi Pelayanan Kesehatan dalam hal ini Puskesmas, Rumah Sakit, Ambulans dan Peserta dalam hal ini Keluarga Miskin, namun sejak tahun 2006 sampai dengan saat ini dilaksanakan sendiri oleh Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta sebagai Penyelenggara, sesuai dengan arahan Kebijakan Umum Anggaran APBD DKI Jakarta Tahun 2007 serta Prioritas dan Plafon Anggaran Tahun 2007.

Dalam Peraturan Gubernur Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 15 Tahun 2011 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata kerja Unit Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah disebutkan bahwa Unit Penyelenggara mempunyai tugas melaksanakan penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi penduduk daerah dan susunan organisasi Unit Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah, terdiri dari Kepala Unit, Subbagian Tata Usaha, Seksi Pemasaran dan Kepesertaan, Seksi Pelayanan Kesehatan, dan Subkelompok Jabatan Fungsional. Unit Penyelenggara Jamkesda menyusun pelaporan dan menyampaikan laporan berkala tahunan, semester, triwulan, bulanan dan/atau sewaktu-waktu kepada Kepala Dinas. Laporan meliputi laporan: (1) kebutuhan, kekurangan, dan kelebihan pegawai; (2) keuangan dan kinerja; (3) kebutuhan, kekurangan, dan kelebihan barang atau prasarana dan sarana kerja; (4) akuntabilitas; dan (5) pelaksanaan kegiatan.

Pada tahun 2011, Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta telah melakukan ikatan kerjasama dengan 98 Rumah Sakit, baik Rumah sakit milik Pemerintah Pusat dan Daerah maupun rumah sakit milik swasta yang tersebar di Jabodetabekjur. Menurut data dari Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, pada tahun 2010 terdapat 2.585.438 kasus dan meningkat pada tahun 2011 menjadi 2.705.509 kasus yang harus diverifikasi oleh tenaga verifikator dari unit terkait. Jumlah peserta penduduk miskin Propinsi DKI Jakarta sebanyak 312.300 jiwa pada tahun 2010, sedangkan pada tahun 2011 meningkat menjadi 363.420 jiwa. (BPS, 2011). Jumlah peserta yang dijamin oleh Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta adalah sebesar 11% dari total penduduk Propinsi DKI Jakarta.

Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Propinsi DKI Jakarta meliputi JPK Gakin, JPK SKTM dan bencana, serta JPK PNS. Oleh karena banyaknya jumlah kasus dan berkas klaim yang harus diverifikasi serta adanya sosialisasi kepada peserta, maka diperlukan tenaga untuk melakukan pekerjaan tersebut.



Sumber : Unit Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) Propinsi DKI Jakarta.  
(diolah)

Di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta pada tahun 2012 tenaga yang tersedia hanya 56 orang saja, dimana 24 orang berstatus PNS dan sisanya adalah tenaga kontrak, yang terbagi dalam 3 unit kerja. Unit kerja tersebut adalah seksi pemasaran dan kepesertaan sebanyak 16 orang, seksi pelayanan kesehatan sebanyak 30 orang, dan tata usaha sebanyak 10 orang. Tenaga verifikator terdapat dalam unit kerja di seksi pelayanan kesehatan, dimana tenaga yang tersedia saat ini mempunyai kemampuan yang berbeda-beda sehingga beban kerja yang diterima setiap orang menjadi tidak seimbang. Setiap individu bekerja selama 6 Jam dalam 5 hari. Dengan banyaknya beban kerja sedangkan jumlah tenaga tidak mencukupi, membuat setiap individu harus bekerja diluar jam kerja yaitu selama 20 jam/minggu. Tingginya waktu lembur merupakan salah satu gejala, dimana beban kerja yang harus dikerjakan oleh individu sangat tinggi.

Akibat tingginya beban kerja yang harus dilakukan verifikator klaim menyebabkan pembayaran klaim rumah sakit menjadi terlambat. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya penolakan peserta di rumah sakit atau provider, sehingga

dapat menurunkan kepercayaan dan mutu pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta.

Dari masalah yang telah diuraikan diatas, jelas bahwa Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta membutuhkan metode perencanaan tenaga kerja yang dapat memberikan estimasi lebih baik terhadap beban kerja yang ada di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta sehari-hari. Penelitian mengenai beban kerja dan analisa kebutuhan tenaga di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta akan memberikan gambaran jelas mengenai metode yang dapat digunakan untuk melakukan perencanaan tenaga kerja secara ilmiah. Diharapkan dengan perencanaan SDM yang lebih baik standar mutu pelayanan akan tercapai sepenuhnya. Penelitian semacam ini belum pernah dilakukan sebelumnya di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta dan akan memberikan manfaat bagi Dinas Kesehatan keseluruhan serta hasilnya dapat diterapkan dalam perencanaan SDM selanjutnya.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Pada tahun 2012, Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta hanya mempunyai 56 tenaga yang terbagi atas tenaga verifikator, tenaga kepesertaan, tenaga sosialisasi, dan tenaga administrasi dengan kemampuan dan kualifikasi yang berbeda-beda, sedangkan setiap tahunnya jumlah kasus dan peserta yang harus diverifikasi oleh semakin banyak sehingga beban kerja yang harus dikerjakan oleh satu unit kerja semakin berat. Akibat tingginya beban kerja ini, pembayaran klaim rumah sakit menjadi terlambat dan kepuasan peserta terhadap kinerja tenaga verifikator di UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta rendah. Oleh sebab itu, dibutuhkan metode yang dapat mengukur beban kerja dan kebutuhan tenaga secara lebih tepat untuk memenuhi standar mutu pelayanan bahkan di titik beban kerja tertinggi.

Penelitian ini dibutuhkan untuk dapat mengetahui secara ilmiah beban kerja dan kebutuhan tenaga di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta. Pemenuhan kebutuhan tenaga kerja secara tepat diharapkan akan meningkatkan

capaian Standar Mutu Pelayanan di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, meniadakan komplain, dan meningkatkan kepuasan peserta dan provider.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

1. Berapa beban kerja yang terdapat di seksi pelayanan kesehatan Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta pada tahun 2012?
2. Berapa kebutuhan SDM yang dibutuhkan dan spesifikasinya di seksi pelayanan kesehatan Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta tahun 2012?
3. Faktor-faktor apa sajakah yang menjadi hambatan dalam mencapai standar mutu pelayanan di seksi pelayanan Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta tahun 2012?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Diketuinya beban kerja dan kebutuhan tenaga verifikator di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta.

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Diketuinya beban kerja di seksi pelayanan kesehatan Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta.
2. Diketuinya jumlah kebutuhan tenaga serta spesifikasi tenaga yang dibutuhkan di seksi pelayanan kesehatan Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta.
3. Diketuinya faktor-faktor yang menjadi penghambat dalam mencapai standar mutu pelayanan di seksi pelayanan kesehatan Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta.

### 1.5 Manfaat Penelitian

a. Bagi Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan dalam menyusun alokasi SDM, strategi sebagai bahan pertimbangan dan mengakomodir permasalahan yang ditemui di lapangan, dan evaluasi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

b. Bagi Pengambil Keputusan

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan dan pertimbangan dalam melakukan perencanaan SDM dan menentukan kebijakan di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta sebagai upaya untuk memperbaiki pencapaian standar mutu pelayanan dan meningkatkan mutu layanan serta kepuasan peserta.

c. Bagi Peneliti

Menambah wawasan dan pengetahuan yang lebih mendalam mengenai manajemen SDM.

### 1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan selama Bulan April 2012 - Juni 2012. Penelitian ini akan dilakukan di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta. Penelitian dilakukan secara kuantitatif dengan cara penghitungan beban kerja dengan menghitung rerata waktu-orang yang diperlukan untuk melakukan proses verifikasi sebuah berkas klaim rawat jalan dan rawat inap. Setelahnya dilakukan perhitungan kebutuhan tenaga mengikuti formula-formula yang telah ada dikepastakaan. Penelitian inipun dilakukan secara kualitatif, yaitu dengan melakukan wawancara mendalam terhadap Kepala Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, Kepala seksi pelayanan Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, tenaga verifikator, praktisi dalam bidang asuransi kesehatan, dan tenaga ahli dalam asuransi kesehatan. Penelitian ini dilakukan dengan rancangan *cross sectional* dan pedoman wawancara menggunakan pedoman 5M yaitu *man, material, method, machine, dan money*. Hasil

penerapan ini dapat diaplikasikan di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta dan unit pelayanan Jamkesda lainnya yang memiliki alur kerja yang sama.





## B A B II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Teori Organisasi

Teori organisasi modern sangat berorientasi pada konsep sistem. Pada pendekatan sistem, sebuah organisasi dipandang sebagai sekumpulan bagian yang berinteraksi saling bergantung satu sama lain. Semua sistem terbentuk dari subsistem yang saling berhubungan dan bergantung satu sama lain. Semua sistem dapat dibagi menjadi dua tipe, yaitu sistem tertutup dan sistem terbuka. Sebuah sistem tertutup jika ia tidak mendapat pengaruh dari lingkungan di luarnya, sedangkan sistem terbuka adalah sebaliknya. Masukan pada sebuah organisasi terdiri dari dua sumber daya, yaitu sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Adapun yang dimaksud sumber daya manusia antara lain tenaga profesional, non profesional, staf administrasi, dan konsumen/klien. Sedangkan yang dimaksud sumber daya lainnya antara lain uang, metode, peralatan, dan bahan-bahan. Suatu organisasi akan selalu saling berinteraksi, saling bergantung, dan selalu mencoba melindungi dirinya sendiri terhadap pengaruh lingkungan (Thompson, 1967).

Sejumlah ahli teori organisasi membuktikan bahwa struktur dan manajemen suatu organisasi akan bergantung pada tugas-tugas yang diembannya, dan hasilnya adalah kinerja yang lebih baik apabila sesuai dengan tugasnya. Adanya hubungan yang bermakna antara organisasi, fungsi, serta lingkungan tercermin dalam studi yang dilakukan oleh Perrow (1967).

Lawrence dan Lorsch (1967) dan Gilbraith (1973) menemukan bahwa organisasi yang berkinerja tinggi adalah yang memiliki ciri-ciri: (1) Setiap unit organisasi dibedakan satu sama lainnya-setiap unit diorganisir dan dikelola sedemikian rupa sesuai dengan tugas dan bagian lingkungannya. (2) Di samping dapat menggambarkan perbedaan nyata antar unit, setiap bagian organisasi merupakan kesatuan yang terorganisasi sesuai dengan kebutuhan untuk menampilkan total kinerja fungsi organisasi. Selanjutnya, penelitian yang dilakukan oleh Lawrence

and Lorsch (1967) menemukan bahwa organisasi yang sukses mempunyai pendekatan spesifik untuk mencapai kerja sama inter dan intra pada setiap unit organisasi. Hal ini kurang dilakukan atau tidak dilakukan oleh organisasi yang kurang sukses.

Secara konseptual, organisasi terdiri dari komponen kerja struktur, koordinasi, dan personel. Penelitian tentang organisasi cenderung untuk mengukur dan menganalisa reaksi individu, kelompok, dan organisasi terhadap komponen organisasi itu sendiri.

## **2.2 Sumber Daya Manusia**

### **2.2.1 Pengertian Sumber Daya Manusia**

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan kemampuan terpadu dari daya pikir serta fisik manusia dan merupakan cerminan kualitas usaha yang diberikan oleh seseorang dalam waktu tertentu untuk menghasilkan barang dan jasa serta SDM juga merupakan kemampuan seseorang untuk memberikan jasa atau usaha kerja (Hasibuan, 2002).

Sumber daya manusia juga merupakan factor dominan yang harus dipertahankan dalam penyelenggaraan pembangunan untuk memperlancar pencapaian sasaran pembangunan nasional. SDM berperan penting dalam pembangunan baik sebagai tenaga penggerak atau pelaku pembangunan maupun sebagai tujuan dan sasaran pembangunan nasional. Sumber daya manusia merupakan inti pembangunan maupun *output* yang ingin dihasilkan dari proses pembangunan (Ramelan, 1999).

### **2.2.2 Sumber Daya Manusia Kesehatan**

Pengertian SDM Kesehatan yang tertuang dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2004 bahwa tenaga kesehatan merupakan orang yang bekerja secara aktif dan professional dibidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan atau tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. (Depkes RI, 2004)

Jenis SDM Kesehatan dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan yaitu:

1. Tenaga medis, meliputi dokter dan dokter gigi
2. Tenaga Keperawatan, meliputi perawat dan bidan
3. Tenaga Kefarmasian, meliputi apoteker, analis farmasi, dan asisten apoteker
4. Tenaga Kesehatan Masyarakat, meliputi Epidemiolog kesehatan, Entomolog kesehatan, Mikrobiologi kesehatan, Penyuluh kesehatan, Administrator kesehatan, dan Sanitarian
5. Tenaga izi, meliputi Nutrision dan Dietision
6. Tenaga Keterampilan Fisik, meliputi Fisioterapis, Okupasiterapis, dan Terapis Wicara
7. Tenaga Keteknisian Medis, meliputi Radiografer, Radioterapis, Teknisi gigi, Elektromedis, Analis kesehatan, Refraksionis, Otorik prostetik, teknik Transfusi, dan perekam medis.

### **2.2.3 Manajemen Sumber Daya Manusia**

SDM merupakan sumber daya yang paling bernilai tinggi dibandingkan sumber daya lainnya. Tingkat manfaat sumber daya lainnya tergantung kepada tingkat pemanfaatan SDM. Makin tinggi kualitas pendayagunaan SDM makin tinggi hasil guna sumber daya lainnya.

Pengertian manajemen SDM adalah suatu proses pengelolaan SDM sebaik-baiknya dengan mempergunakan sumber daya lainnya seefisien mungkin untuk mencapai tujuan organisasi. Flippo (1980) menyampaikan definisi manajemen SDM sebagai suatu proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan kegiatan-kegiatan pengadaan, pengembangan, kompensasi, pemeliharaan, dan terminasi SDM agar tercapai tujuan individu, organisasi, dan masyarakat. Pengertian manajemen SDM ini menggabungkan fungsi manajemen dan fungsi operasional SDM.

Stoner (1986) menyampaikan bidang lingkup manajemen SDM sebagai berikut: perencanaan, penempatan, penilaian kinerja, pelatihan, dan pengembangan, pemberian imbalan dan tunjangan, hubungan perburuhan, dan penelitian ketenagaan.

Dari ketiga pengertian diatas, manajemen SDM mencakup tiga komponen pokok manajemen SDM yaitu: 1) fungsi manajerial manajemen SDM; 2) fungsi operasional manajemen SDM; dan 3) peranan manajemen SDM dalam pencapaian tujuan individu (personel), organisasi, dan masyarakat.

Penentuan antara kesuksesan dan kegagalan dalam sebuah organisasi ditentukan oleh kualitas sumber daya manusia yang dimiliki oleh organisasi tersebut. Karenanya, pengembangan dan manajemen sumber daya manusia adalah salah satu hal yang penting bagi pemimpin organisasi (Levey, Loomba, 1984).

Atas pertimbangan diatas, maka manajemen sumber daya manusia adalah suatu hal krusial dalam suatu organisasi, termasuk organisasi pelayanan kesehatan. Adalah tanggung jawab manager senior untuk menerapkan dan mengkoordinasikan sistem sumber daya manusia secara keseluruhan, terdiri dari perencanaan, rekrutmen, seleksi, penempatan, dan retensi untuk memastikan bahwa suatu organisasi pelayanan kesehatan memiliki sumber daya manusia yang cukup dan tepat (Rakich, Longest, Darr, 1992).

Levey dan Loomba (1984) menyatakan bahwa manajemen sumber daya manusia adalah suatu filosofi sekaligus suatu area pekerjaan. Filosofi dari manajemen sumber daya manusia adalah kekuatan utama suatu organisasi, bahwa kesuksesan dan kegagalan suatu organisasi ditentukan oleh kualitas sumber daya manusianya dan bahwa pengembangan dan manajemen sumber daya manusia adalah salah satu hal terpenting bagi pimpinan organisasi.

#### **2.2.4 Tujuan Manajemen Sumber Daya Manusia**

Tujuan utama dari manajemen sumber daya manusia adalah untuk meningkatkan kontribusi sumber daya manusia (karyawan) terhadap organisasi dalam rangka mencapai produktivitas organisasi yang bersangkutan. Hal ini dapat dipahami bahwa semua kegiatan organisasi dalam mencapai misi dan tujuannya adalah sangat

bergantung kepada manusia yang mengelola organisasi itu. Oleh sebab itu sumber daya manusia harus dikelola sedemikian rupa sehingga berdaya guna dan berhasil guna dalam mencapai misi dan tujuan organisasi.

Tujuan ini dapat dijabarkan ke dalam 4 tujuan yang lebih operasional sebagai berikut:

a. Tujuan masyarakat (*Societal objective*)

Untuk bertanggung jawab secara sosial, dalam hal kebutuhan dan tantangan-tantangan yang timbul dari masyarakat, suatu organisasi yang berada di tengah-tengah masyarakat diharapkan dapat membawa manfaat atau keuntungan bagi masyarakat. Oleh sebab itu suatu organisasi mempunyai tanggung jawab dalam mengelola sumber daya manusianya agar tidak mempunyai dampak negatif terhadap masyarakat.

b. Tujuan organisasi (*Organization objective*)

Untuk mengenal bahwa manajemen sumber daya itu ada (*exist*), perlu memberikan kontribusi terhadap pendayagunaan organisasi secara keseluruhan. Manajemen sumber daya manusia bukanlah suatu tujuan dan akhir dari suatu proses, melainkan suatu perangkat atau alat untuk membantu tercapainya suatu tujuan organisasi secara keseluruhan. Oleh sebab itu suatu unit atau bagian manajemen sumber daya di suatu organisasi diadakan untuk melayani bagian-bagian lain organisasi tersebut.

c. Tujuan fungsi (*Functional objective*)

Untuk memelihara (*maintain*) kontribusi bagian-bagian lain agar mereka (sumber daya manusia dalam tiap bagian) melaksanakan tugasnya secara optimal. Dengan kata lain setiap sumber daya manusia atau karyawan dalam organisasi itu dapat menjalankan fungsinya dengan baik.

d. Tujuan personel (*Personnel objective*)

Untuk membantu karyawan atau pegawai dalam mencapai tujuan-tujuan pribadinya, dalam rangka pencapaian organisasinya. Tujuan-tujuan pribadi karyawan seharusnya dipenuhi, dan ini merupakan motivasi dan pemeliharaan (*maintain*) terhadap karyawan itu.

Untuk mencapai tujuan-tujuan manajemen sumber daya manusia seperti disebutkan diatas, maka suatu bagian atau departemen sumber daya manusia harus mengembangkan, mempergunakan, dan memelihara (*maintain*) jumlah dan tipe karyawan (sumber daya manusia) sedemikian rupa sehingga semua fungsi organisasi itu berjalan dengan seimbang.

### **2.2.5 Perencanaan Sumber Daya Manusia**

Perencanaan adalah inti manajemen karena semua kegiatan organisasi yang bersangkutan didasarkan kepada rencana tersebut. Dengan perencanaan itu memungkinkan para pengambil keputusan untuk menggunakan sumber daya mereka secara berdaya guna dan berhasil guna. Demikian pula perencanaan sumber daya manusia (*human resources planning*) adalah inti dari manajemen sumber daya manusia. Karena adanya perencanaan maka kegiatan seleksi, pelatihan dan pengembangan, serta kegiatan-kegiatan lain yang berkaitan dengan sumber daya manusia lebih terarah.

Werther dan Davis (1989) membuat batasan *human resources planning (HRP)*: “*sistematically forcast an organization’s future demand for, and supply of employees*”. Perencanaan sumber daya manusia adalah suatu perkiraan yang sistematis tentang kebutuhan dan pengadaan atau pasokan tenaga pekerja (karyawan). Dengan perkiraan jumlah dan tipe kebutuhan tenaga manusia, bagian kepegawaian atau manajer sumber daya manusia akan mempunyai perencanaan yang baik dalam rekrutmen, seleksi, daya pengembangan tenaga dan kegiatan-kegiatan lain.

Siagian (2008) mengatakan bahwa definisi klasik tentang perencanaan adalah bahwa perencanaan pada dasarnya merupakan pengambilan keputusan sekarang tentang hal-hal yang akan dikerjakan di masa depan. Jika berbicara tentang perencanaan sumber daya manusia, yang menjadi fokus perhatian adalah langkah-langkah tertentu yang diambil oleh manajemen guna lebih menjamin bahwa organisasi tersedia bagi tenaga kerja yang tepat untuk menduduki berbagai kedudukan, jabatan, dan pekerjaan yang tepat pada waktu yang tepat.

Goel, Kumar, Thakur (2002) menyatakan bahwa tujuan dari perencanaan sumber daya manusia adalah untuk mendesain sumber daya manusia dan utilitasnya untuk menggerakkan sistem sumber daya manusia kesehatan ke suatu kondisi yang lebih baik dan telah ditargetkan sebelumnya di masa depan.

Sedangkan menurut Ilyas (2011), perencanaan SDM adalah proses estimasi terhadap jumlah SDM berdasarkan posisi, keterampilan, dan perilaku yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan. Dengan kata lain, meramalkan atau memperkirakan siapa mengerjakan apa, dengan keahlian apa, kapan dibutuhkannya, dan berapa jumlahnya.

Batasan lain menyebutkan bahwa perencanaan sumber daya manusia adalah merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi permintaan-permintaan (*demand*) bisnis dan lingkungan pada organisasi di waktu yang akan datang, dan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan tenaga kerja yang ditimbulkan oleh kondisi-kondisi tersebut. Dan batasan ini, sekurang-kurangnya ada empat kegiatan dalam perencanaan sumber daya manusia, yaitu:

- a. Persediaan sumber daya manusia pada saat ini
- b. Peramalan (perkiraan) suplai dan permintaan sumber daya manusia
- c. Rencana untuk menambah tenaga kerja yang bermutu
- d. Berbagai prosedur pengawasan dan evaluasi untuk memberikan umpan balik kepada sistem.

Secara lebih sempit lagi, perencanaan sumber daya manusia berarti mengestimasi secara sistematis permintaan (kebutuhan) dan suplai tenaga kerja dari suatu organisasi di waktu yang akan datang. Perencanaan sumber daya manusia di suatu organisasi adalah sangat penting bukan hanya bagi organisasi itu sendiri, tetapi juga bagi tenaga kerja yang bersangkutan dan bagi masyarakat. Keuntungan-keuntungan yang dapat ditarik dari perencanaan sumber daya manusia itu antara lain sebagai berikut:

- a. Mengefektifkan penggunaan sumber daya manusia.
- b. Menyesuaikan kegiatan tenaga kerja dan tujuan organisasi.

- c. Membantu program penarikan tenaga dari bursa atau pasar tenaga kerja secara baik.
- d. Pengadaan tenaga kerja secara ekonomis.
- e. Dapat mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan manajemen sumber daya manusia.
- f. Mengembangkan sistem manajemen sumber daya manusia.

Sedangkan menurut Siagian (2008), manfaat perencanaan sumber daya manusia antara lain:

- 1. Organisasi dapat memanfaatkan sumber daya manusia yang sudah ada dalam organisasi secara lebih baik.
- 2. Produktivitas kerja dari tenaga yang sudah ada dapat ditingkatkan
- 3. Organisasi memperoleh tenaga-tenaga yang benar-benar sesuai dengan kebutuhan
- 4. Adanya penanganan informasi ketenagakerjaan
- 5. Akan timbul pemahaman yang tepat tentang situasi pasar kerja
- 6. Dapat tersusunnya program kerja yang realistic

Goel, Kumar, dan Thakur (2002) menyatakan bahwa terdapat sembilan faktor harus dipertimbangkan dalam penyusunan teknis perencanaan sumber daya manusia:

- a. Waktu yang lama antara munculnya kebutuhan dan adanya suplai sumber daya manusia
- b. Tingginya biaya untuk melakukan pelatihan bagi personel
- c. Perbandingan biaya antara melakukan pelatihan dan *retaining* sumber daya manusia
- d. Migrasi personel teknis
- e. Personel dengan kecakapan khusus tidak akan dapat dengan mudah dicari penggantinya
- f. Adanya kebutuhan untuk menimbulkan kerjasama tim
- g. Adanya kebutuhan akan sistem timbal balik
- h. Adanya kebutuhan untuk menemukan pola dan pendekatan baru dalam perencanaan sumber daya manusia



- i. Adanya kebutuhan untuk desain sistem *appraisal* yang efektif

Aditama (2007) menyatakan bahwa perencanaan sumber daya manusia meliputi *skill inventory*, *job analysis*, *replacement chart*, dan *expert forecast*. *Skill inventory* adalah data rinci setiap karyawan, *job analysis* adalah uraian tugas dan tanggung jawab untuk menduduki jabatan tersebut dan berprestasi optimal. *Replacement chart* adalah suatu diagram yang menggambarkan seluruh jabatan di organisasi, siapa yang menjabat dan siapa yang potensial menggantikan. Sedangkan, *expert forecast* adalah peramalan yang dibuat ahli dengan beberapa teknik tertentu misalnya 3 langkah *Delphi Technique*, dll

Rakich, Longest, dan Darr (1992), menyatakan bahwa perencanaan sumber daya manusia terdiri dari 5 langkah:

1. *Profiling*
2. *Estimating*
3. *Inventorying*
4. *Forecasting*
5. *Planning*

### 2.3 Beban Kerja

Wideman (2002) mengatakan bahwa beban kerja adalah jumlah unit kerja yang ditugaskan pada satu sumber daya dalam periode waktu tertentu. Menurut Kepmenkes Nomer 81/MENKES/SK/I/2004, beban kerja adalah banyaknya jenis pekerjaan yang harus diselesaikan oleh tenaga kesehatan professional dalam satu tahun dalam satu sarana pelayanan kesehatan. Sementara, menurut Kepmenkes yang sama, analisa beban kerja adalah upaya menghitung beban kerja pada satuan kerja dengan cara menjumlah semua beban kerja dan selanjutnya membagi dengan kapasitas kerja perorangan persatuan waktu.

Sedangkan, menurut Keputusan Menteri Pemberdayaan Apratur Negara Nomor KEP/75/M.PAN/7/2004 mengenai pedoman perhitungan kebutuhan pegawai berdasarkan beban kerja dalam rangka penyusunan formasi pegawai negeri sipil, beban kerja adalah sejumlah target pekerjaan atau target hasil yang harus dicapai

dalam satu satuan waktu. Beban kerja merupakan aspek pokok yang menjadi dasar untuk perhitungan kebutuhan pegawai dan perlu ditetapkan melalui program-program unit kerja yang selanjutnya dijabarkan menjadi target pekerjaan untuk setiap jabatan. Sedangkan, hasil analisa kebutuhan pegawai adalah proses yang dilakukan secara logis, teratur, dan berkesinambungan untuk mengetahui jumlah dan kualitas pegawai yang diperlukan.

Penghitungan beban kerja personel perlu dilakukan dengan teknik atau metode yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Dengan mengetahui secara baik cara perhitungan beban kerja diharapkan perencanaan jumlah dan jenis tenaga kerja dapat dilakukan dengan lebih rasional sesuai yang dibutuhkan. Untuk mengetahui beban kerja perlu diketahui waktu yang dibutuhkan untuk produk atau jasa utama yang dihasilkan unit atau personel. Hasil pengukuran beban kerja relatif baik dilakukan oleh pakar yang memang mengetahui secara baik jenis dan tingkat kesulitan pekerjaan (Ilyas, 2011).

Menurut Ilyas (2011) untuk menghitung beban kerja personel ada tiga cara yang dapat digunakan yaitu:

1. *Work sampling*
2. *Time and motion study*
3. *Daily Log*

### ***Work sampling***

Lieber, Levine, dan Darvits (1984) menyatakan bahwa *work sampling* adalah teknik pembuatan serangkaian pengamatan pada interval yang acak, berdasarkan prinsip statika bahwa observasi yang dilakukan secara acak memberikan informasi yang sama lengkapnya dengan informasi yang diberikan dengan cara pengamatan secara kontinyu.

Pada teknik *work sampling* kita dapat mengamati hal-hal yang spesifik tentang pekerjaan sebagai berikut (Ilyas, 2011):

- a. Aktivitas apa yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja

- b. Apakah aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja
- c. Proporsi waktu jam kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif
- d. Pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu, dan jadwal jam kerja.

*Work sampling* awalnya diterapkan pada industri tekstil di Inggris, disebut rasio penundaan. Teknik ini terdiri dari pengecekan titik yang periodik namun sering pada pekerja, alat, atau aktivitas, hasil observasi dicatat kemudian dianalisa. Kegunaan spesifik sampel ini antara lain (Lieber, Levine, Darvitz, 1984):

- a. Mengetahui waktu mesin tidak terpakai
- b. Mengetahui pola penundaan atau gangguan dalam alur kerja
- c. Memastikan konten pekerjaan, membandingkan tugas yang benar diberikan dengan yang secara asli tercatat dalam daftar konten pekerjaan.
- d. Menentukan kesenjangan dalam alur kerja antara apa yang direncanakan dengan apa yang terjadi
- e. Menentukan prosentase dari hari kerja yang digunakan setiap pekerjaan atau aktivitas
- f. Menentukan berapa prosentase dari keseluruhan pekerjaan yang dilakukan masing-masing pekerja
- g. Menentukan faktor penunda dalam penentuan standar kerja

Menurut Ilyas (2011), terdapat beberapa tahapan dalam melakukan teknik *work sampling*. Pertama, kita harus menentukan jenis personel yang ingin kita teliti. Kedua, bila jenis personel berjumlah banyak maka harus dilakukan pemilihan sampel. Pada tahap ini dapat digunakan metode *simple random sampling* untuk mendapatkan populasi sampel. Ketiga, membuat formulir daftar kegiatan personel yang dapat diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif dan kegiatan tidak produktif atau dapat pula dikelompokkan menjadi kegiatan langsung maupun kegiatan tidak langsung. Keempat, melatih pelaksana peneliti tentang cara pengamatan kerja dengan melakukan teknik *work sampling*. Kelima, dilakukannya pengamatan kegiatan dengan interval 2-15 menit tergantung karakteristik pekerjaan. Pengamatan dilakukan

selama jam kerja, jika jam kerja selama 24 jam maka penelitian dilakukan selama 24 jam. Pengamatan dapat dilakukan selama seminggu (7 hari).

Pada *work sampling* yang dilihat hanya apa yang dilakukan dan waktu kegiatannya, bukan personel yang melakukan. Jadi, personel yang diamati tidaklah penting tapi apa yang dikerjakannya yang penting bagi pengamat, dan pengamat dilakukan dari jauh, *work sampling* juga tidak dapat melihat kualitas kerja dari persone. Teknik ini memiliki bias karena orang akan cenderung berperilaku baik jika tahu sedang diamati oleh orang lain secara dekat. Untuk menghindari bias, sebelumnya dapat dijelaskan kepada seluruh personel bahwa bukan personel secara individu yang dinilai, pencatatan baru benar-benar dilakukan hari ke-3 karena hari pertama dan kedua cenderung bias dan harus dilakukan seleksi pelaksana penelitian dengan baik. Dari teknik ini akan didapatkan pola kegiatan berkaitan dengan waktu kerja, kategori kerja, kategori tenaga menurut karakteristik lain seperti demografis dan sosial serta analisa kesesuaian beban kerja dengan jenis tenaga (Ilyas, 2011).

### ***Time and motion study***

Pada teknik ini pelaksana penelitian mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang diamati. Teknik ini bukan saja akan mendapatkan data mengenai beban kerja personel tapi juga mengetahui dengan baik kualitas kerja personel. Pada teknik ini *sampling* biasanya dipilih dengan *purposive sampling*, yang kemudian diamati selama jam kerja oleh pelaksana penelitian (Ilyas, 2011).

Pelaksana penelitian umumnya dipilih yang memiliki kompetensi yang sama dan yang benar-benar mengerti bagaimana cara menjalankan tugas-tugas yang akan diamati dengan baik, benar, dan kompeten agar dapat memberikan penilaian. Pengawasan dilakukan selama 24 jam pada perawat (3 shift).

Salah satu perbedaan antara *time and motion study* dengan *work sampling* adalah pada teknik *time and motion study* adalah teknik ini dapat mengevaluasi tingkat kualitas kerja personel. Kekurangan dari jenis penelitian ini adalah tingkat kesulitannya serta biaya yang mahal sehingga sangat jarang dilakukan. Bias yang

didapatkan sama dengan work sampling, yaitu karena sampel tahu bahwa dirinya sedang diamati.

### ***Daily Log***

Ilyas (2011) menyatakan bahwa *Daily Log* merupakan bentuk sederhana dari *work sampling*, dimana orang yang diteliti menuliskan sendiri kegiatan dan waktu yang digunakan untuk kegiatan tersebut. Penggunaan teknik ini sangat tergantung akan kerjasama dan kejujuran personel yang sedang diteliti.

Dibandingkan dengan *time and motion study*, pendekatan ini relatif lebih murah dan sederhana. Peneliti biasanya membuat lembar isian dan pedoman pengisian untuk kemudian diisi sendiri oleh personel yang sedang diteliti. Sebelum penelitian, peneliti wajib memberikan penjelasan tentang tujuan dan cara pengisian formulir. Dalam *work sampling* yang dipentingkan adalah jenis kegiatan, waktu, dan lamanya kegiatan sedangkan informasi personel tetap menjadi rahasia.

Dengan menggunakan formulir kegiatan dapat dicatat jenis kegiatan, waktu dan lamanya kegiatan dilakukan. Hasil analisa *Daily Log* akan dapat menunjukkan kapan beban kerja tinggi serta apa jenis pekerjaan yang membutuhkan waktu banyak.

#### **2.3.1 Hitung Beban Kerja Metode Ilyas**

Metode Ilyas dapat menghitung beban kerja personel dengan cepat dengan tingkat akurasi yang tinggi sehingga menghasilkan informasi yang dapat dipercaya untuk pengambilan keputusan manajemen. Metode ini dapat menghitung kebutuhan personel dengan mudah, murah, cepat, dan tepat serta memiliki tingkat validitas dan realibilitas yang tinggi dan telah diuji coba oleh berbagai institusi dengan hasil yang baik (Ilyas, 2011).

Metode Ilyas menggunakan pendekatan *demand*. Artinya metode ini menghitung beban kerja yang harus dikerjakan atas dasar permintaan untuk menghasilkan unit produk atau jasa per waktu yang dibutuhkan. Dengan demikian, beban kerja tergantung juga volume transaksi bisnis yang harus dilakukan oleh setiap tenaga kerja atau unt organisasi.

Untuk menghitung beban kerja personel organisasi dibutuhkan informasi yang akurat tentang hal dibawah ini (Ilyas, 2011):

- Kejelasan transaksi bisnis utama atau penunjang setiap personel dan unit organisasi.
- Kejelasan waktu yang dibutuhkan untuk setiap transaksi bisnis utama atau penunjang
- Jenis dan jumlah transaksi bisnis per hari, per minggu, per bulan, atau per tahun
- Jumlah jam kerja efektif (produktif) per hari pada organisasi
- Jumlah hari kerja efektif dalam setahun organisasi

Formula penghitungan beban kerja unit atau personel per hari menurut Ilyas sebagai berikut (Ilyas, 2011):

$$\text{Beban Kerja/hari} = \text{B.Ki-j} = \text{JT} \times \text{W.T}$$

Keterangan:

- B.Ki-j : jenis beban kerja
- J.T : jumlah transaksi per hari
- W.T : waktu (menit atau jam) untuk setiap jenis transaksi

### 2.3.2 Pengukuran kerja

Menurut ILO (*International Labour Office*, 1983), pengukuran kerja adalah penerapan teknik yang direncanakan untuk menetapkan waktu bagi pekerja yang memenuhi syarat untuk menyelesaikan pekerjaan tertentu pada tingkat prestasi yang telah ditetapkan. Adapun berbagai macam waktu yang digunakan dalam pengukuran kerja adalah:

#### 1. Waktu standar

Menurut ILO (1983), waktu standar adalah jumlah waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan menurut prestasi standar, yaitu isi kerja, kelonggaran untuk hal-hal tak terduga karena kelambatan, waktu kosong, dan kelonggaran gangguan, bila terjadi.

Ketentuan dari Departemen Tenaga Kerja (2003), sesuai dengan Undang-Undang No. 13 Tahun 2003 Tentang Tenaga Kerja, untuk yang bertugas selama 7 jam sehari dan 40 jam perminggu adalah 6 hari kerja dalam seminggu, sedangkan yang bertugas 8 jam perhari dan 40 jam perminggu adalah 5 hari kerja dalam seminggu. Setiap melaksanakan pekerjaan 4 jam terus menerus pekerja mendapatkan waktu istirahat 30 menit. Ketentuan ini telah ditetapkan oleh Pemerintah dalam Undang-Undang No. 13 tahun 2003, pasal 77.

## 2. Waktu Produktif

Menurut ILO (1975), yang dianggap ruang lingkup waktu produktif dan tidak produktif adalah sebagai berikut:

### a. Waktu produktif

- 1) Waktu kerja dasar, yaitu waktu kerja minimum mutlak yang dibutuhkan untuk menghasilkan suatu kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan perencanaan dan tidak dapat diperkecil ataupun diperbesar. Secara teoritis waktu kerja ini dapat dikemukakan namun dalam kenyataannya dilapangan hampir tidak pernah terjadi, bahkan diperlukan waktu tambahan.
- 2) Waktu kerja tambahan, yaitu waktu yang dibutuhkan karena adanya kelemahan dalam peraturan, termasuk kelemahan metode, tidak adanya prosedur, dan lain-lain.

### b. Waktu kerja non produktif

Waktu kerja yang terbuang, yang menyebabkan terhentinya suatu proses atau operasional kegiatan, akibatnya:

- 1) Kelemahan pimpinan dalam menjalankan fungsi manajemen seperti dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan.
- 2) Sikap pekerja yang kurang baik, tidak masuk kerja, terlambat datang, ngobrol, aktifitas rendah, dan sebagainya.

Lawyor (1998) membagi waktu kerja dalam *Productive Work* (pekerjaan produktif), *Ancillary Work* (pekerjaan pendukung), *Idle Work* (waktu menganggur), dan *Lost Time* (waktu yang hilang).

Menurut ILO (1983) bahwa para pekerja tidak dapat terus menerus bekerja, tetapi ada kelonggaran yang diperbolehkan untuk mengadakan interupsi di dalam jam kerja sebesar 15% dari waktu kerja yang seharusnya. Angka tersebut diperoleh dari rata-rata perkenaan tetap untuk keletihan dasar dan keletihan pribadi sebesar 10% serta perkenaan penundaan untuk hal-hal yang tidak terduga sebesar 5%. Dengan demikian, waktu kerja produktif adalah sebesar 95% yang diperoleh dari total waktu kerja 100%.

Ilyas (2004), menyatakan bahwa waktu kerja produktif yang optimum berkisar sekitar 80% dari total waktu yang tersedia, karena tidak mungkin mengharapkan pekerja bekerja secara maksimum.

#### **2.4 Permintaan Sumber Daya Manusia**

Kebutuhan (*demand*) atau permintaan akan sumber daya manusia oleh suatu organisasi adalah merupakan ramalan kebutuhan organisasi itu untuk waktu yang akan datang. Ramalan kebutuhan akan sumber daya ini bukan sekadar kuantitas atau jumlah saja, tetapi juga menyangkut soal kualitas. Dalam meramalkan kebutuhan sumber daya manusia yang akan datang perlu memperhitungkan faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan organisasi itu, baik faktor internal maupun faktor eksternal. Faktor internal adalah faktor dari dalam organisasi itu sendiri, misalnya: persediaan tenaga, rencana pengembangan organisasi, dan sebagainya. Sedangkan, faktor eksternal berasal dari lingkungan di luar organisasi itu.

Faktor-faktor yang mempengaruhi dan harus diperhitungkan dalam membuat ramalan kebutuhan sumber daya manusia pada waktu yang akan datang antara lain:

- a. Lingkungan eksternal ekonomi.  
Sosial politik dan budaya.  
Hukum dan peraturan-peraturan.  
Perkembangan ilmu dan teknologi.



Persaingan antarorganisasi.

b. Organisasi (internal)

Rencana-rencana pengembangan.

Anggaran atau pembiayaan-pembiayaan.

Desain organisasi.

Perluasan usaha, dan sebagainya.

c. Persediaan karyawan

Karyawan yang akan pensiun.

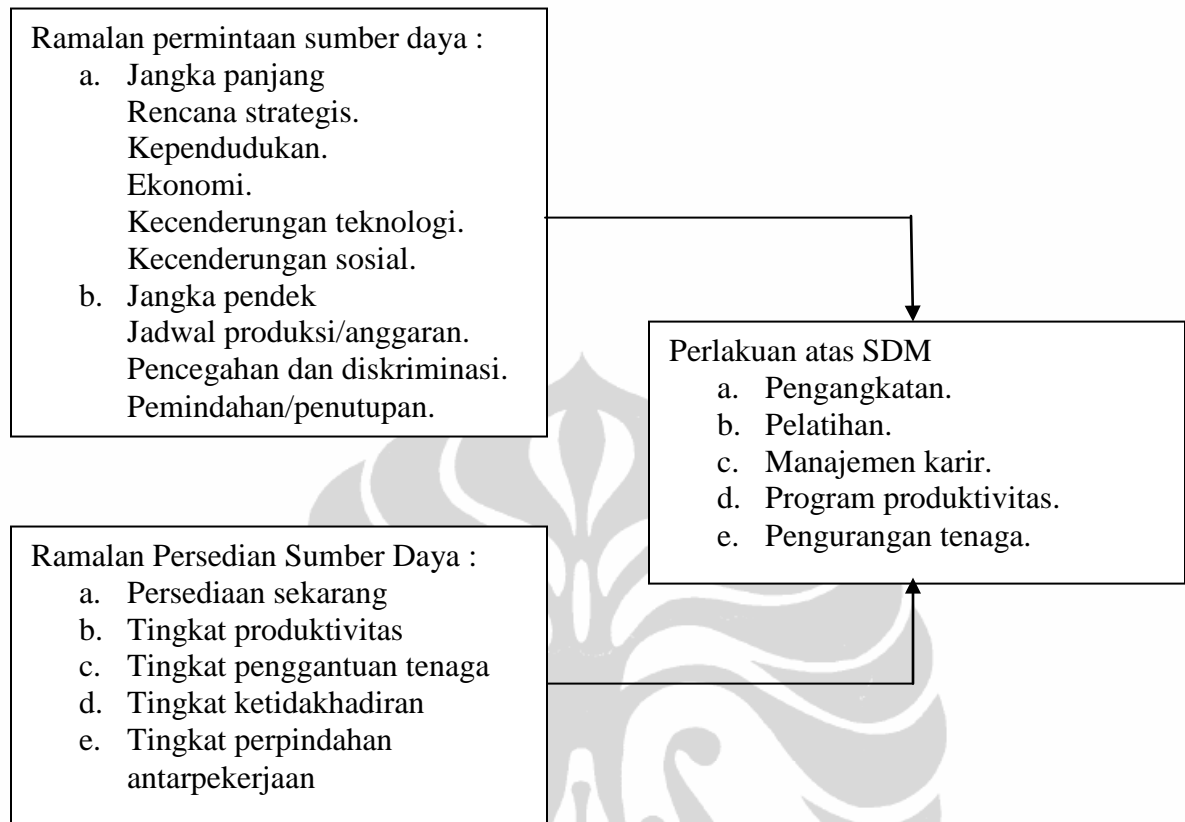
Pengunduran diri karyawan.

Kematian, dan sebagainya.

Peramalan (*forecast*) kebutuhan sumber daya manusia secara terinci dapat dibagi menjadi 3, yakni:

1. Peramalan permintaan sumber daya manusia,
2. Peramalan persediaan sumber daya manusia, dan
3. Perlakuan atas sumber daya manusia.

Peramalan sumber daya manusia secara terinci dan skematis dapat diikuti ilustrasi berikut:



Gambar 2.1  
Peramalan Sumber Daya Manusia

Dari ilustrasi ramalan kebutuhan sumber daya manusia tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Ramalan permintaan sumber daya manusia

Ramalan akan kebutuhan atau permintaan ini sebaiknya dibagi kedalam permintaan jangka panjang dan permintaan jangka pendek. Dalam membuat ramalan permintaan ini perlu mempertimbangkan atau memperhitungkan: rencana strategis organisasi, perkembangan penduduk, perkembangan ekonomi, perkembangan teknologi, serta kecenderungan perubahan-perubahan sosial didalam masyarakat.

b. Ramalan persediaan sumber daya manusia

Dalam membuat ramalan persediaan sumber daya manusia ini perlu memperhitungkan antara lain: persediaan sumber daya manusia yang sudah

ada sekarang ini baik jumlah maupun kualifikasinya, tingkat produksi atau efektivitas kerja sumber daya yang ada tersebut, tingkat pergantian tenaga, angka absensi karyawan atau tenaga kerja, dan tingkat rotasi atau perpindahan kerja.

c. Perlakuan atas sumber daya manusia

Berdasarkan perhitungan atau ramalan kebutuhan di suatu pihak, dan ramalan persediaan sumber daya manusia yang ada saat ini di pihak lain, maka perlu tindak lanjut yaitu perlakuan (tindakan) yang akan diambil. Ramalan perlakuan ini misalnya: pengangkatan pegawai baru, penambahan kemampuan terhadap pegawai yang sudah ada melalui pelatihan, pengurangan pegawai, dan sebagainya.

#### 2.4.1 Analisis Persediaan

Dalam analisis persediaan ada beberapa komponen yang harus diperhatikan antara lain (Ilyas, 2011):

- a. Jumlah dan jenis tenaga yang ada
- b. Jumlah personel yang keluar karena meninggal, pensiun, pindah, dan tugas belajar
- c. Jumlah personel yang masuk karena pindah dari tempat lain dan aktif kembali

Dari uraian diatas dapat dikembangkan formula perkiraan jumlah tenaga rumah sakit masa depan sebagai berikut (Ilyas, 2011):

$$\sum \text{SDM masa depan} = \text{SDM saat ini} + (\text{Estimasi per(+)-an SDM} - \text{Estimasi (-)-an SDM})$$

#### 2.4.2 Analisis Kebutuhan Tenaga

Terdapat beberapa metode untuk menghitung kebutuhan personel rumah sakit (Ilyas, 2011):

1. Berdasarkan kebutuhan pelayanan kesehatan
2. Berdasarkan target pelayanan kesehatan

3. Berdasarkan permintaan (*demand*) pelayanan kesehatan
4. Berdasarkan rasio tenaga dan tempat tidur

### Metode Perhitungan Personel Rumah Sakit

Dari penelusuran kepustakaan, ada beberapa metode dan formula dalam menghitung kebutuhan personel rumah sakit. Pada penelitian ini akan disampaikan secara ringkas dan jelas bagaimana seorang manajer rumah sakit dapat menghitung jumlah personel yang dibutuhkan.

### Metode Rasio

Menggunakan jumlah tempat tidur sebagai indikator personel yang diperlukan. Metode ini paling sering dipakai karena sederhana dan mudah. Sebagai contoh dari metode ini adalah perhitungan personel rumah sakit dengan menggunakan standar yang ditentukan SK Menteri Kesehatan No. 262/Menkes/Per/VII/1979. Pada metode ditentukan jumlah dan jenis personel yang harus disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan tipe Rumah Sakit. Dengan metode ini hanya dapat diketahui jumlah personel secara total, tetapi tidak dapat mengetahui produktivitas SDM, situasi *demand and supply* SDM rumah sakit, dan kapan personel tersebut dibutuhkan oleh setiap unit atau bagian rumah sakit. Tabel 1 memberikan informasi rasio tempat tidur dan personel dari setiap tipe rumah sakit.

Tipe RS	TM/TT	TPP/TT	TNPP/TT	T NON P/TT
A & B	1/(4-7)	(3-4)/2	1/3	1/1
C	1/9	1/1	1/5	$\frac{3}{4}$
D	1/15	$\frac{1}{2}$	1/6	$\frac{2}{3}$
E	Disesuaikan			

Tabel 2.1 Rasio Tempat Tidur dan Personel Rumah Sakit

Catatan:

TM = Tenaga Medis

TPP = Tenaga Paramedis Perawatan

TNPP	= Tenaga Non Medis Perawatan
T Non P	= Tenaga Non Perawatan
TT	= Tempat Tidur

### **Metode Kebutuhan (*Need*)**

Pada metode *Need* penghitungan jumlah dan jenis tenaga lebih didasari oleh *judgement* pakar yang mendalami masalah dan perencanaan SDM kesehatan. Untuk mengambil keputusan para ahli, pertama, harus diketahui secara akurat data demografi seperti jumlah penduduk, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan lain-lain. Kedua, dibutuhkan data epidemiologis dan statistika kesehatan untuk melihat kecenderungan penyakit yang diderita penduduk. Selanjutnya para ahli akan menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan penduduk dan menerjemahkannya pada kebutuhan tenaga kesehatan (Ilyas, 2011).

Dengan metode ini, manajer dan professional dapat menghitung kebutuhan personel sesuai kebutuhan dengan tujuan pelayanan rumah sakit yang ditentukan. Untuk menghitung jumlah dan jenis tenaga personel diperlukan informasi tentang pelayanan yang akan dibutuhkan pasien di rumah sakit. Diperlukan deskripsi tugas atau pekerjaan apa saja yang harus dilakukan oleh spesifik personel untuk melayani pasien dan berapa lama waktu untuk menyelesaikan tugas tersebut. Dengan diketahuinya jumlah pasien, maka dapat dihitung beban waktu kerja, yaitu jumlah waktu kerja kumulatif per hari yang dibutuhkan secara spesifik personel untuk pelayanan tersebut. Informasi beban waktu kerja dan standar waktu kerja per hari kemudian digunakan sebagai pedoman untuk menghitung kebutuhan spesifik untuk pelayanan kesehatan di rumah sakit. Secara sederhana cara perhitungan personel adalah melakukan transfer beban waktu kerja kepada jumlah personel dengan memperlihatkan standar waktu kerja personel di rumah sakit. Sebagai contoh: dari data mendapatkan beban waktu perawatan untuk bayi baru lahir adalah 2.5 jam perhari, jumlah persalinan 20 kali perhari, maka beban waktu kerja adalah  $2.5 \times 20 =$

50 jam perawatan perhari. Bila jam kerja efektif setiap perawat adalah 7 jam/hari, maka jumlah perawat yang dibutuhkan adalah  $50 : 7 = 7$  perawat bayi.

Pendekatan penghitungan tenaga ini mempunyai beberapa keuntungan antara lain:

- Ilmiah, logis, dan konsisten dengan etika medis dan kesehatan
- Mendorong usaha pengukuran produktivitas dan pemanfaat personel
- Mendorong ke arah peningkatan kualitas pelayanan kesehatan
- Mendorong usaha pelayanan kesehatan lebih *cost effective*
- Mendorong usaha menilai manfaat dan biaya teknologi kesehatan

Sedangkan kelemahan metode ini (Ilyas, 2011):

- Sulit, mahal, dan membutuhkan data luas dan rinci
- Standarisasi pelayanan sulit dan tidak mudah dicapai komitmen
- Standarisasi biasanya membutuhkan pelayanan yang komprehensif dan melebihi sumber dana yang tersedia
- Biasanya banyak didasari pertimbangan kaidah-kaidah kedokteran kuratif

### **Metode Permintaan (*Demand*)**

*Demand* terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh bermacam-macam faktor, antara lain demografi, pendapatan, status kesehatan, akestabilitas, ketersediaan, produktivitas, teknologi kesehatan, dan pengetahuan terhadap pelayanan kesehatan modern. *Demand* juga dapat dipengaruhi oleh faktor pemasaran, yaitu adanya peningkatan pada *supply induced demand*. *Demand* dapat juga lebih rendah dari *needs*, misalnya pada pelayanan penyakit TBC, kelamin atau sakit jiwa (Ilyas, 2011).

*Demand* menurut pakar Ekonomi kesehatan adalah ukuran dimana pembeli bersedia membeli dengan harga tertentu, sejumlah barang atau jasa tertentu dan dengan harga tertentu. *Demand* akan tergantung pada kesediaan masyarakat untuk membeli produk jasa kesehatan sesuai dengan tingkat harga dan kemampuan masyarakat sendiri. Penentuan kebutuhan personal dengan pendekatan *demand*, yang penting adalah menerjemahkan pelayanan kesehatan yang dibeli atau dikonsumsi oleh

masyarakat. Selanjutnya, pelayanan kesehatan juga dibutuhkan dihitung beban kerjanya dan ditransfer kepada jenis dan jumlah personel rumah sakit yang dibutuhkan (Ilyas, 2011).

Menghitung personel rumah sakit dengan metode ini berdasarkan informasi nyata tentang jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diminta oleh pasien. Pada metode ini perhitungan waktu per pasien untuk setiap pekerjaan personel didukung oleh data penelitian. Jadi untuk setiap langkah pekerjaan untuk melayani permintaan pasien oleh spesifik personel rumah sakit dihitung dan dikalikan dengan jumlah pasien yang harus dilayani, didapati waktu beban kerja untuk personel tersebut.

Sebagai contoh hasil penelitian rumah sakit di Filipina menghasilkan data sebagai berikut:

Jenis Pelayanan	Rata-rata Jam Perawatan/pasien/hari
Non Bedah	3,4
Bedah	3,5
Campuran bedah dan non bedah	3,5
Post Partum	3,0
Bayi baru lahir	2,5

Tabel 2.2 Rata-rata jam perawatan terhadap jenis pelayanan

Bila kita mendapat data penelitian seperti diatas dan mengetahui jumlah pasien per hari untuk setiap jenis pelayanan, maka akan didapatkan beban waktu kerja kumulatif untuk spesifik personel. Selanjutnya perhitungan tenaga seperti perhitungan pada metode *need*.

### Metode Target

Pada metode target penghitungan jenis dan tenaga lebih didasari oleh *judgement* pakar yang mengetahui secara cermat tentang masalah kesehatan, jenis dan beban pelayanan, kemampuan dan sumber daya yang tersedia. Proses pelaksanaan atau tahapan untuk penghitungan tenaga yang dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan tertentu relatif sama dengan metode *need*. Target biasanya berpedoman pada

pendapat para ahli tentang target pelayanan kesehatan yang dibutuhkan penduduk di suatu wilayah tertentu yang ditentukan oleh para pakar (Ilyas, 2011).

### Formula Ilyas

Formula hitung kebutuhan SDM unit dapat bekerja dengan baik dengan syarat Manajer atau penanggung jawab pekerjaan dapat menentukan dengan akurat jenis, jumlah, dan waktu transaksi bisnis dan tidak terjadi duplikasi kegiatan. Manajer dapat menghitung beban kerja setiap unit per hari dalam stuan menit atau jam per hari kerja. Dengan mengetahui komponen tersebut dapat dikembangkan formula menghitung SDM per hari sebagai berikut:

$$\sum \text{SDM/hari} = \{(\text{B.Ki.j} = \text{JT} \times \text{W.T}) : \text{JKE}\}$$

Dimana:

- B.Ki.j : jenis beban kerja
- J.T : jumlah transaksi per hari
- W.T : waktu (menit atau jam) yang dibutuhkan untuk setiap jenis transaksi
- J.K.E : jam kerja efektif SDM per hari
- Jumlah hari kerja per tahun

### Metode *Indicator of Staffing Need (ISN)*

Menentukan kebutuhan tenaga kesehatan bukanlah hal yang mudah, karena kebutuhan akan tenaga sangat dipengaruhi oleh banyak faktor seperti jumlah dan distribusi penduduk, perubahan masalah kesehatan, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, kemampuan pemerintah, permintaan masyarakat, peran kelompok profesi, dan lain-lain. Masalah kesehatan selalu berubah dan sangat kompleks sifatnya. Perubahan tersebut menyebabkan pula berubahnya cara penanganan masalah. Permintaan masyarakat akan pelayanan kesehatan secara kualitatif dan kuantitaif akan meningkat dengan bertambah majunya tingkat hidup masyarakat. Ilmu pengetahuan dan teknologi menyebabkan menjadi lebih spesialisik dan



menggunakan alat-alat yang lebih canggih. Pada gilirannya masyarakat profesi, secara tidak disadari mempengaruhi pola permintaan masyarakat akan pelayanan kesehatan.

Untuk dapat mengetahui tepat pada waktunya jumlah dan jenis tenaga yang diperlukan, jenis tenaga mana yang berlebih atau pun kekurangan pada suatu sarana kesehatan tertentu. Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan dengan pendekatan metode ISN didasarkan pada indikator beban kerja riil dan ratio kapasitas seseorang dalam melakukan tugasnya pada suatu sarana kesehatan.

Formula ISN telah dikembangkan sejak tahun 1985 oleh 8 kelompok kerja ISN berdasarkan hasil uji coba lapangan di 6 Propinsi, yaitu DKI Jakarta, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Selatan, Sulawesi Utara, dan Sumatera Selatan. Formula ISN ini mencakup seluruh tenaga kerja kesehatan yang ada di berbagai sarana kesehatan dalam lingkungan Departemen Kesehatan dan Pemda. Metode ISN merupakan bagian dari metode "*health service target*" tersebut diatas yang telah disederhanakan. Metode ISN menetapkan jumlah tenaga berdasarkan jenis kegiatan dan volume pelayanan pada suatu sarana kesehatan. Setiap sarana kesehatan harus memproyeksikan kegiatan-kegiatan atau keluaran apa yang hendak dihasilkan pada masa mendatang untuk memproyeksikan kebutuhan tenaganya. Dengan menetapkan dan menilai kegiatan pada masa sekarang, seseorang dapat menentukan apakah keadaan tenaga pada saat ini telah mencukupi, kurang, atau berlebih. Untuk suatu sarana yang baru, perhitungan tenaganya didasarkan pada standar minimal yang biasanya dihitung dengan perkiraan kasar berdasarkan jenis pelayanan dan peralatan yang digunakan. Kemudian penyesuaian dan tambahan tenaga dilakukan berdasarkan beban kerja nyata setelah kegiatan berjalan. Ada tiga faktor utama dalam formula ISN ini yang perlu mendapat perhatian:

1. Beban kerja

Beban kerja yang dipilih dan dimasukkan dalam formula ISN adalah beban kerja yang dapat mewakili sekian banyak kegiatan yang dilakukan oleh setiap jenis tenaga. Harus diusahakan agar beban kerja utama yang terpilih sesedikit mungkin, maksimum 5, karena kalau tidak demikian maka formulanya akan menjadi sangat rumit.

Indikator beban kerja merupakan pembilang dan sebagai variable berubah dalam formula ISN. Indikator beban kerja dihitung berdasarkan hasil pelaksanaan yang dapat dicapai oleh masing-masing tenaga, selama satu tahun kalender. Untuk jenis tenaga yang sama yang bertugas pada sarana kesehatan yang berbeda jenis dan kelasnya, indikator beban kerja dan kapasitasnya berbeda pula.

## 2. Bobot

Yang dimaksud bobot adalah suatu nilai tertentu yang memungkinkan penjumlahan antara hasil kegiatan yang satu dengan hasil kegiatan lainnya yang berbeda koefisiennya. Misalnya, antara jumlah kunjungan rawat jalan dengan jumlah kunjungan ke posyandu atau sekolah. Dalam menentukan besarnya bobot ini sudah diperhitungkan faktor geografis, faktor jarak, dan faktor waktu yang dibutuhkan dalam pelaksanaan tugas.

## 3. Kapasitas

Yang dimaksud kapasitas adalah kemampuan wajar masing-masing jenis tenaga dalam mengemban beban kerja yang ada selama satu tahun kalender. Angka kapasitas ini dihitung berdasarkan data uji coba lapangan. Angka kapasitas merupakan penyebut atau variable tetap dalam formula ISN. Kapasitas setiap jenis tenaga dimanapun ia ditempatkan asalkan pada sarana kesehatan yang sejenis dan kelasnya sama, akan sama kapasitasnya. Untuk jenis tenaga yang sama, tetapi bertugas pada sarana kesehatan yang berlainan jenis dan kelasnya, kapasitasnya berbeda.

Secara umum formula ISN dapat digambarkan sebagai berikut:

$$\text{Jumlah kebutuhan jenis tenaga "X"} = \frac{\text{jumlah beban kerja/tahun}}{\text{kapasitas tenaga kerja "X"/tahun}} \times \text{bobot} = \dots \text{orang}$$

Outputnya = jumlah jenis tenaga "X" yang dibutuhkan

### 2.4.3 Pengadaan (*Supply*) Sumber Daya Manusia

Setelah organisasi melakukan proyeksi kebutuhan sumber daya manusia dalam waktu tertentu, langkah selanjutnya adalah pemenuhan lowongan yang

dibutuhkan tersebut. Lowongan atau permintaan ini dapat dipenuhi dari dua sumber, yakni dapat berasal dari para karyawan yang ada didalam organisasi itu sendiri yang akan dialih tugaskan atau dipromosikan, atau dari luar organisasi yang bersangkutan. Sumber daya manusia yang berasal dari luar organisasi pada hakikatnya adalah orang-orang yang belum bekerja dan karyawan dari organisasi lain.

#### 2.4.4 Perkiraan Suplai Internal

Perkiraan suplai internal ini mempunyai aspek yang lebih luas lagi dan bukan sekadar memperkirakan jumlah tenaga yang ada, melainkan termasuk tinjauan untuk mengevaluasi kemampuan para karyawan yang ada saat ini. Hasil dari tinjauan kemampuan ini untuk mencari kemungkinan-kemungkinan di antara karyawan yang sudah ada untuk dipromosikan atau dipindahkan dari bagian yang satu ke bagian yang lain yang lebih cocok di waktu yang akan datang. Perkiraan suplai internal ini ada tiga teknik atau cara, yaitu:

a. Inventarisasi Sumber Daya Manusia

Perkiraan ini mencakup kegiatan-kegiatan: menghitung jumlah sumber daya yang ada saat ini (persediaan), membuat daftar kemampuan dan keterampilan setiap karyawan, dan jenis-jenis kemampuan yang belum dimiliki oleh karyawan. Inventarisasi kemampuan ini menghasilkan 2 klasifikasi, yakni: 1) bukan manajer (*skill inventories*), 2) kemampuan manajer (*management inventories*). Kegiatan inventarisasi sumber daya manusia ini sangat penting dalam rangka mencari bibit-bibit pimpinan organisasi, dan juga berguna bagi pemanfaatan sumber daya manusia ini dilakukan secara periodik atau diperbaharui. Hal ini penting karena dengan bertambahnya kemampuan baru yang diperoleh karyawan baik melalui jalur pendidikan formal maupun non-formal perlu diperhitungkan oleh suatu organisasi.

b. Bagan penempatan (*Replacement charts*)

Bagan penempatan adalah suatu penyajian secara visual dan skematis tentang penggantian karyawan, dan pengisian lowongan pekerjaan. Bagan ini antara lain dapat menunjukkan karyawan mana yang telah siap dan perlu untuk

dipromosikan, dan juga membantu manajemen puncak untuk memvisualisasikan jalur-jalur karir alternatif bagi karyawan. Informasi untuk membuat bagan ini berasal dari hasil inventarisasi sumber daya manusia tersebut. Bagan ini penting untuk membantu perencanaan sumber daya manusia dalam organisasi.

c. Analisis Markov

Didalam sistem kepegawaian (manajemen sumber daya manusia) secara umum terdapat 5 pergantian atau perubahan yang dialami oleh karyawan, yakni: pindah, naik pangkat, turun pangkat, keluar, dan perubahan kemampuan akibat pendidikan atau pelatihan. Dari analisis perubahan-perubahan yang terjadi pada tahun-tahun sebelumnya dapat dihasilkan suatu pola tertentu, dan oleh Markov dapat dipakai untuk memproyeksikan suplai karyawan atau sumber daya manusia pada waktu yang akan datang.

Agar dapat mengimplementasikan model Markov ini diperlukan data dari beberapa periode yang telah lalu, dan dirata-ratakan untuk menentukan probabilitas yang dapat meramalkan suplai sumber daya manusia pada beberapa waktu yang akan datang. Model ini didasarkan pada asumsi bahwa transisi selalu tetap sepanjang waktu. Pada kenyataannya, perubahan-perubahan tersebut tidak stabil, sehingga hal ini merupakan kelemahan model tersebut.

#### 2.4.5 Perkiraan Suplai Eksternal

Dalam suatu organisasi, tidak semua kebutuhan atau lowongan dapat dipenuhi oleh tersedianya karyawan yang ada dalam organisasi itu sendiri. Oleh sebab itu, untuk memenuhi kebutuhan tersebut organisasi harus mencari dari pasaran kerja di luar (*labour market*). Oleh sebab itu estimasi suplai ini diperoleh dari pasaran kerja. Estimasi eksternal harus memperhatikan kecenderungan kependudukan dan sikap masyarakat terhadap organisasi yang bersangkutan.

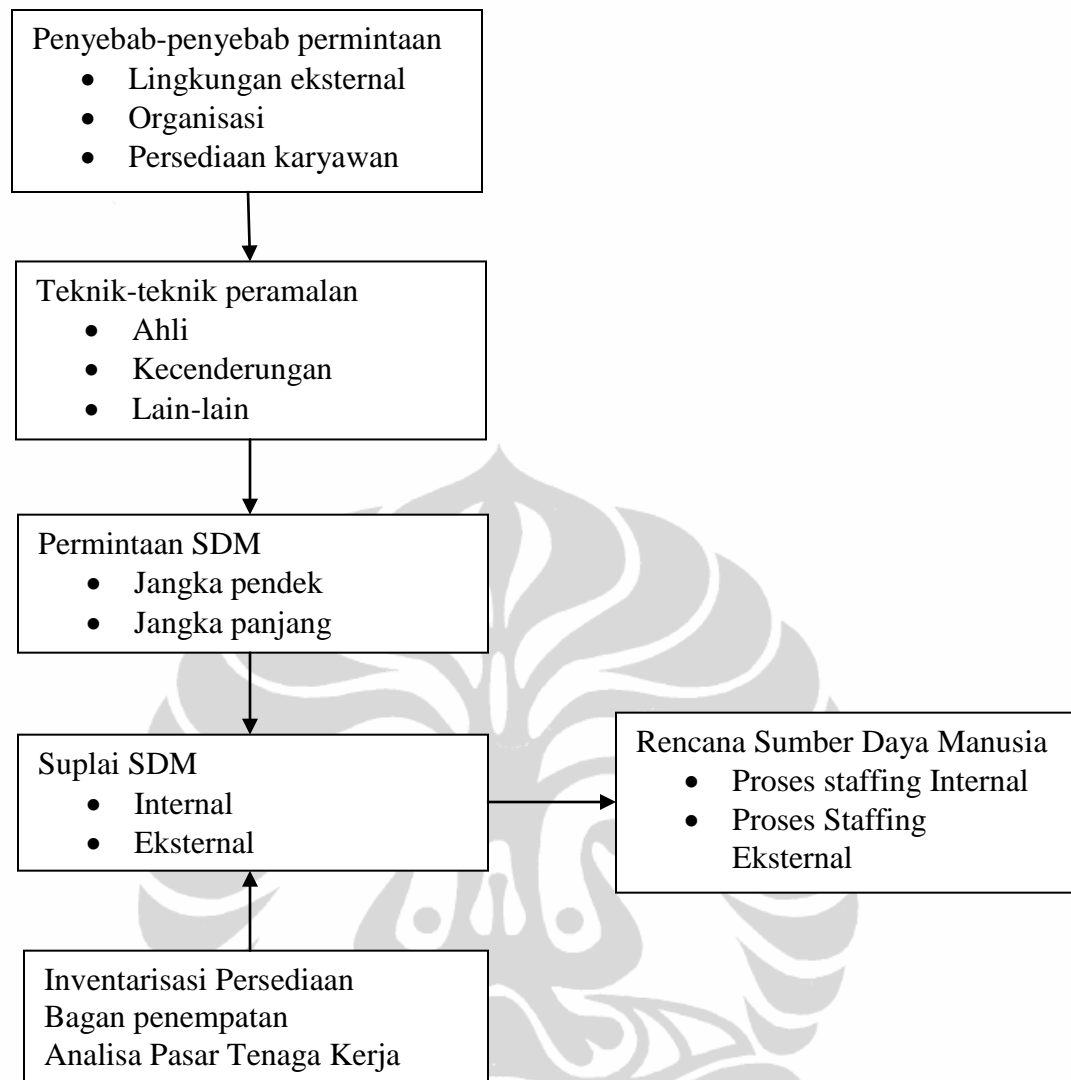
Analisis suplai eksternal sumber daya manusia ini didasarkan pada informasi, antara lain iklan-iklan dari media massa, publikasi-publikasi, bursa tenaga kerja, lembaga-lembaga pendidikan, pelatihan, dan sebagainya. Dalam rangka memperoleh

informasi sumber daya perlu menjalin kerja sama dengan lembaga-lembaga pendidikan yang bermutu.

#### **2.4.6 Sistem Perencanaan Sumber Daya Manusia**

Telah diuraikan diatas bahwa sistem perencanaan sumber daya manusia pada pokoknya meliputi perkiraan, permintaan, dan suplai karyawan atau tenaga di suatu organisasi. Dari uraian itu, secara terinci dapat disimpulkan bahwa kegiatan perencanaan sumber daya manusia terdiri dari 4 kegiatan yang saling berkaitan, yakni:

- a. Inventarisasi persediaan sumber daya manusia  
Yaitu menelaah dan menilai sumber daya manusia yang ada atau tersedia saat ini (tentang jumlahnya, kemampuannya, keterampilannya, dan potensi pengembangannya), serta menganalisis penggunaan sumber daya sekarang ini.
- b. Perkiraan (peramalan) sumber daya manusia  
Melakukan prediksi atau taksiran kebutuhan (permintaan) dan penawaran (suplai) sumber daya manusia di waktu yang akan datang, baik jumlah (kuantitas), maupun kualitasnya.
- c. Menyusun rencana sumber daya manusia  
Memadukan kebutuhan (permintaan) dengan penawaran (suplai) sumber daya manusia, melalui rekrutmen (penarikan), seleksi, pelatihan, penempatan, pemindahan, promosi, dan pengembangan.
- d. Monitoring dan evaluasi  
Untuk memberikan umpan balik terhadap pencapaian tujuan sasaran perencanaan sumber daya manusia, perlu disusun rencana monitoring dan evaluasi serta indikator monitoring dan evaluasi tersebut. Secara visual, sistem perencanaan sumber daya manusia seperti telah diuraikan tersebut dapat digambarkan seperti dibawah ini.



Gambar 2.2

Dimensi Permintaan dan Suplai dalam Perencanaan Sumber Daya manusia

## 2.5 Asuransi Kesehatan

### 2.5.1 Definisi Asuransi kesehatan

Salah satu definisi yang cukup komprehensif tentang asuransi adalah yang dikemukakan oleh Athern (1960) yaitu sebagai berikut:

“Asuransi adalah salah satu instrumen sosial yang menggabungkan risiko individu menjadi risiko kelompok dan menggunakan dana yang dikumpulkan oleh kelompok tersebut untuk membayar kerugian yang diderita. Esensi asuransi adalah suatu instrumen sosial yang melakukan kegiatan pengumpulan dana secara sukarela,

mencakup kelompok resiko dan setiap individu atau badan yang menjadi anggotanya mengalihkan setiap resiko kepada seluruh kelompok.”

Adapun, Black dan Skipper (1994) menyampaikan dua komponen penting pada asuransi kesehatan, yaitu transfer risiko dari individu kepada kelompok dan berbagi kerugaian (*Sharing of Losses*) diantara anggota kelompok. Berdasarkan pengertian tersebut, mereka mendefinisikan asuransi kesehatan sebagai berikut:

*“...a sosial insurance where by individuals transfer the financial risks associated with loss of helath to group of individuals, and which involves the accumulation of funds by the group from these individuals to meet the uncertain financial losses from an illness or for prevention of an illness”.*

Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (*Health Insuransce Association of America/HIAA*) mendefinisikan asuransi kesehatan sebagai:

*“...Plan of risk management that, for aprice, offers the insured an opportunity to share the costs of possible economic loss through an entity called an insurer. An insurer is a pary 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 men-transfer resiko. Oleh karenanya, sebuah *Health Maintenance Organization* (HMO) termasuk dalam kategori insurer.

Selanjutnya, Undang-Undang Republik Indonesia No. 2/1992 tentang asuransi memberikan definisi sebagai berikut:

*“...Asuransi adalah perjanjian antara kedua belah 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”.

### 2.5.2 Prinsip Asuransi Kesehatan

Agar konsep operasional asuransi dapat berjalan baik, ada beberapa prinsip yang harus diperhatikan, antara lain:

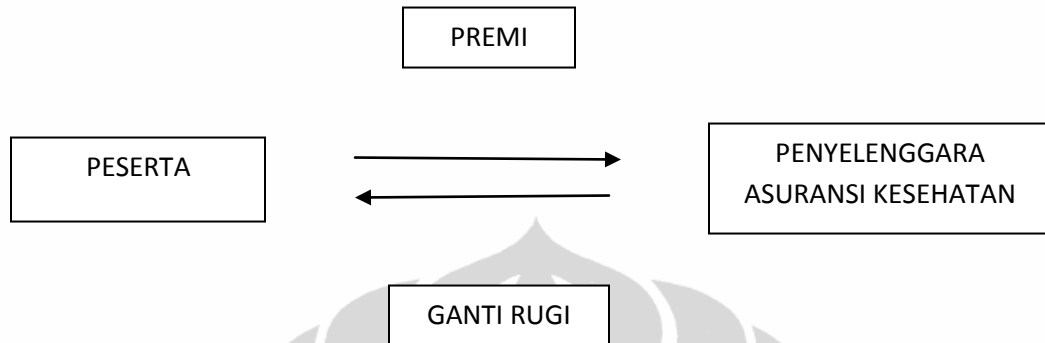
1. Asuransi kesehatan adalah suatu sistem pembiayaan kesehatan yang berjalan berdasarkan konsep risiko. Masyarakat bersama-sama menjadi anggota asuransi kesehatan dengan dasar bahwa keadaan sakit merupakan kondisi yang mungkin terjadi di masa mendatang sebagai suatu resiko kehidupan. Sehingga dalam hal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

### 2.5.3 Bentuk-Bentuk Asuransi Kesehatan

Bentuk asuransi kesehatan yang berkembang sampai sekarang dapat dikelompokkan ke dalam 2 kelompok, yaitu bentuk asuransi kesehatan tradisional dengan sistem *reimbursement* dan bentuk asuransi kesehatan *managed care* dengan sistem pelayanan kesehatan oleh jaringan PPK. Untuk bentuk asuransi kesehatan tradisional menggunakan pola hubungan bipartite, yaitu pola hubungan dua arah

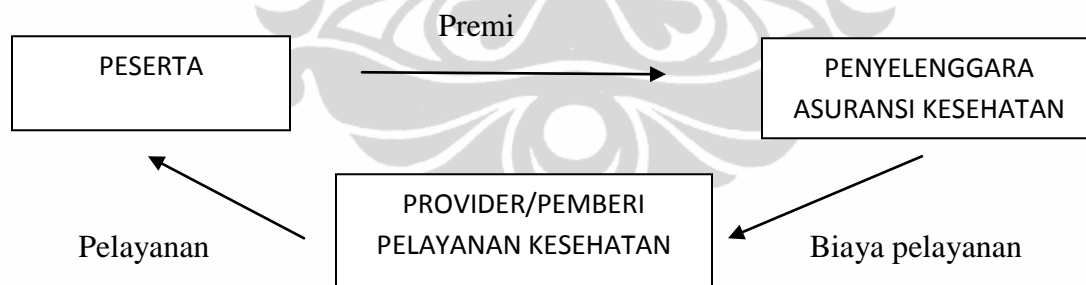


antara peserta dengan pihak penyelenggara asuransi kesehatan sebagai penanggung resiko. Pola hubungan bipartite dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.3  
Pola Hubungan Bipartit

Sedangkan untuk bentuk asuransi kesehatan *managed care*, menggunakan pola hubungan tripartite, yaitu hubungan antara peserta, penyelenggara asuransi kesehatan, dan pihak pemberi pelayanan kesehatan yang telah dikontrak oleh pihak penyelenggara asuransi kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta. Pola hubungan ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.4  
Pola Hubungan Tripartit

### ***Managed Care***

*Managed care* merupakan sistem pelayanan kesehatan yang mengintegrasikan pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan. *Managed care* dimulai pada tahun 1930-an ketika kelompok *prepaid* pertama dikembangkan untuk meningkatkan akses

terhadap pelayanan berkualitas dan memberikan pelayanan preventif. Kelompok *prepaid* pertama adalah pelopor-pelopor HMO.

Selama dekade terakhir, sistem pelayanan kesehatan telah berevolusi pada fase yang tidak terlalu diharapkan, sebagian besar ditujukan untuk merespon kenaikan biaya kesehatan. Perubahan yang paling terlihat adalah peningkatan secara signifikan jumlah MCO. Meski ada banyak variasi paket-paket yang ditawarkan, sebagian besar MCO memiliki elemen-elemen dibawah ini:

- Pengaturan-pengaturan dengan provider tertentu yang dipilih untuk menyediakan paket pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada peserta
- Standar yang eksplisit untuk pemilihan provider pelayanan kesehatan
- Program formula untuk jaga mutu dan telaah utilisasi
- Insentif keuangan bagi para peserta yang memanfaatkan provider dan prosedur yang ditetapkan oleh MCO

#### **2.5.4 Manajemen Klaim**

Dalam dunia usaha asuransi umumnya dan asuransi kesehatan khususnya, pengelolaan klaim memiliki peran yang sangat penting disamping peranan pengelolaan kepesertaan.

Bila kepesertaan mencerminkan produksi maka klaim asuransi memberi arti bagi keberhasilan produksi. Sehingga klaim dalam usaha asuransi kesehatan digunakan juga sebagai indikator keberhasilan usaha dan manajemen perusahaan.

Pertanyaan yang sering diajukan oleh para eksekutif asuransi kesehatan bukan hanya bagaimana produksi dalam pertambahan jumlah dan kualitas peserta, akan tetapi juga bagaimana besar dan kualitas dari klaim itu sendiri.

##### **2.5.4.1 Definisi Klaim**

Klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar haknya dipenuhi.

Salah satu dua pihak yang melakukan ikatan tersebut akan mengajukan klaimnya jika pihak lainnya tidak memenuhinya kepada yang lainnya. Jadi dalam masalah klaim ada beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain:

1. Adanya dua pihak yang jelas

Ini menggambarkan jelasnya siapa yang melakukan ikatan dan memiliki hak dan kewajiban

2. Adanya ikatan yang jelas dan resmi antara kedua pihak tersebut

Bentuk ini akan mempengaruhi kekuatan ikatan antara keduanya. Ikatan tersebut dapat berbentuk hanya saling percaya, saling mengikat secara etis, secara adat, dan secara hukum.

3. Adanya *informed consent*

*Informed* artinya kedua pihak mengetahui dan memahami semua aspek yang mengikat mereka, sedangkan *consent* adalah ikatan tersebut dilakukan dengan dasar kesadaran dan kesukarelaan dan bukan didasarkan karena paksaan, ancaman, atau tipuan.

4. Didokumentasikan

Dokumentasi dari pernyataan ikatan antara kedua pihak ini diperlukan untuk mencegah pengingkaran oleh salah satu pihaknya, bias disengaja atau tidak disengaja.

#### 2.5.4.2 Jenis-jenis klaim

Bentuk-bentuk klaim bisa bermacam-macam dan umumnya dibagi menjadi dua yaitu:

1. Klaim wajar

Satu pihak menurut haknya dengan kesepakatan atau sesuai dengan yang ada dalam polis

2. Klaim tidak wajar

Disini klaim terjadi bila salah satu pihak dengan sadar mengingkari apa yang telah disepakati.

Klaim juga dapat dibedakan berdasarkan jenis asuransinya yaitu:

1. Klaim perorangan  
Timbul apabila ada suatu reimbursement pada indemnity
2. Klaim provider dilakukan oleh:
  - Klinik
  - Dokter spesialis
  - Rumah sakit
  - Apotek
  - Optik

#### **2.5.4.3 Syarat-syarat pengajuan klaim**

Syarat-syarat pengajuan klaim rawat jalan:

- a. Fotocopy peserta
- b. Kuintasi asli agar tidak terjadi pengklaiman yang sama pada dua asuransi yang berbeda
- c. Copy resep
- d. Jenis penunjang diagnostik dan tindakan khusus
- e. Formulir rawat jalan

Sedangkan syarat-syarat mengklaim rawat inap adalah:

- a. Fotocopy peserta
- b. Kuintasi asli
- c. Resue medis dari dokter, menggambarkan perjalanan penyakit peserta/riwayat penyakit
- d. Formulir rawat inap
- e. Copy jenis obat-obatan, penunjang diagnostik, tindakan khusus

#### 2.5.4.4 Administrasi Klaim

Fungsi klaim pada perusahaan asuransi adalah alat untuk memenuhi perjanjian kontrak untuk memberikan perlindungan *financial* pada saat peserta asuransi mengalami kerugian (*loss*). Administrasi klaim adalah proses dari:

- Mengumpulkan bukti atau fakta yang berkaitan dengan sakit atau cedera
- Membandingkan fakta-fakta itu dengan kontrak asuransi
- Menentukan manfaat/benefit yang dibayarkan kepada peserta asuransi

Tujuan pertama dari administrasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang *valid* dan sesuai, dengan segera, bijaksana, dan sesuai polis. Tujuan kedua adalah untuk mengumpulkan data dan membuat data dari klaim yang ada untuk perhitungan keuangan, statistik, dan tujuan-tujuan penelitian. Data seperti itu penting untuk menentukan harga, pengendalian keuangan, dan perencanaan jangka panjang. Untuk memenuhi kedua tujuan diatas perusahaan asuransi menggunakan sistem proses klaim seperti juga *accounting*, analisis data, dan sistem pelaporan.

Administrasi klaim biasanya dilakukan oleh perusahaan asuransi, namun dalam beberapa hal perusahaan asuransi membolehkan perusahaan pemegang polis atau pihak ketiga yang melakukan administrasi klaim ini

##### a. Pengelolaan Mandiri (*Self-administration*)

Pengelolaan klaim oleh pemegang polis atau disebut pengelolaan klaim mandiri adalah satu metode dimana pemegang polis memilih untuk memproses klaimnya sendiri daripada mengirim kepada perusahaan asuransi. Biasa dilakukan oleh perusahaan asuransi kumpulan.

Pengelolaan klaim mandiri biasanya terbatas pada benefit kecacatan jangka pendek (*short term disability income*), benefit-benefit pelayanan dasar di rumah sakit, operasi, dan biaya medis. Beberapa perusahaan asuransi juga membolehkan pengelolaan klaim mandiri untuk perawatan gigi dan klaim medis yang berat. Sebagian besar tidak memasukkan benefit kecacatan jangka panjang (*long term disability income*) karena terlalu kompleks dan biayanya yang besar untuk risiko semacam ini.

Metode umum terhadap klaim pengelolaan mandiri adalah dengan menggunakan *draft* yang dibuat oleh pemegang polis. Dengan demikian pengelolaan klaim oleh pemegang polis biasanya mengacu seperti pada *draft* pemegang polis atau sistem *draft* buku.

Petugas yang bertanggung jawab terhadap proses klaim dipilih oleh kelompok pemegang polis, perusahaan asuransi tidak melakukan pengawasan langsung terhadap pemilihan atau supervisi dari petugas-petugas tersebut. Karena perusahaan asuransi berkepentingan bahwa orang yang memproses klaim adalah orang yang kompeten dan telah dilatih cukup baik maka wakil dari perusahaan asuransi biasanya membantu dalam pelatihan.

b. Pengelolaan Melalui Pihak Ketiga (*Thrid Party Administration*)

Metode lain dalam mengelola klaim adalah dengan melakukan proses klaim melalui pihak ketiga. Sama dengan sistem *draft* buku, pihak ketiga diberikan persediaan *draft* dan wewenang untuk membayar klaim dengan dana dari perusahaan asuransi.

### **Langkah-Langkah Prosedur Klaim**

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

1. Penerimaan dan Perampungan Klaim

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

2. Telaah dan verifikasi klaim

Klaim yang diterima oleh unit klaim sebelum diputuskan untuk dibayar perlu ditelaah secara cermat terlebih dahulu. Untuk itu ada langkah-langkah baku yang biasanya dikerjakan secara berurutan agar tidak terjadi kemungkinan lolosnya kegiatan yang harus dilakukan. Disamping itu, tahapan

tersebut harus dilakukan secara konsisten dan cermat. Beberapa tahapan yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:

- Keabsahan pihak yang mengajukan klaim
- Kelengkapan formulir klaim, termasuk didalamnya tandatangan dokter yang memeriksa dan peserta
- Kesesuaian klaim dengan kesepakatan kedua belah pihak atau polis, khususnya mengenai:
  - Batasan pelayanan
  - Batasan biaya
  - Pengecualian tindakan
- Batas waktu pengajuan klaim
- Kewajaran klaim, yaitu kewajaran antara diagnosa, jenis obat yang diberikan dan tindakan yang dilakukan.

#### **2.5.4.5 Penyelesaian Klaim**

Pada prakteknya, dalam menyelesaikan klaim, perusahaan asuransi selalu berpatokan kepada dokumen legal yang menjadi kesepakatan bersama antara asuradur dengan tertanggung atau PPK. Dokumen yang paling penting sebagai basis proses klaim adalah:

1. Manfaat (Benefit) polis
2. Kontrak/perjanjian kerjasama dengan PPK

Penyelesaian klaim dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu: penyelesaian klaim PPK dan peserta.

- a. Tahapan penyelesaian klaim dan polis
  1. Telaah isi klaim/kontrak polis
  2. Periksa isi kontrak
    - Cakupan hak dan kewajiban
    - Eksklusi (hal-hal yang tidak dijamin)
    - Limitasi hal-hal yang boleh atau tidak (*term and condition*)

- Keabsahan mengenai kepesertaan dan waktu peserta
  - Cara pembayaran
- b. Tahapan penyelesaian klaim peserta
1. Telaah isi klaim/kontrak dan polis
  2. Periksa isi kontrak
    - Cakupan hak dan kewajiban
    - Eksklusi (hal-hal yang membatasi)
    - Limitasi
    - Hal-hal yang boleh dan tidak (*term and condition*)
    - Keabsahan mengenai kepesertaan dan waktu peserta
    - Cara pembayaran dapat dilakukan secara tunai, yang dapat diambil langsung oleh PPK atau peserta atau dapat juga ditransfer melalui bank.

### **Pembuatan Keputusan**

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

1. Klaim ditolak seluruhnya

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

2. Klaim diterima sebagian

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

3. Klaim ditangguhkan penyelesaiannya

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



4. Klaim diterima secara keseluruhan

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

**Aspek-aspek di dalam administrasi manajemen klaim**

1. Ciri-ciri pekerjaan administrasi manajemen klaim

- Perlu keahlian/pengetahuan
- Perlu ketekunan/ketelitian
- Perlu kejujuran
- Sensitif terhadap konflik
  - ✓ Perlu keterbukaan
  - ✓ Kesiapan sistem dan prosedur
  - ✓ Pendataan yang baik
  - ✓ Teknologi yang cepat dan canggih

2. Masalah-masalah dalam klaim:

- Keterlambatan, disebabkan antara lain:
  - ✓ Tenaga kurang
  - ✓ Keahlian kurang
  - ✓ Tidak jujur
  - ✓ Konflik
  - ✓ Proses berbelit-belit
- Kesalahan pihak peserta
  - ✓ Tidak paham
  - ✓ Niat buruk (moral hazard)
- Kesalahan PPK
  - ✓ Tidak paham
  - ✓ Niat buruk

#### 2.5.4.6 Pengendalian Klaim

Dalam manajemen klaim asuransi kesehatan, besar kecilnya kasus klaim sangat menentukan keberhasilan daripada manajemen klaim itu sendiri. Biasanya klaim besar terjadi akibat:

- Utilisasi besar
- Salah kelola (pengembangan produk salah)
- *Moral hazard*
- Prosedur mudah

Sedangkan klaim kecil biasanya terjadi akibat adanya:

- Utilisasi kecil
- Prosedur sulit
- Bina peserta berhasil

Untuk menghindari terjadinya kegagalan dalam manajemen administrasi klaim maka perlu dilakukan suatu langkah pengendalian klaim. Adapun teknik pengendalian klaim dapat yang dapat dilakukan antara lain dengan cara:

1. Pengembangan produk
2. Analisa kontrak terhadap peserta dan PPK
3. *Underwriting*
4. *Case management*
5. Efisiensi management

Disamping dilakukan pengendalian klaim, dalam prinsip manajemen klaim asuransi kesehatan juga perlu dilakukan suatu analisa klaim. Analisa klaim tersebut berupa:

1. Analisa produk
2. *Managerial evaluation*
3. *Utilization review*
4. *Case management*
5. Investigasi hazard (fisik, annual, moral)

## B A B III

### GAMBARAN UMUM

Luas wilayah Propinsi DKI Jakarta 661.52 Km<sup>2</sup> dengan jumlah penduduk 9.588.198 jiwa. Jumlah penduduk laki-laki dan wanita berimbang dengan selisih 130.346 jiwa lebih banyak penduduk wanita. Sedangkan jumlah penduduk miskin hanya 11% dari jumlah keseluruhan jumlah penduduk.



Gambar 3.1  
Propinsi DKI Jakarta

Program jaminan kesehatan masyarakat Propinsi DKI Jakarta telah ada sejak 14 tahun silam (1997). Masyarakat Propinsi DKI Jakarta khususnya masyarakat miskin mendapatkan jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) yang dibiayai oleh daerah.

Sejarah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Propinsi DKI Jakarta:

Tahun	Sasaran	Dana	
		Sumber	Alokasi (Rp)
1997-1999	<b>Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK)</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gizi Buruk</li> <li>Ibu Hamil (Risiko Tinggi)</li> </ul>	APBN	300 Juta
2002	<b>Uji Coba Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-GAKIN)-1</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keluarga Miskin</li> </ul>	APBD	6 M
2003	<b>Uji Coba Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-GAKIN)-2</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keluarga Miskin</li> <li>Korban Bencana</li> </ul>	APBD	69 M
2004-2010	<b>JPK Gakin, Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dan Bencana</b>		
	Gratis di kelas III (88 RS) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluarga Miskin ber-KTP DKI</li> <li>Korban Bencana terjadi di DKI (ber-KTP DKI/luar DKI):               <ul style="list-style-type: none"> <li>DBD</li> <li>Gizi Buruk</li> <li>Leptospirosis</li> <li>Flu Burung</li> <li>AFP/Polio</li> <li>KIPI</li> <li>GED</li> <li>KDRT</li> <li>Orang terlantar</li> <li>Keracunan Makanan</li> <li>Korban Kebakaran</li> <li>Korban Demo</li> <li>Korban Banjir</li> </ul> </li> <li>Pejuang Kemerdekaan</li> <li>Kader Kesehatan</li> <li>Penyandang Cacat</li> <li>Panti/Yayasan</li> </ol> </div> Kontribusi ( <i>Cost Sharing</i> ) 25%-50% → SKTM/Kendala biaya	APBD dan Masyarakat	82-513 M
2011-2013	<b>Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK)</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>JPK Miskin</li> <li>JPK PNS (2011)</li> </ul>	APBD dan Masyarakat	550 M

Sumber : Unit Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) Propinsi DKI Jakarta.

## **Dasar Hukum Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Propinsi DKI Jakarta**

### **Umum**

1. UU No. 6 Tahun 1972 pasal 2 ayat (4) mendefinisikan bahwa Jaminan Sosial sebagai wujud dari sekuritas sosial adalah sistem perlindungan dan pemeliharaan kesejahteraan sosial bagi warga Negara yang diselenggarakan oleh Pemerintah dan atau masyarakat guna memelihara taraf kesejahteraan sosial.
2. KEPMENSOS RI No. 51 Tahun 2003 tentang Program Jaminan Sosial bagi masyarakat rentan dan tidak mampu melalui Pola Asuransi Kesejahteraan Sosial dan Bantuan Kesejahteraan Sosial Permanen.
3. UU No. 40 Tahun 2004 pasal 1 ayat (30) mendefinisikan Asuransi Sosial adalah salah satu mekanisme pengumpulan dana bersifat wajib yang berasal dari iuran untuk perlindungan atas resiko sosial ekonomi yang menimpa peserta/anggota keluarganya (kaya membantu miskin, muda membantu tua).
4. PP 38/2007 Pembagian Peran → Peran Pemerintah Daerah sebagai Pengelola atau penyelenggara, pembimbing, pengendalian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan skala Propinsi sebagai produk *public goods* dan *public regulations* yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat (kebutuhan dasar dan pengembangan sektor unggulan).
5. Respon PEMDA DKI JAKARTA terhadap Amandemen pasal 34 Ayat 2, tentang Jaminan Sosial Masyarakat Miskin sebagai Tanggung Jawab Pemerintah dan UU No. 32 tahun 2004 yang telah diganti UU No. 8 Tahun 2005 tentang Kewenangan PEMDA dalam Pengembangan Jaminan Sosial.

### **Program JPK**

1. Per Gub No. 51 tahun 2007 tentang JPK Gakin, SKTM, dan Bencana
2. Per Gub No. 15 Tahun 2011 tentang UPT JPK
3. Kep Gub Pembayaran Program JPK Gakin tiap tahun diterbitkan
4. Kep Gub No. 470 Tahun 2007
5. Peraturan Daerah No. 4 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Daerah

6. SK Kepala Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta No. 2019 Tahun 2007
7. SE Kepala Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta
8. Juklak dan Juknis JOK Gakin
9. Paket Pelayanan Esensial (PPE)
10. MOU antara UP Jamkesda dengan rumah sakit
11. Formularium Obat JPK

### **3.1 Kelembagaan**

#### **3.1.1 Kedudukan**

1. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan daerah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta di bidang pelayanan jaminan pelayanan kesehatan.
2. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah dipimpin oleh seorang kepala Unit Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah yang diangkat dari Pegawai Negeri Sipil yang memenuhi persyaratan.

#### **3.1.2 Tugas**

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan yang meliputi pengelolaan administrasi kepesertaan dan pemasaran, meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, serta tugas kedinasan lainnya yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan.

#### **3.1.3 Fungsi**

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud diatas Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah mempunyai fungsi:

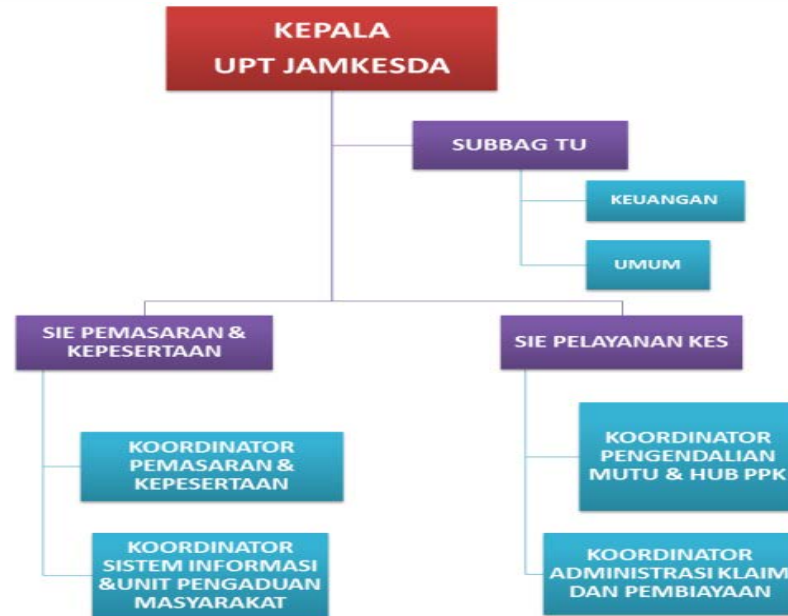
1. Melaksanakan Administrasi Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah.

2. Mengelola Dana Program dan Melaporkan Pertanggung Jawabannya kepada Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta.
3. Merekrut Peserta dan Penerbitan Kartu Peserta.
4. Mengumpulkan Iuran Premi bagi masyarakat yang belum mempunyai jaminan kesehatan.
5. Mengelola Data Base Peserta dan Biaya Pelayanan Kesehatan.
6. Melakukan Negosiasi dan Kontrak dengan PPK.
7. Melakukan Kendali Biaya dan Kendali Mutu.
8. Melakukan Kerjasama dengan pihak ke tiga jika diperlukan.
9. Menetapkan Prosedur Kepesertaan, Pemanfaatan Pelayanan dan Pembayaran ke PPK ( Pemberi Pelayanan Kesehatan ).
10. Menangani Keluhan Peserta & PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan).
11. Melaporkan Pencapaian Program & Pengelolaan Dana Kepada Dinas Kesehatan dan Masyarakat.

#### **3.1.4 Tujuan**

Unit Penyelenggara (UP) Jaminan Pemeliharaan Daerah Propinsi DKI Jakarta mempunyai tujuan untuk menyelenggarakan sistem JPK mulai dari JPK Gakin, PNS, Kurang Mampu (rentan) dan Mampu secara lebih transparan, rasional, efisien, terukur dan dipercaya.

### Struktur Organisasi UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta



Sumber : Unit Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) Propinsi DKI Jakarta.

Tugas dan Fungsi Pokok Tata usaha adalah:

1. Pengelola administrasi surat menyurat
2. Pengelelola barang, prasarana, dan kearsipan
3. Pengelola sistem informasi
4. Pengelola legal aspek, acara pimpinan, dan kerumahtanggaan
5. Pengelola kepegawaian
6. Bendera penerima dan pengeluaran
7. Pengelola keuangan dan asset
8. Pengelola program/dan anggaran
9. Pengelola subbag tata usaha

Tugas dan Fungsi Pokok Seksi Pelayanan Kesehatan adalah:

1. Pengelola program pelayanan kesehatan
2. Pengelola proses verifikasi klaim



3. Pengelola kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan
4. Pengelola hubungan masyarakat pelayanan kesehatan

Tugas dan fungsi pokok seksi kepesertaan dan pemasaran adalah:

1. Menyusun dan melaksanakan SOP kepesertaan
2. Memproses penyiapan data dan penerbitan kepesertaan JPK
3. Mengelola administrasi kepesertaan JPK
4. Menampung, memproses, dan menindaklanjuti keluhan peserta JPK
5. Melaksanakan monitoring dan evaluasi program kepesertaan JPK
  - Pengembangan Sumber Daya Manusia JPK
  - Pengembangan produk JPK
  - Penerbitan jaminan
  - Survey laporan kepesertaan
  - Pemberlakuan Gakin/pembebasan
6. Melakukan sosialisasi
7. Menyusun SOP dan kerjasama kemitraan penyelenggaraan JPK dengan pihak lain
8. Memproses kerjasama dan kemitraan penyelenggaraan JPK dengan pihak lain yang bukan sarana pelayanan kesehatan

### JPK Pasca UPT Jamkesda



#### 3.1.5 Program

1. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin (JPK-GAKIN)
2. Jaminan Kesehatan korban KLB dan Bencana yang bertujuan menekan angka kefatalan kasus (CRF) pada korban bencana dan KLB.

#### 3.2 Kepesertaan

##### 3.2.1 JPK-Gakin

Maksud dikembangkan sistem JPK-Gakin untuk mengembangkan sistem Jaminan Kesehatan yang lebih transparan, rasional, efisien, terukur dan dipercaya oleh masyarakat.

Pedoman juklak-juknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Keluarga Miskin dan Kurang Mampu di Propinsi DKI Jakarta dapat menjadi acuan bagi semua pihak terkait, seperti Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), Pengelola dan Aparat Pemerintah di setiap tingkat administrasi.

### **Tujuan Umum**

Terselenggaranya Jaminan Kesehatan bagi Keluarga Miskin kurang mampu di Propinsi DKI Jakarta yang bermutu dengan biaya terkendali agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

### **Tujuan Khusus**

1. Terselenggaranya standard pelayanan kesehatan yang rasional, bermutu dengan biaya terkendali di Puskesmas dan Rumah Sakit.
2. Terselenggaranya pengelolaan administrasi kepesertaan, administrasi keuangan dan administrasi pelayanan kesehatan yang lebih transparan dan terkendali.
3. Terselenggaranya jaminan sosial bagi masyarakat Daerah Khusus Ibukota Jakarta khususnya Keluarga Miskin dan kurang mampu.

### **Yang termasuk kedalam JPK Gakin**

1. Penduduk miskin ber-KTP DKI
2. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dengan verifikasi dari Puskesmas
3. Mempunyai kartu Gakin/BBM/Raskin/BLT/PKH
4. Panti sosial/Rumah Singgah bersertifikat
5. Orang terlantar
6. Kader aktif > 5 tahun
7. Korban kekerasan dalam rumah tangga
8. Korban bencana/KLB

### **Korban KLB dan Bencana**

1. Penduduk DKI dan luar DKI yang diduga terkena KLB/Bencana di wilayah DKI
2. Tidak pandang kaya atau miskin, dirawat di kelas III

## Prosedur Standar

### A. Prosedur Pendataan Peserta

1. Sumber utama data kepesertaan adalah data dari hasil survey keluarga miskin dan kurang mampu yang dikeluarkan oleh Badan Pusat statistik (BPS) dan sudah masuk ke dalam database SI JPK Gakin
2. Jika ada keluarga miskin yang belum masuk dalam data BPS terbaru atau belum terdata dalam database SI JPK Gakin, maka:
  - a. PPK dalam hal ini Puskesmas kelurahan mengusulkan penambahan data baru kepada UP Jamkesda dengan mengisi form penambahan peserta di SI JPK Gakin
  - b. Selanjutnya UP Jamkesda akan melaporkan usulan penambahan peserta tersebut kepada Bappeda untuk diteruskan ke BPS.
  - c. Laporan usulan penambahan peserta JPK Gakin diatas akan menjadi masukan lagi bagi BPS dalam melakukan survey keluarga miskin/kurang mampu pada periode berikutnya
  - d. Berdasarkan hasil survey maka BPS melakukan pemutahiran data keluarga miskin/kurang mampu diatas ke dalam database Hasil Survey BPS
  - e. Selama periode menunggu survey BPS dan atau jika BPS belum dapat melakukan survey pemutahiran data keluarga miskin/kurang mampu, maka penambahan data kepesertaan JPK Gakin didasarkan pada survey yang dilakukan oleh Tim Kelurahan dan atau UP Jamkesda
  - f. Jika BPS sudah melakukan survey dan sudah melakukan pemutahiran data survey ke dalam Database BPS, maka UP Jamkesda melalui SI JPK Gakin melakukan sinkronisasi pemutahiran database hasil survey BPS dengan database calon peserta JPK Gakin
  - g. Seluruh usulan penambahan data kepesertaan JPK Gakin akan diverifikasi ulang yang dilakukan oleh Tim Kelurahan dengan meninjau langsung tempat tinggal calon peserta

- h. Hasil survey Tim Kelurahan selanjutnya diinput kedalam SI JPK Gakin oleh puskesmas kelurahan, dengan menyertakan foto hasil survey (*upload*)
- i. Melalui DI JPK Gakin maka UP Jamkesda mengecek hasil verifikasi ulang yang sudah diinput oleh Puskesmas Kelurahan. Jika hasil verifikasi ulang menyatakan layak dan sesuai, maka UP Jamkesda melakukan persetujuan (*approval*) terhadap calon peserta untuk menjadi peserta JPK Gakin
- j. Selanjutnya melalui SI JPK Gakin maka UP Jamkesda mencetak kartu Gakin bagi peserta yang ditambahkan tersebut.

#### B. Prosedur Verifikasi data Peserta

1. Verifikasi dilakukan untuk:
  - a. Membuktikan keberadaan dan kesesuaian data survey hasil BPS dengan realita di lapangan
  - b. Memperkuat SKTM yang diterbitkan oleh Lurah
  - c. Memastikan bahwa kartu Gakin tidak dicetak lebih dari satu kali untuk peserta yang sama
  - d. Memperkuat penerbitan Surat Keterangan Sementara Gakin dari UP Jamkesda
2. Verifikasi hasil survey BPS dan verifikasi untuk memperkuat SKTM yang diterbitkan Lurah dilakukan oleh Tim Kelurahan yang terdiri dari RT/RW atau Tim PKK RW dan Petugas Puskesmas kelurahan dilakukan dengan meninjau langsung ke tempat tinggal bukan hanya dengan wawancara
3. Verifikasi untuk memperkuat penerbitan Surat Keterangan Sementara Gakin dilakukan langsung oleh petugas UP Jamkesda dengan meninjau langsung ke tempat tinggal pasien bukan hanya dengan wawancara
4. Bila tempat tinggal tidak sesuai dengan KTP, maka cukup dengan Surat Keterangan Domisili yang diterbitkan oleh RT/RW setempat

5. Sehubungan kasus melahirkan lama hari rawatnya tidak lebih dari 2 hari, maka khusus untuk kasus melahirkan tidak diperlukan verifikasi lapangan cukup dengan KTP dan Kartu Keluarga serta surat pernyataan RT/RW
6. Hasil verifikasi diinput oleh puskesmas kelurahan melalui SI JPK Gakin
7. Hasil verifikasi dicetak dari SI JPK Gakin dibuat 2 (dua) rangkap, satu untuk pasien, sedangkan sisanya untuk arsip Puskesmas.

No.	PROSEDUR	STANDAR WAKTU
A	Pendataan Kepesertaan Pengajuan usulan baru Penyerahan ke Bappeda  Survey BPS Penerimaan data Hasil Survey BPS Pendistribusian Data BPS  Verifikasi ulang  Penerimaan hasil verifikasi ulang  Approval peserta baru	Berkala secara mingguan Satu bulan sebelum survey BPS dilakukan secara kolektif Setahun sekali Enam bulan setelah survey dilakukan Satu minggu setelah hasil survey BPS diterima Maksimal satu bulan setelah data BPS didistribusikan Maksimal satu bulan setelah verifikasi dilakukan Maksimal satu bulan setelah hasil verifikasi dilaporkan
B	Verifikasi Data Peserta Validasi data BPS  Verifikasi SKTM  Verifikasi Surat Keterangan Sementara Gakin	Satu bulan setelah data BPS didistribusikan Satu hari setelah adanya permintaan survey Satu hari setelah adanya permohonan Surat Keterangan Gakin Sementara

	Verifikasi Perpanjangan Kartu	Dilakukan bersama dengan validasi data BPS
C	Revisi Data Peserta Input usulan perbaikan data  Pengumpulan berkas ke UP Jamkesda Approval revisi data	Langsung setelah berkas usulan diterima  Mingguan  Satu jam setelah berkas revisi diterima
D	Pembatalan Kepesertaan Survey lapangan Pembatalan status kepesertaan	Satu hari setelah laporan diterima Langsung setelah verifikasi lapangan dilaporkan
E	Perpanjangan Kepesertaan Pemberitahuan perpanjangan  Penerimaan laporan verifikasi perpanjangan/validasi data BPS  <i>Approval</i> perpanjangan kartu	Satu bulan sebelum masa berlaku kartu berakhir Satu minggu setelah verifikasi perpanjangan/validasi data BPS selesai dilakukan  Satu hari setelah data hasil verifikasi diterima
F	Pencetakan, Distribusi, & Penarikan Kartu Gakin Pencetakan kartu tambahan peserta  Pencetakan kartu revisi Pencetakan kartu perpanjangan	Maksimal satu bulan setelah penerimaan hasil verifikasi ulang data BPS dan <i>approval</i> peserta baru dilakukan  Satu hari setelah usulan disetujui Maksimal satu bulan setelah penerimaan hasil verifikasi ulang data

	Distribusi kartu peserta baru Distribusi kartu revisi Distribusi kartu perpanjangan Pembatalan kartu	BPS dan <i>approval</i> peserta baru dilakukan Satu bulan setelah kartu dicetak Dapat ditunggu langsung setelah pencetakan Satu bulan setelah kartu dicetak Langsung setelah pembatalan disetujui
G	Pemantauan Kepesertaan Monev puskesmas kecamatan Monev Sudin Kesehatan Monev UP Jamkesda	Bulanan Bulanan Triwulanan

Tabel 3.1  
Standar waktu Pelaksanaan

### 3.2.2 JPK PNS

Kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk PNS, CPNS dan Pensiunan PNS Pemda Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Semakin baik status kesehatan pegawai dalam suatu instansi khususnya PNS, CPNS dan Pensiunan PNS, maka semakin baik tingkat ekonominya dengan demikian akan lebih mempercepat peningkatan produktifitas kerja dan kesejahteraan. Dalam rangka mendukung dan menjalankan amanat Konstitusi Negara dan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang **Sistem Jaminan Sosial Nasional** mengamanatkan pembiayaan kesehatan dijamin oleh Pemerintah dan untuk melaksanakan Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2009 tentang **Sistem Kesehatan Daerah**, maka Pemerintah Daerah Propinsi DKI Jakarta mengembangkan dan melaksanakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil (JPK-PNS), yang dibiayai dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Propinsi DKI Jakarta.



Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil (JPK-PNS) Pemda Propinsi DKI Jakarta merupakan bantuan Pemerintah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta kepada PNS, CPNS dan Pensiunan PNS beserta keluarganya dengan cara membayar **selisih biaya** (*cost sharing*) pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung/dijamin oleh PT ASKES (Persero). Dalam pelaksanaannya mengembangkan Sistem Jaminan Kesehatan yang lebih transparan, rasional, efisien, terukur dan dapat dipercaya.

Pelaksanaan Program JPK PNS ini dikelola oleh Unit Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah (UP Jamkesda) Propinsi DKI Jakarta dengan bekerjasama dengan PT. Askes (Persero) dan Pemberi Pelayanan Kesehatan (Puskesmas, Dokter Keluarga, Balai Kesehatan Karyawan/Balkeskar dan Rumah Sakit) sesuai dengan Pasal 32 – 37 Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2009.

Pogram Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil (JPK-PNS) Pemda Propinsi DKI Jakarta merupakan suatu pilihan yang tepat untuk menata sub sistem pelayanan kesehatan yang searah dengan sub sistem pembiayaan kesehatan dan akan menjadi pendorong perubahan-perubahan mendasar seperti penataan standarisasi pelayanan, standarisasi tarif, penataan penggunaan obat yang rasional dan meningkatkan kemampuan serta mendorong manajemen Rumah Sakit dan fasilitas kesehatan lainnya untuk lebih efisien dan efektif yang berdampak pada kendali mutu dan kendali biaya.

Melalui Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil (JPK-PNS) Pemda Propinsi DKI Jakarta diharapkan Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan lainnya dapat memberikan pelayanan kesehatan semaksimal mungkin dan dapat memberikan banyak manfaat bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan untuk tercapainya derajat kesehatan khususnya bagi PNS DKI Jakarta.

Dalam pelaksanaannya menggunakan sistem kendali biaya dan kendali mutu pelayanan, pembayaran dan pertanggung jawaban Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) menggunakan paket tarif yang sesuai dengan ketentuan. Tidak ada yang

sempurna dari suatu sistem, namun kita mempunyai pilihan-pilihan yang terbaik untuk selalu dilakukan penyempurnaan dari aspek-aspek yang ada melalui pengendalian manajemen pengelolaan. Kepada semua pihak terkait, Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan lainnya serta Pemerintah Daerah Propinsi DKI Jakarta diharapkan kontribusi dan perannya masing-masing untuk dapat bersama-sama membantu kelancaran program ini.

Atas peran serta semua pihak kami ucapkan terima kasih. Buku Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi PNS (JPK-PNS) Pemda Propinsi DKI Jakarta ini, mengatur tentang aspek-aspek penyelenggaraan yang merupakan panduan dan pegangan bagi semua pihak terkait.

### **Tujuan Umum**

Terselenggaranya Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi PNS, CPNS dan Pensiunan PNS Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.

### **Tujuan Khusus**

1. Meningkatnya produktivitas kerja Pegawai Negeri Sipil dan Calon Pegawai Negeri Sipil Propinsi DKI Jakarta.
2. Memberikan kepastian jaminan kesehatan terhadap PNS, CPNS dan Pensiunan PNS Propinsi DKI Jakarta.
3. Merupakan bentuk penghargaan bagi PNS dan Pensiunan PNS Propinsi DKI Jakarta.

### **Prosedur Standar**

- A. Prosedur pendataan peserta
  1. Sumber utama data kepesertaan adalah data yang dikeluarkan oleh Badan Kepegawaian Daerah Propinsi DKI Jakarta.
    - a. Jika ada peserta Askes yang belum masuk dalam database JPK PNS, maka:

- Dapat diusulkan melalui Badan Kepegawaian Daerah Propinsi DKI Jakarta, kemudian diserahkan ke Unit Pelaksana Jamkesda untuk pembuatan kartu JPK PNS
  - Setelah pembuatan kartu JPK PNS maka kartu didistribusikan ke unit/SKPD terkait
- b. Terhadap peserta JPK PNS yang belum mendapatkan kartu JPK PNS maka dapat mengecek di database UP Jamkesda dengan menyebutkan NIP lama/baru, selanjutnya menghubungi SKPD terkait dan menghubungi Yapenprov (Yayasan Pensiun Propinsi) untuk peserta JPK PNS yang telah pensiun.
2. Badan Kepegawaian Daerah Propinsi DKI Jakarta melakukan pembagian kartu peserta dan pemutahiran data kepesertaan JPK PNS setahun sekali
  3. Peserta Askes wajib mempunyai kartu JPK PNS dan aktifasi kartu JPK PNS dilakukan pada saat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di RS yang bekerjasama dengan Unit pelaksana Jamkesda Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta.
  4. Apabila terjadi mutasi kepesertaan JPK PNS, maka dapat dilakukan revisi kartu dengan membawa surat pengantar dari Badan Kepegawaian Daerah Propinsi DKI Jakarta.

No.	PROSEDUR	STANDAR WAKTU
A	Pendataan Kepesertaan Pengajuan usulan baru <i>Approval</i> peserta baru	Langsung diajukan oleh Calon peserta Langsung setelah data selesai diinput
B	Revisi data Peserta Input usulan perbaikan data Pengumpulan berkas ke UP Jamkesda <i>Approval</i> revisi data	Langsung setelah berkas usulan diterima Mingguan Satu jam setelah berkas revisi diterima

C	Pembatalan Kepesertaan Pembatalan status kepesertaan	Langsung setelah verifikasi lapangan dilaporkan
D	Pencetakan, Distribusi, dan Penarikan Kartu JPK PNS Pencetakan kartu revisi Distribusi kartu peserta baru Distribusi kartu revisi	Satu hari setelah usulan disetujui Satu bulan setelah kartu dicetak Dapat ditunggu langsung setelah pencetakan
E	Pemantauan Kepesertaan Monev puskesmas kecamatan Monev Sudin Kesehatan Monev UP Jamkesda	Bulanan Bulanan Triwulanan

Tabel 3.2

Standar Waktu Pelaksanaan Prosedur Kepesertaan JPK PNS

### 3.3 Iuran

#### 1. JPK Gakin

- APBD
- Kartu Gakin / BBM / Raskin / BLT / PKH, Panti Sosial / Rumah singgah bersertifikat, orang terantah, kader aktif > 5 tahun, Korban kekerasan dalam rumah tangga / KLB → **GRATIS**
- SKTM → **Kontribusi 25% -50%**

## 2. Khusus korban KLB dan Bencana

- DIAGNOSA (+) :Pelayanan kesehatan dari awal GRATIS
- DIAGNOSA (-) : Pelayanan Kesehatan TIDAK GRATIS kecuali pemegang kartu Gakin dan SKTM
- PKM : tariff PERDA
- RS : PPE

### 3.4 Manfaat

#### A. Penduduk Miskin dan Penduduk Rentan (SKTM, dll)

- Layanan Gawat Darurat
- Rawat Jalan
- Rawat Inap
- Layanan Tindakan
- Layanan Ambulan

#### B. Korban kejadian Luar Biasa (KLB) dan Bencana

- Rawat Jalan Puskesmas dan Rawat Jalan
- Rawat Jalan/Rawat Inap di 17 Rumah Sakit dan Rumah sakit terdekat dengan bencana
- Instalansi Gawat darurat (IGD) Puskesmas dan Rumah sakit
- ODC – ICU – ISOLASI
- Suspect sampai dengan positif
- Memperoleh obat generic sesuai indikasi medis
- Penunjang diagnose
- Ambulans Dinas Kesehatan
- Peti Jenazah untuk korban flu burung

#### C. Penduduk Mampu (dalam persiapan)

### 3.5 Prosedur Alur Pelayanan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK)

Alur pelayanan menganut sistem rujukan/pelayanan berjenjang yaitu diawali dari Puskesmas Kelurahan/kecamatan dan Dokter Keluarga, jika Puskesmas atau Dokter keluarga tidak mampu dirujuk ke Klinik Spesialis, jika klinik spesialis tidak mampu dirujuk ke RSUD/RS Swasta, jika RSUD/RS Swasta tidak mampu, dirujuk ke RS Rujukan Nasional/RS Khusus.



### 3.6 Pengecualian

Pengecualian dalam hal ini diperuntukkan bagi Program JPK PNS adalah jenis-jenis pelayanan dan tindakan serta biaya pengobatan yang tidak ditanggung oleh PT. ASKES (Persero) dan Unit Penyelenggara Jamkesda Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta:

1. Pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur atau ketentuan yang berlaku.
2. Kacamata (lensa dan frame).
3. Kedokteran nuklir, alat bantu dengar dan kaki tangan tiruan.
4. Pengobatan alternative/tradisional.
5. Pelayanan Hyperbaric Oxygen Therapy dan Ozon Therapy (untuk kecantikan/kosmetika).
6. Penyakit AIDS dan penyakit kelamin yang lain.

7. General Chek Up.
8. Suplemen atau vitamin tanpa indikasi medis.
9. Pelayanan yang bersifat kosmetik (pemeriksaan, obat, tindakan) misalnya; Perawatan kulit wajah Acne Vulgaris (jerawat), tahi lalat, Orthodontie (termasuk gigi palsu/gigi tiruan, meratakan gigi dan pembersihan karang gigi), bedah plastik, serta pelayanan tusuk jarum (Akupunktur).
10. Alat bantu lainnya (kursi roda, tongkat penyangga, korset (untuk *life saving* boleh dengan indikasi medis ),dll ).
11. Makanan (susu bayi, food supplement), toileteries, “ *Hepato Protector*“ seperti letichin, interferon, imunoglobulin, lamifudine, viagra dan obat- obatan yang khasiatnya masih kontroversi, jamu, obat gosok, pampers, underpad, akupunktur.
12. Seluruh rangkaian dalam usaha ingin punya anak / infertilitas, tindik.
13. Immunisasi, diluar imunisasi dasar bayi dan imunisasi ibu hamil.
14. *Contact Lens*.
15. Obat-obatan diluar DPHO, Formularium RS, dan diluar ketentuan lain yang berlaku.
16. Circumsisi / khitan tanpa indikasi medis.
17. Penyakit ketergantungan narkotika, obat, alkohol dan sejenisnya serta upaya bunuh diri.
18. Kecelakaan akibat perkelahian atau pengaruh Narkotika, obat dan alkohol.
19. Cangkok organ tubuh manusia/binatang.
20. Hamil diluar nikah.
21. Pengguguran kandungan diluar indikasi medis.
22. USG dengan indikasi penentuan jenis kelamin.
23. Pengobatan di luar negeri.

24. Lain-lain yang bukan Pelayanan Kesehatan (transport, ambulance jenazah, *visum et repertum*/otopsi, cuci pakaian/laundry, foto copy, biaya administrasi, akomodasi yang tidak sesuai dengan ketentuan).

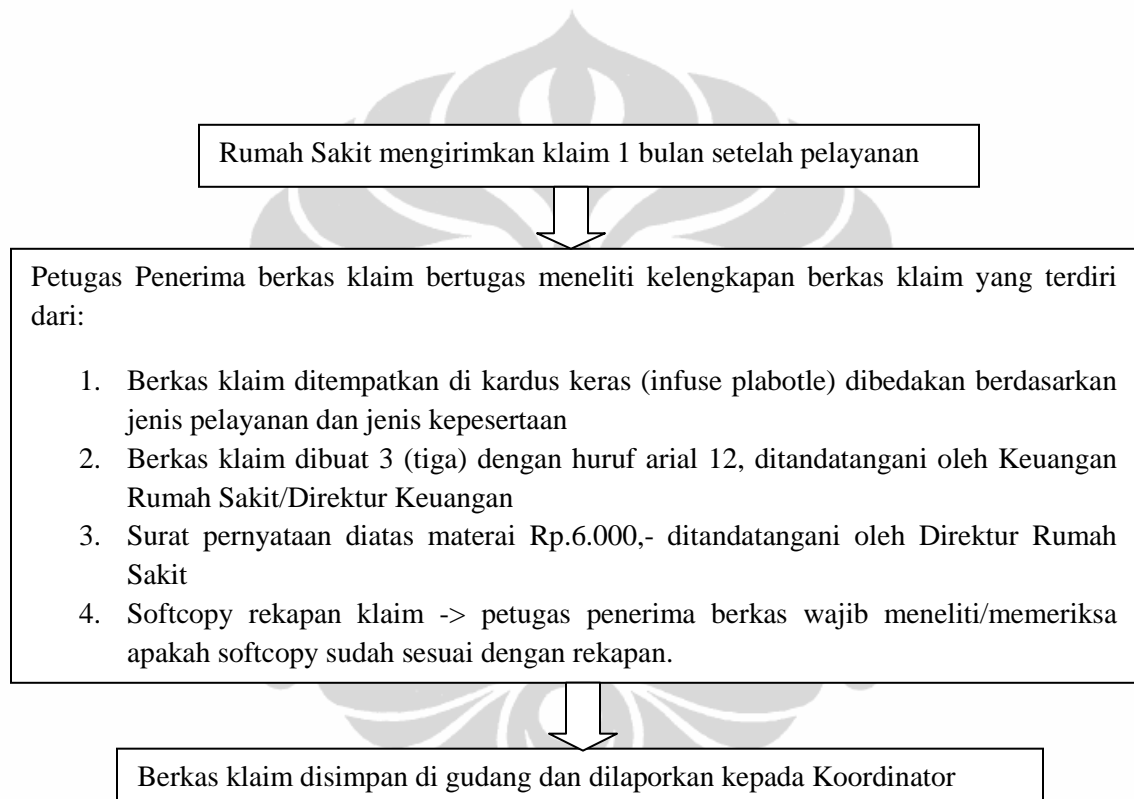
### 3.7 Prosedur Verifikasi Klaim

1. UP Jamkesda bertugas memantau proses tagihan mulai dari mencatatkan tagihan Pelayanan JPK Gakin pada buku terima tagihan baik dari rumah sakit maupun dari puskesmas. Mulai dari pencatatan tanggal masuknya berkas, jenis pelayanannya, bulan pelayanannya, nama Rumah Sakit, jenis kepesertaannya, sampai dengan terbitnya Berita Acara Pemeriksaan (BAP) serta penyerahan BAP ke bagian keuangan UP Jamkesda.
2. Sebelum melakukan verifikasi, verifikator harus mencatatkan namanya, nama rumah sakit dan bulan pelayanannya pada buku pencatatan penerimaan tagihan.
3. UP Jamkesda (verifikator) akan memeriksa kelengkapan dari persyaratan tagihan (verifikasi klaim), mulai dari kelengkapan dokumen tagihan sampai dengan kelayakan medisnya sesuai dengan aturan yang berlaku.
4. Acuan pembayarannya memakai Paket Pelayanan Esensial. Apabila penagihan melebihi paket Pelayanan Esensial maka dianggap sebagai selisih PPE yang tidak dapat dibayarkan.
5. Lama proses verifikasi selambat-lambatnya 60 hari kerja dimulai dari klaim diterima.
6. Berkas tagihan yang sudah selesai diverifikasi diberi tanda kemudian dipindahkan keruangan berkas yang nantinya berkas tersebut akan dikelola oleh petugas bagian arsip. Pengelolaan arsip dimulai dari pengelompokan per Rumah sakit, bulan pelayanan, jenis kepesertaan, jenis pelayanan dengan memberikan nomor pada kotak berkas dan dicatat pada buku register kemudian dikirim ke gudang arsip Dinas Kesehatan.
7. Untuk tagihan pasien yang pulang selama bulan November tagihan klaim harus dikirimkan ke UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta paling lambat tanggal

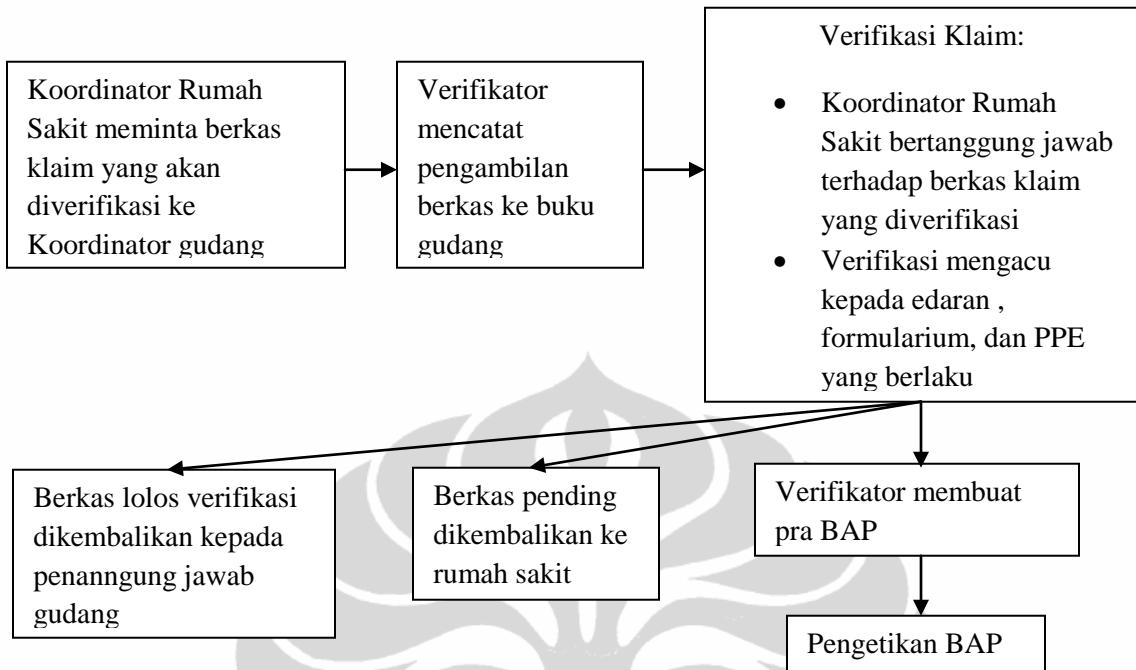


10 Desember dan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta harus segera menyelesaikan verifikasi klaim dan menyerahkan BAP hasil verifikasi sebelum tanggal 20 Desember tahun berjalan.

8. Tagihan pelayanan bulan Desember atau tagihan pasien yang pulang selama bulan Desember serta pendingan tagihan akan dibayarkan pada anggaran tahun berikutnya.



Gambar 3.6  
Alur Penerimaan Berkas Klaim



Gambar 3.7  
Alur Verifikasi Klaim

### DKI menuju Universal Coverage 2014

Penduduk	Jumlah (jiwa)	Upaya	Status
<b>Miskin</b>	1.054.900	JPK-Gakin	Terlaksana
<b>Rentan</b>	3.400.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>Per Gub JPK-Rentan</li> <li>Per Gub satuan biaya dan tariff iuran JPK Rentan</li> <li>Keputusan Kadinkes tentang juklak dan juknis</li> <li>Sosialisasi JPK Rentan</li> <li>Implementasi (pengumpulan data, iuran, PPK, JPK)</li> </ul>	Dalam Proses Target 2012
<b>Mampu (Peserta Askes Komersial)</b>	2.000.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penduduk DKI peserta Askes Komersial harus melaporkan diri ke kantor JPK DKI atau melalui website JPK DKI</li> <li>Per Gub tentang JPK Mampu</li> </ul>	Dalam Proses Target 2013
<b>Mampu (Bukan Peserta Askes Komersial)</b>	3.000.000	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi tentang kewajiban menjadi peserta Askes Komersial atau JPK</li> <li>Per Gub tentang JPK Mampu</li> </ul>	Dalam Proses

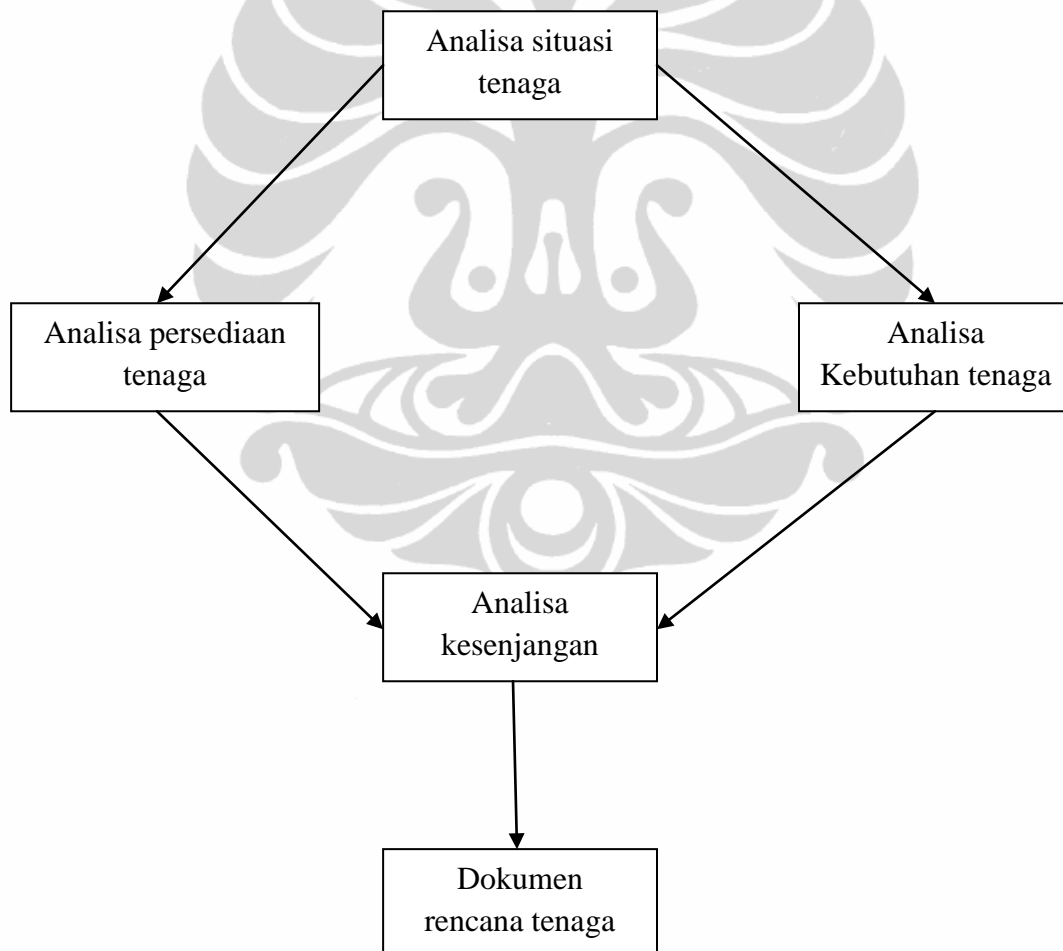
**UNIVERSAL COVERAGE 2014**  
= Miskin + Rentan + Mampu + PNS

## B A B IV

### KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### 4.1 Kerangka Teori

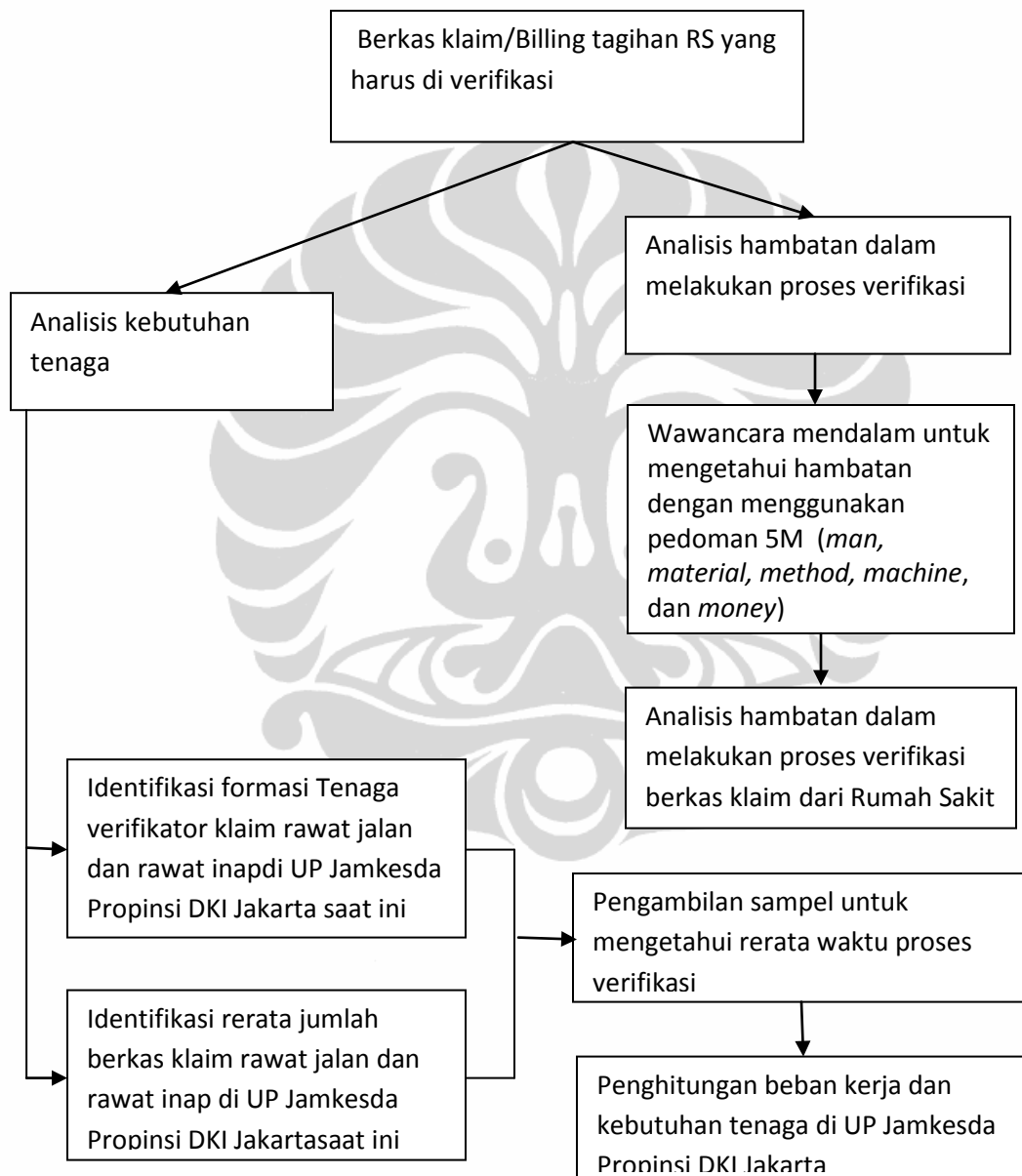
Dari tinjauan pustaka yang telah disusun, dapat dipergunakan kerangka teori berupa langkah perencanaan tenaga sebagai berikut (Ilyas, 2011):



Gambar 4.1  
Langkah perencanaan tenaga (Ilyas, 2011)

#### 4.2 Kerangka Konsep

Setelah mempelajari tinjauan pustaka mengenai analisa beban kerja dan kebutuhan tenaga serta keadaan Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, maka disusun kerangka konsep yang menggunakan *flowchart* sebagai berikut:



Gambar 4.2  
Kerangka Konsep

Penelitian ini akan berdasarkan kerangka konsep yang menggunakan pendekatan *flowchart*. Masalah yang ditemui adalah banyaknya berkas klaim yang harus dilakukan proses verifikasi sehingga menyebabkan lamanya proses verifikasi klaim sehingga menyebabkan keterlambatan pembayaran kepada rumah sakit, sehingga muncul kebutuhan akan analisis tenaga dan analisis hambatan dalam melakukan proses verifikasi.

Pada analisis hambatan dilakukan wawancara mendalam untuk mengetahui hal-hal yang menjadi hambatan dalam melakukan proses verifikasi berkas klaim. Kemudian, dilakukan analisis dari hasil wawancara mendalam tersebut untuk menemukan hal-hal apa saja yang menjadi hambatan dalam melakukan proses verifikasi.

Pada analisis tenaga dilakukan identifikasi formasi tenaga verifikator untuk verifikator klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta saat ini dan identifikasi rerata jumlah berkas kepesertaan dan klaim harian sebagai informasi dasar. Kemudian dilakukan pengambilan sampel untuk mengetahui waktu yang dibutuhkan untuk melakukan proses verifikasi dan hasil pengamatan tersebut kemudian dijadikan dasar bagi penghitungan beban kerja dan kebutuhan tenaga.

#### 4.3 Definisi operasional

1. Formasi tenaga verifikator klaim rawat jalan dan rawat inap di UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta saat ini

Definisi	Angka kuantitatif tenaga beserta jenisnya di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta saat ini.
Cara Ukur	Dengan melakukan pengumpulan data tentang jumlah dan jenis SDM Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta
Alat Ukur	Adalah catatan pemetaan SDM Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta
Skala Ukur	Rasio

Hasil Ukur	Berupa informasi kuantitatif tentang jumlah dan jenis SDM Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta
------------	--

2. Rerata jumlah berkas klaim rawat jalan dan rawat inap di UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta saat ini

Definisi	Adalah angka kuantitatif jumlah berkas klaim yang diterima dan diverifikasi oleh Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, baik rawat jalan maupun rawat inap, tanpa membedakan rumah sakit.
Cara Ukur	Dengan melihat data jumlah berkas klaim yang diverifikasi di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta dari bulan Januari 2012 hingga Maret 2012 di database sistem informatika Dinas Kesehatan DKI Jakarta
Alat Ukur	Adalah catatan data jumlah berkas klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta yang berisi jumlah berkas klaim dan berkas kepesertaan per hari
Skala Ukur	Rasio
Hasil Ukur	Berupa informasi kuantitatif tentang jumlah berkas klaim yang diverifikasi oleh Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta bulan Januari 2012 hingga Maret 2012

3. Beban Kerja

Definisi	Jumlah unit kerja (berkas klaim) yang ditugaskan kepada satu sumber daya dalam periode waktu tertentu (Wideman, 2002)
Cara Ukur	Menggunakan pendekatan waktu dengan menghitung lamanya proses verifikasi klaim sebagai produk jasa utama Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI

	Jakarta. Penghitungan waktu dilakukan menggunakan <i>stopwatch</i> pada berkas klaim rawat jalan dan rawat inap yang menjadi sampel penelitian. Hasil pengukuran sampel kemudian dihitung rata-ratanya dan dijadikan patokan untuk penghitungan beban kerja dan angka kebutuhan tenaga
Alat Ukur	Pengukuran dilakukan dengan menggunakan <i>stopwatch</i> dan formulir pengamatan
Skala Ukur	Rasio
Hasil Ukur	Berupa informasi kuantitatif mengenai rerata waktu yang dibutuhkan untuk verifikasi berkas klaim rawat jalan dan rawat inap

#### 4. Analisis Kebutuhan Tenaga

Definisi	Perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan beban kerja mengikuti metode Ilyas.
Cara Ukur	Menggunakan metode Ilyas mempertimbangkan beban kerja, jumlah berkas klaim, waktu yang dibutuhkan tiap verifikasi berkas klaim, jam kerja efektif SDM dan jumlah hari kerja per tahun
Alat Ukur	Pengukuran menggunakan metode Ilyas
Skala Ukur	Rasio
Hasil Ukur	Berupa informasi kuantitatif mengenai jumlah tenaga yang dibutuhkan di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta.

#### 5. Waktu Transaksi

Definisi	Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan proses verifikasi berkas klaim baik rawat jalan maupun rawat
----------	--

	inap hingga selesai dibuat berita acara.
Cara Ukur	Menggunakan perhitungan waktu dalam menit
Alat Ukur	Pengukuran menggunakan <i>stopwatch</i>
Skala Ukur	Rasio
Hasil Ukur	Berupa informasi kuantitatif mengenai waktu yang dibutuhkan untuk menghasilkan satu unit kerja berupa penyiapan satu berkas klaim.

6. Formasi Tenaga Verifikator Klaim Yang Dibutuhkan di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta

Definisi	Angka kuantitatif tenaga di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta per orang terbagi atas jenis tenaga hasil perhitungan analisis kebutuhan tenaga
Cara Ukur	Dengan menggunakan analisis kebutuhan tenaga dan membandingkannya dengan beban kerja pada masing-masing tim serta tupoksi masing-masing jenis tenaga
Alat Ukur	Adalah hasil analisis kebutuhan tenaga dan daftar rerata jumlah berkas klaim per hari
Skala Ukur	Rasio
Hasil Ukur	Berupa informasi kuantitatif tentang jumlah SDM dan jenisnya yang bertugas di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta per orang berdasarkan analisa beban kerja dan kebutuhan tenaga

7. Analisis hambatan melakukan proses verifikasi berkas klaim dari rumah sakit

Definisi	Daftar hambatan dalam melakukan verifikasi di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, hasil wawancara mendalam dengan Kepala Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, Kepala seksi pelayanan
----------	---



	Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, tim verifikator, Praktisi dalam Asuransi Kesehatan, dan Tenaga Ahli Asuransi Kesehatan.
Cara Ukur	Dengan melakukan wawancara mendalam terhadap Kepala Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, Kepala seksi pelayanan Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, tim verifikator, Praktisi dalam asuransi kesehatan, dan tenaga ahli asuransi kesehatan.
Alat Ukur	Pedoman wawancara mendalam
Skala Ukur	-
Hasil Ukur	Berupa informasi kualitatif mengenai hambatan dalam melakukan verifikasi di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta dalam mencapai standar mutu pelayanan

## **B A B V**

### **METODE PENELITIAN**

#### **5.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian adalah deskriptif dengan menganalisa data kualitatif dan kuantitatif, menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Pengetahuan ini untuk mengetahui beban kerja Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta sebagai dasar untuk penghitungan kebutuhan tenaga di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta.

#### **5.2 Waktu dan Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bulan April – Juni 2012 di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta di Jalan. Kesehatan Raya No. 10 Jakarta Pusat.

#### **5.3 Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **5.3.1 Populasi Penelitian**

Populasi penelitian ini adalah berkas klaim rawat jalan dan rawat inap yang diverifikasi oleh Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, dari semua rumah sakit yang telah mengadakan kerjasama maupun yang belum mengadakan kerja sama dengan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta. Dalam menentukan populasi penelitian, peneliti menggunakan berkas klaim yang diterima oleh Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta selama tahun 2011 yaitu pada bulan Januari 2011 hingga Desember 2011.

Untuk penelitian dengan pendekatan kualitatif dilakukan wawancara mendalam dengan Kepala Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, Kepala seksi unit pelayanan Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, verifikator klaim, Praktisi dalam bidang asuransi kesehatan, dan tenaga ahli dalam asuransi kesehatan masing-masing satu orang. Wawancara mendalam ini ditujukan untuk menggali faktor-faktor yang memperlambat proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara

Jamkesda Propinsi DKI Jakarta dengan menggunakan pedoman 5 M (*man, material, method, machine, dan money*) agar dapat dicari sumber masalah utama.

### 5.3.2 Sampel Penelitian

Jumlah sampel yang diambil pada penelitian ini menggunakan rumus ukuran *simple random sampling* untuk menaksir proporsi sebuah populasi sebagai berikut:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{(N - 1) * d^2 + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

- $n$  : Jumlah sampel yang dibutuhkan  
 $N$  : Besar sampel populasi sasaran, digunakan rata-rata dalam satu hari yaitu sebanyak 2315 berkas klaim.  
 $Z$  : Nilai baku distribusi normal pada  $\alpha$  tertentu  
 $p$  : Proporsi berkas klaim dan berkas kepesertaan  
 $q$  :  $1 - p$   
 $d$  : Derajat akurasi (presisi) yang diinginkan

Berdasarkan rumus diatas, maka didapatkan jumlah sampel yang harus diambil adalah sebanyak 315 berkas klaim. Jumlah sampel tersebut diambil berdasarkan jumlah klaim tahun 2011 yaitu sebanyak 2.705.509 berkas klaim dengan jumlah berkas klaim per hari sebanyak 2315 berkas klaim. Dari jumlah sampel tersebut, kemudian dibagi untuk rawat jalan adalah sebanyak 60% atau 189 berkas klaim dan 40% atau 126 berkas klaim rawat inap. Pembagian tersebut berdasarkan persentase jumlah berkas klaim rawat jalan dan rawat inap yang diterima oleh UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta pada tahun 2011. Kriteria inklusi sampel adalah sampel yang telah memenuhi syarat secara administrasi sehingga dapat dilakukan proses verifikasi oleh verifikator klaim, dan berkas klaim yang diselesaikan oleh verifikator klaim dalam satu periode waktu.

#### 5.4 Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan pendekatan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan proses verifikasi satu berkas klaim sebagai unit produksi Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta. Pengumpulan data dilakukan dengan pengukuran terhadap waktu yang dibutuhkan verifikator untuk menyelesaikan verifikasi satu berkas klaim tanpa memperhitungkan jumlah berkas klaim yang terdapat didalamnya, mulai dari berkas klaim diterima oleh verifikator klaim dari petugas penerima berkas di seksi pelayanan kesehatan Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta hingga klaim tersebut dibuatkan berita acara pembayaran.

Peneliti melakukan pengamatan langsung di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, pengukuran waktu dilakukan dengan mencatat jam mulai dan jam selesai proses verifikasi berkas klaim untuk kemudian dituliskan dalam formulir pengamatan. Pengamatan dilakukan sesuai jumlah yang telah dihitung pada perhitungan jumlah sampel selama 5 hari kerja yang merupakan hari kerja efektif verifikator klaim.

Untuk pendekatan kualitatif dilakukan wawancara mendalam oleh peneliti dengan Kepala Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, Kepala seksi pelayanan Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, verifikator klaim, praktisi dalam bidang asuransi kesehatan, dan tenaga ahli dalam bidang asuransi kesehatan masing-masing satu orang. Wawancara difokuskan untuk mencari faktor-faktor yang menghambat proses verifikasi klaim dengan menggunakan metode 5M (*man, material, method, machine, dan money*) di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta.

#### 5.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan berupa formulir pengamatan. Formulir terdiri dari dua jenis, yaitu formulir untuk pengamatan berkas klaim rawat jalan dan formulir untuk pengamatan berkas klaim rawat inap. Formulir tersebut berisi nomor urut, tanggal, jumlah berkas klaim serta lama verifikasi klaim. Formulir ini kemudian digunakan untuk pencatatan oleh peneliti. Instrumen lainnya adalah pedoman untuk melakukan wawancara mendalam.

## 5.6 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan proses penyuntingan, pemasukan data ke komputer untuk diolah, serta pembersihan data. Penyuntingan data dilakukan setiap selesai pengamatan, untuk memeriksa apakah adanya kesalahan, kekuranglengkapan, dan ketidakkonsistensian pengamatan. Pada tahap pemasukan data, data dimasukkan ke komputer dan dilakukan penghitungan. Penghitungan dapat dilakukan berdasarkan jumlah berkas klaim. Terakhir tahap pembersihan data dilakukan jika ada kesalahan dalam memasukkan data.

## 5.7 Analisis Data

Dalam studi ini analisa data dilakukan untuk mengetahui beban kerja dan kebutuhan tenaga. Untuk mengetahui beban kerja pertama-tama dicari tahu rerata waktu yang dibutuhkan untuk melakukan verifikasi, baik rawat jalan maupun rawat inap. Kemudian, setelah diketahui rerata waktu yang dibutuhkan dapat diketahui berapa beban kerja per orang berdasarkan jumlah berkas klaim tahun sebelumnya.

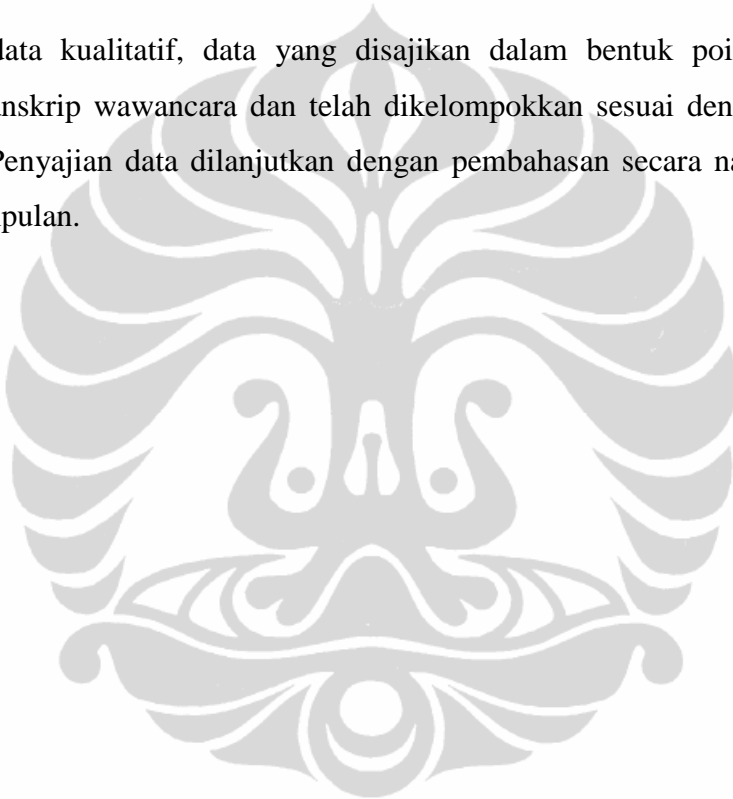
Dari perkiraan tersebut dapat dihitung kebutuhan tenaga per hari, dilakukan dengan metode Ilyas dengan memperhitungkan proses verifikasi per hari, waktu yang dibutuhkan untuk verifikasi, jam kerja efektif SDM per hari serta jumlah hari kerja per tahun. Kemudian data ini diperhitungkan kembali untuk mendapatkan jumlah dan jenis tenaga per orang.

Untuk analisa data kualitatif dilakukan proses reduksi, penyajian kemudian penarikan kesimpulan dari data, sesuai langkah analisis data kualitatif Miles dan Huberman (1984). Data yang dituliskan merupakan data yang telah melewati proses reduksi, kemudian dilakukan pembahasan dari data yang berhasil dikumpulkan.

### 5.8 Penyajian Data

Data kuantitatif penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel hasil kesimpulan dari pengamatan yang dilakukan disertai dengan penjelasan deskriptif. Hasil waktu proses verifikasi yang didapatkan kemudian dimasukkan dalam rumus untuk penghitungan beban kerja, penghitungan jumlah kebutuhan tenaga, dan penghitungan jumlah kebutuhan tenaga per tim. Hasil penghitungan kemudian dirangkum dalam tabel.

Untuk data kualitatif, data yang disajikan dalam bentuk poin-poin yang diambil dari transkrip wawancara dan telah dikelompokkan sesuai dengan masalah yang dibahas. Penyajian data dilanjutkan dengan pembahasan secara naratif hingga mencapai kesimpulan.



## **BAB VI**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan mengenai penjabaran hasil penelitian dan pembahasan mengenai penghitungan beban kerja dan kebutuhan tenaga dengan menggunakan metode Ilyas seperti yang telah diuraikan dalam tinjauan pustaka. Metode Ilyas menggunakan pendekatan *demand*, artinya metode ini menghitung beban kerja yang harus dikerjakan atas dasar permintaan untuk menghasilkan unit produksi atau jasa per waktu yang dibutuhkan. Penghitungan beban kerja ini memperhitungkan jumlah berkas klaim per hari dan waktu transaksi yaitu waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan berkas klaim.

Dasar penghitungan beban kerja dan kebutuhan tenaga menggunakan waktu transaksi yang telah didapatkan dari hasil pengamatan di bagian pelayanan kesehatan Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta dan rerata jumlah berkas klaim satu tahun terakhir (Januari – Desember 2011). Penghitungan ini akan menghasilkan formasi-formasi yang diharapkan dapat mengatasi beban kerja di seksi pelayanan kesehatan Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta dengan baik dan mempercepat proses penyelesaian klaim serta meningkatkan kepuasan provider dan *stakeholder*.

Selain itu juga dijabarkan pula hasil penelitian kualitatif berupa hasil wawancara, yang menjabarkan hambatan yang ditemui dalam proses verifikasi klaim, upaya yang telah dilakukan untuk mempercepat proses verifikasi klaim serta saran yang dapat dilakukan untuk mempercepat proses verifikasi klaim di seksi pelayanan kesehatan Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta. Selanjutnya dilanjutkan dengan pembahasan secara naratif dari poin-poin hasil wawancara.

Penelitian ini hanya mengamati beban kerja tenaga verifikator kontrak, tidak seluruh tenaga yang melakukan proses verifikasi klaim. Hal ini disebabkan karena verifikator non kontrak atau PNS mempunyai tugas pokok lain selain melakukan proses verifikasi klaim.

Sebelum dijabarkan mengenai penghitungan beban kerja dan kebutuhan tenaga, dalam bab ini juga dijabarkan mengenai keterbatasan penelitian.

### 6.1 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan. Dalam pengambilan sampel dilakukan pengamatan sesuai dengan jumlah berkas klaim, namun pengambilan sampel tidak memperhitungkan jenis rumah sakit sementara hal tersebut dapat mempengaruhi waktu transaksi. Peneliti juga tidak memperhitungkan penggolongan berkas klaim yang diverifikasi seperti penggolongan berkas klaim IGD, HD, dan katastrofik, sementara hal itu pun dapat mempengaruhi waktu transaksi.

Peneliti pun tidak dapat mengamati semua verifikator klaim dengan cermat karena keterbatasan dalam waktu dan tenaga. Selain itu faktor teknis yaitu kesalahan penafsiran kegiatan yang dilakukan oleh verifikator selama jam kerja dapat merencanakan pengamatan seperti penafsiran terhadap pembicaraan dengan rekan kerja, pembicaraan lewat telepon, keluar ruangan yang dapat berarti melepas lelah atau bisa juga ke bagian lain sehubungan dengan tugasnya. Merupakan hal yang tidak etis apabila peneliti menanyakan hal-hal apa saja yang menjadi bahan pembicaraan lewat telepon maupun pembicaraan dengan teman sekerja. Demikian juga dengan kegiatan verifikator sewaktu keluar ruangan. Pertanyaan seperti itu dapat menjadikan verifikator seperti diintervensi yang berakibat pada gagalnya pengamatan.

Secara teoritis, keterbatasan penulis dalam penelitian ini adalah dikarenakan kurangnya bahan-bahan *literature* yang berhubungan dengan tenaga verifikasi klaim dimana *job description* dan *job specification* masih sangat terbatas, sehingga menjadi sulit menentukan angka ideal yang dapat dipergunakan sebagai angka standar dalam menentukan beban kerja serta kebutuhan tenaga verifikator klaim. Menurut praktisi dan tenaga ahli asuransi kesehatan menentukan kebutuhan tenaga verifikator klaim tergantung dari beban kerja masing-masing perusahaan asuransi.



Penelitian beban kerja ini masih sangat jarang dilakukan untuk bagian klaim di asuransi kesehatan sehingga tidak bisa dibuat perbandingan dengan hasil penelitian ditempat lain.

Selain itu tingkat kesulitan dalam melakukan pekerjaan tidak diperhitungkan sebagai faktor penghambat dalam kecepatan melakukan proses verifikasi klaim. Faktor penyulit ini disebabkan oleh perbedaan jenis klaim yang ditangani oleh masing-masing tenaga verifikator berbeda. Klaim rawat jalan dan rawat inap satu rumah sakit dengan rumah sakit lain jelas berbeda baik dari segi kuantitas maupun kualitas. Selain itu masih banyak lagi faktor penyulit dalam melakukan verifikasi klaim seperti pendidikan formal, pengetahuan, dan keterampilan tenaga verifikator dalam melakukan proses verifikasi klaim.

Keterbatasan yang lain adalah peneliti masih kurang berpengalaman dalam melakukan penelitian sebelumnya, sehingga hasil yang didapat mungkin kurang memberikan hasil yang akurat.

## **6.2 Hasil Penelitian**

### **6.2.1 Hasil Pengamatan Waktu Transaksi**

Verifikasi merupakan unit yang vital karena merupakan tahapan terakhir yang harus dilalui oleh bagian verifikasi sebelum jaminan dibayarkan. Untuk itulah unit ini dituntut untuk selalu meningkatkan kinerjanya agar tidak terjadi kesalahan pembayaran klaim. Namun demikian tidak dapat dipungkiri bahwa kenyataan di lapangan masih terdapat hambatan yang mengganggu.

Verifikasi adalah kegiatan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK dilakukan oleh pelaksana verifikasi dengan mengacu kepada standar penilaian klaim dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya.

Dalam melakukan proses verifikasi klaim dapat ditemui beberapa masalah. Masalah yang dihadapi oleh verifikator antara lain:

1. Jumlah klaim yang masuk kebagian verifikasi sangat tinggi
2. Kurangnya sumber daya manusia pada bagian verifikasi
3. Kurangnya pengetahuan verifikator mengenai kesehatan

4. Tarif dari provider sering mengalami perubahan. Dalam proses verifikasi klaim, tarif sangat penting. Karena itu verifikator klaim akan selalu bertumpu pada tarif yang telah dibuat oleh UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta yaitu tarif PPE (Pedoman Pelayanan Essential). Tetapi masalahnya, tarif yang digunakan oleh rumah sakit berbeda dengan tarif yang telah disepakati, sehingga setelah tagihan diverifikasi jumlah yang disetujui menjadi lebih sedikit dan mengakibatkan banyaknya komplain dari provider.
5. Kecenderungan provider memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis. Dalam industri kesehatan, ada istilah yang dikenal dengan *Consumer Ignorance*, yaitu setiap pasien yang sakit dan kemudian berobat ke RS pasien tersebut akan merasa tidak berdaya dan pasrah dengan segala tindakan yang akan dilakukan oleh dokter. Pada saat verifikasi klaim dilakukan, sering ditemukan data kecurangan dalam memberikan tindakan kepada pasien atau dokter memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan indikasi medis pasien (*unnecessary procedure*), misalnya tindakan laboratorium yang sebenarnya tidak perlu diberikan kepada pasien. Akibatnya jumlah tagihan menjadi besar.

Pada penelitian ini dilakukan pengamatan waktu proses verifikasi klaim di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta yang kemudian digunakan dalam penghitungan beban kerja dan kebutuhan tenaga. Pengamatan dilakukan sejak tanggal 21 Mei 2011 hingga 8 Juni 2012 dengan cara mengamati secara langsung oleh peneliti di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta.

Untuk menunjang hasil penelitian kuantitatif, dalam penelitian inipun dilakukan penelitian kualitatif untuk menemukan faktor-faktor yang mempengaruhi lamanya proses verifikasi klaim. Wawancara dilakukan pada kepala Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Unit Penyelenggara Jamkesda DKI Jakarta, Verifikator klaim Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, Praktisi dalam bidang asuransi kesehatan, dan tenaga

ahli dalam bidang asuransi kesehatan masing-masing 1 orang. Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam yang telah dibuat sebelumnya dan dilakukan langsung oleh peneliti.

Secara umum ditemukan jawaban yang senada antara semua narasumber dan pada hampir tiap pertanyaan didapatkan kejenuhan berupa jawaban yang serupa dari semua sumber di UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta. Kekurangan tenaga sebagai masalah terbesar yang perlu menjadi prioritas dalam penanganan. Seluruh narasumber di UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta mengemukakan bahwa seluruh personel di seksi pelayanan kesehatan Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta telah bekerja dengan kinerja yang baik namun proses verifikasi klaim masih memakan waktu yang lama. Hambatan-hambatan yang berhasil diidentifikasi antara lain:

- a. Kekurangan jumlah tenaga verifikator, namun untuk mengangkat tenaga baru pun diperlukan pertimbangan yang matang karena akan berhubungan dengan anggaran.
- b. Ruang yang sempit
- c. Tenaga baru yang belum terampil/belum berpengalaman.
- d. Rekrutmen tenaga memakan waktu yang lama
- e. Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta belum dapat mengatur semua rumah sakit yang sudah mengadakan kontrak kerja sama untuk memenuhi persyaratan administrasi
- f. Pelatihan mengenai keterampilan analisis klaim dinilai masih minim

Di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta tenaga verifikator klaim berjumlah 26 orang, dimana tenaga verifikator klaim ini dibagi menjadi tiga kelompok. Kelompok pertama terdiri atas 4 orang tenaga verifikator PNS dan 5 orang tenaga verifikator kontrak, kelompok kedua terdiri atas 3 orang tenaga verifikator klaim PNS dan 5 orang tenaga verifikator klaim kontrak, dan kelompok ketiga terdiri atas 5 orang tenaga verifikator klaim PNS dan 4 orang tenaga verifikator klaim kontrak. Masing-masing kelompok melakukan verifikasi klaim

provider yang berbeda untuk setiap kelompok. Pembagian provider berdasarkan jenis rumah sakit dan jumlah berkas klaim. Pengamatan ini dilakukan selama satu minggu untuk masing-masing kelompok.

Berikut adalah karakteristik dari tenaga verifikator klaim kontrak di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta:

Tabel 6.1 Karakteristik Tenaga Verifikator Klaim Kontrak

No.	Nama	Umur	Pendidikan	Lama Kerja
1	X	28 Tahun	S1 Farmasi	3 tahun
2	X	25 Tahun	S1 Akuntansi	9 bulan
3	X	57 Tahun	SLTA	4 tahun
4	X	34 Tahun	SLTA	4 tahun
5	X	33 Tahun	SLTA	3 tahun
6	X	28 Tahun	SLTA	3 tahun
7	X	33 Tahun	D3 Akuntansi	3 tahun
8	X	27 Tahun	S1 Ilmu Keperawatan	9 bulan
9	X	37 Tahun	S1 Farmasi	9 bulan
10	X	36 Tahun	S1 Farmasi	3 tahun
11	X	38 Tahun	D3 Keuangan dan Perbankan	4 tahun
12	X	22 Tahun	D3 Ilmu Keperawatan	9 bulan
13	X	23 Tahun	SLTA	9 bulan
14	X	30 Tahun	S1 Farmasi	3 tahun

Tenaga verifikator klaim baik PNS maupun kontrak untuk setiap kelompok mempunyai latar belakang yang berbeda-beda baik dari tingkat pendidikan maupun latar belakang pendidikan. Namun, tenaga verifikator sudah mendapat pelatihan dan mempunyai keterampilan yang cukup memadai untuk melakukan proses verifikasi klaim. Pengalaman dan lama kerja tenaga verifikator juga turut mempengaruhi

kinerja dan produktivitas. Hal tersebut dapat dilihat dari jumlah berkas klaim yang dapat diselesaikan dalam satu hari.

Tenaga verifikator dengan pendidikan SLTA memiliki kecepatan yang lebih rendah daripada tenaga verifikator dengan pendidikan yang tinggi. Namun, tenaga verifikator dengan masa kerja lebih dari 2 tahun dan telah mendapatkan pelatihan mengenai verifikasi klaim memiliki kemampuan menyelesaikan verifikasi klaim lebih cepat dibandingkan verifikator klaim dengan masa kerja kurang dari 2 tahun.

Tenaga verifikator PNS tidak diikutsertakan dalam pengamatan ini karena tenaga verifikator PNS tidak hanya melakukan verifikasi klaim tetapi juga melakukan tugas struktural sebagai PNS, sehingga perhitungan waktu transaksi yang dilakukan oleh tenaga verifikator PNS menjadi tidak valid atau rancu.

Selain tenaga verifikator yang disebut diatas, di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta juga diperbantukan oleh tenaga verifikator klaim dari bagian lain yaitu seksi tata usaha dan rumah sakit atau provider yang telah melakukan kerjasama. Saat ini tenaga verifikator yang diperbantukan dari rumah sakit ada 5 orang, sedangkan dari seksi tata usaha seluruh personel diperbantukan untuk melakukan proses verifikasi klaim. Namun, tenaga verifikator inipun tidak ikut dalam pengamatan.

Verifikator adalah petugas yang melaksanakan penilaian administrasi klaim yang diajukan provider atau rumah sakit dengan mengacu kepada penilaian standar klaim, dan memproses klaim sesuai dengan hak dan tanggung jawabnya. Tujuan dari proses verifikasi klaim adalah untuk membayar semua klaim yang wajar dan benar dengan minimum kertas kerja. Umumnya penerimaan klaim mulai dari hari ke 20 sampai ke 90 sejak peserta mendapatkan pelayanan kesehatan. Di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, penerimaan klaim dilakukan satu bulan setelah pelayanan kesehatan diterima oleh peserta.

UP Jamkesda telah melakukan ikatan kerjasama dengan 98 provider, dimana rata-rata berkas klaim yang diterima setiap harinya sebanyak 2315 berkas klaim, sedangkan tenaga verifikator yang ada saat ini hanya 14 orang tenaga verifikator kontrak yang tugas pokoknya adalah verifikasi klaim. Oleh karena itu, perlu

dilakukan penghitungan beban kerja tenaga verifikator kontrak. Penghitungan beban kerja ini dengan menghitung waktu transaksi.

Penghitungan waktu transaksi dilakukan sesuai dengan definisi operasional, yaitu waktu yang dibutuhkan untuk melakukan proses verifikasi berkas klaim baik rawat inap maupun rawat jalan. Peneliti mencatat waktu mulai pengerjaan verifikasi klaim dan waktu selesai pengerjaan verifikasi klaim kemudian mengkalkulasikan selisihnya. Instrument sampel menggunakan tabel yang terdapat dalam lampiran.

Sampel yang diambil pada pengamatan sebanyak 315 berkas klaim, yaitu mencakup 189 berkas klaim rawat jalan dan 126 berkas klaim rawat inap. Berkas klaim yang dijadikan sampel adalah berkas klaim yang diselesaikan oleh tenaga verifikator.

Dari kedua pengamatan tersebut dapat disimpulkan hasil pengamatan di tabel berikut ini:

Tabel 6.2 Hasil Pengamatan Waktu Transaksi

	<b>Jumlah sampel</b>	<b>Total WT</b>	<b>Rerata WT (menit)</b>	<b>Median</b>	<b>Modus</b>	<b>WTmin</b>	<b>WTmax</b>	<b>Standar Deviasi</b>
<b>Rawat jalan</b>	189	250	1	1	1	0.40	5	0.80
<b>Rawat inap</b>	126	931	7	7	3	1	23	4.14

Dari hasil pengamatan didapatkan bahwa WT yang dapat digunakan untuk menghitung beban kerja dan kebutuhan tenaga verifikator klaim di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta adalah 1 menit untuk berkas klaim rawat jalan dan 7 menit berkas klaim rawat inap.

Dari data ringkasan hasil pengamatan WT terlihat bahwa terdapat perbedaan yang cukup signifikan antara waktu minimal, waktu maksimal, dan rerata. Hal ini terjadi karena dalam proses verifikasi klaim antara satu rumah sakit dengan rumah sakit lainnya berbeda karena tidak adanya satu formulir yang sama untuk semua

rumah sakit yang telah bekerja sama dengan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta. Selain itu lamanya hari rawat yang menyebabkan banyaknya resep obat yang harus diverifikasi dan jumlah tenaga yang ada saat itu serta pengetahuan dan kemampuan personel verifikator yang mengerjakan. Semakin banyak resep obat yang harus diverifikasi semakin lama proses verifikasi klaim.

Hal ini akan menjadi masalah dalam penghitungan beban kerja. Saat sebuah berkas klaim diproses verifikasinya dikerjakan oleh personel verifikator non kesehatan, maka dapat terjadi over estimasi dalam penghitungan beban kerja. Over estimasi jumlah kebutuhan tenaga akan berimplikasi pada peningkatan biaya yang sesungguhnya tidak perlu dan merugikan secara financial.

Dari hasil wawancara mendalam didapatkan bahwa semua pihak yang diwawancarai merasa proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta masih lambat. Selain itu seluruh pihak yang diwawancarai menyatakan bahwa masalah terbesar dan yang paling mendesak untuk diatasi adalah kekurangan jumlah tenaga.

Masalah kekurangan jumlah tenaga sebenarnya telah lama terjadi dan telah dilakukan upaya untuk mengatasinya yaitu dengan penghitungan kebutuhan berkala dan rekrutmen. Saat ini kebutuhan tenaga di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta dihitung berdasarkan jumlah rumah sakit dan banyaknya berkas klaim yang diterima, namun tidak diperhitungkan berapa jumlah berkas klaim yang dapat diselesaikan oleh tenaga verifikator per hari.

Tenaga kerja merupakan salah satu faktor produksi yang sangat penting di samping faktor-faktor produksi lainnya seperti modal, alat-alat produksi, metode, dan pasar. Kelima macam faktor produksi dikenal dengan sebutan 5M (*man, money, material, method, dan machine*). Faktor-faktor produksi itu disebut juga *input* atau ada juga yang menyebut dengan istilah sumber-sumber ekonomi.

Dengan tenaga kerja sebagai faktor produksi, perusahaan dibebani tanggung jawab, yaitu membayar upah atau gaji atas tenaga pekerja yang telah dipergunakan oleh perusahaan. Dalam dunia usaha, manusia tidak hanya dianggap sebagai faktor produksi (tenaga kerja), tetapi sekaligus juga sebagai konsumen. Dalam konteks

manusia sebagai faktor produksi, masalah “etika” dan “moral” perlu mendapat perhatian. Disamping itu penawaran tenaga kerja tergantung umur. Pada umumnya seseorang dianggap faktor produksi yang produktif pada umur antara 16 tahun sampai 55 tahun. Di Indonesia tenaga edukatif masih dianggap produktif sampai umur 60 tahun.

Menurut Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1969 mengenai Ketentuan-ketentuan Pokok Mengenai Tenaga Kerja, tenaga kerja ialah setiap orang yang mampu melakukan pekerjaan, baik didalam maupun di luar hubungan kerja, guna menghasilkan jasa atau barang untuk memenuhi kebutuhan masyarakat.

Dari wawancara juga didapatkan bahwa jarak waktu rekrutmen yang dilakukan dianggap terlalu lama dengan waktu penghitungan jumlah tenaga, sehingga ketika rekrutmen selesai dilakukan kebutuhan telah meningkat lagi. Pada proses rekrutmen diharapkan dipilih tenaga yang memiliki pengalaman, karena tenaga yang kurang berpengalaman dan keterampilan justru dianggap memperlambat proses verifikasi klaim.

Selain kuantitas, kualitas kerja juga akan mempengaruhi proses verifikasi klaim, hal tersebut juga merupakan salah satu masalah dalam kinerja personel. Kepala UP Jamkesda dan Kepala seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda mengatakan bahwa kinerja personel verifikator klaim belum mumpuni karena bervariasinya latar belakang pendidikan maupun keterampilan personel verifikator, sehingga proses verifikasi klaim tidak mencapai target yang diinginkan. Hal tersebut juga dikeluhkan oleh verifikator klaim.

Sebaiknya tenaga verifikasi klaim memiliki kualifikasi pendidikan kesehatan sehingga dapat melihat kesesuaian diagnosis, pemeriksaan penunjang yang dilakukan dengan terapi atau pengobatan yang diberikan.

Dalam menganalisis klaim dari rumah sakit, verifikator harus memeriksa diagnosis peserta, usia, dan jenis kelamin. Hal ini penting karena dapat mempengaruhi jenis tindakan dan biaya kesehatan yang harus dibayar kepada *provider*, dan lamanya waktu rawat inap. Yang termasuk kedalam klaim rumah sakit adalah biaya kunjungan dokter, pemeriksaan diagnostik seperti radiologi,



laboratorium, dan terapi radiasi. Jika terlihat ada indikasi penyalahgunaan, pemeriksaan klaim harus dilakukan secara menyeluruh, selama biaya yang ditagihkan merupakan jenis penyakit yang dijamin.

Hal lain yang disoroti dalam wawancara mendalam mengenai masalah SDM adalah kebutuhan akan pelatihan yang dinilai masih minim. Pelatihan yang dibutuhkan adalah dalam bentuk praktek kerja yang aplikatif dalam melakukan proses verifikasi klaim sehari-hari. Meskipun begitu, baik pihak kepala seksi pelayanan kesehatan UP jamkesda maupun verifikator klaim mengatakan telah memiliki keterampilan yang memadai dalam melakukan pekerjaannya sehari-hari.

Untuk mempertinggi mutu pegawai, baik pengetahuan, kemampuan, keterampilan, bakat maupun mentalnya, kepada para pegawai perlu diberikan berbagai macam latihan dan pendidikan. Latihan atau *training* adalah suatu kegiatan atau usaha untuk meningkatkan pengetahuan, kecakapan, keahlian, keterampilan, dan mental seorang pegawai dalam melaksanakan tugas atau pekerjaannya.

Menurut Instruksi Presiden Nomor 15 Tahun 1974, latihan adalah bagian pendidikan yang menyangkut proses belajar untuk memperoleh dan meningkatkan keterampilan di luar sistem pendidikan yang berlaku dalam waktu yang relatif singkat dan dengan metode yang lebih mengutamakan praktek daripada teori.

Ada dua tujuan utama program latihan. Pertama, latihan dilakukan untuk menutup “*gap*” antara kecakapan atau kemampuan pegawai dengan permintaan jabatan. Kedua, program tersebut diharapkan dapat meningkatkan efisiensi dan efektivitas kerja pegawai dalam mencapai sasaran-sasaran kerja yang telah ditetapkan.

Selain dengan melakukan wawancara mendalam dengan pihak terkait di UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, peneliti juga melakukan wawancara mendalam dengan praktisi dan tenaga ahli asuransi kesehatan. Dalam wawancara mendalam dengan praktisi dan tenaga ahli asuransi kesehatan didapatkan bahwa proses verifikasi klaim merupakan suatu hal yang penting di perusahaan asuransi. Proses verifikasi klaim dapat menentukan kualitas atau mutu dari perusahaan asuransi tersebut.

Hambatan dalam proses verifikasi klaim di asuransi kesehatan antara lain kurang pemahannya proses verifikasi klaim baik dari provider maupun dari perusahaan asuransi, informasi dari provider tidak lengkap, ketidaklengkapan berkas, dan diagnosis yang tidak akurat.

Sedangkan hambatan dalam mengontrol proses verifikasi klaim seperti tidak adanya keseragaman harga untuk semua provider, harga tarif provider yang sering berubah-ubah, tidak ada standar harga layanan kedokteran maupun obat dan bahan medis habis pakai, dan sistem yang dilakukan masih manual sehingga kesalahan masih besar.

Dalam melakukan proses verifikasi klaim hal yang terpenting adalah dari aspek *man*. Hal ini disebabkan karena proses verifikasi klaim di Indonesia masih dilakukan secara manual. Menurut praktisi asuransi kesehatan, untuk satu orang tenaga verifikator dapat melakukan verifikasi 3000 peserta, dimana untuk kemampuannya seorang tenaga verifikator klaim dapat menyelesaikan 200 berkas klaim per hari untuk rawat jalan dan 50 berkas klaim per hari untuk rawat inap.

Sedangkan untuk latar belakang pendidikan, tenaga verifikator klaim minimal D3 dibidang kesehatan. Hal ini diharapkan dengan latar belakang pendidikan kesehatan mempunyai pengetahuan yang cukup dalam kesehatan sehingga mengerti akan hal-hal yang harus diperhatikan dan dipahami dalam melakukan proses verifikasi klaim kesehatan. Tenaga verifikator harus memiliki sifat teliti, cermat, sabar, dan tekun karena proses verifikasi merupakan pekerjaan yang dilakukan secara berulang-ulang dan membosankan.

Tugas seorang verifikator klaim adalah melakukan verifikasi klaim dengan baik dan benar sesuai dengan ketentuan polis yang berlaku. Selain itu tenaga verifikator harus cermat dalam melakukan verifikasi klaim, hal ini disebabkan banyaknya yang harus dilakukan verifikasi yaitu verifikasi kepesertaan, verifikasi pelayanan, dan verifikasi keuangan. Verifikator juga harus melakukan rekapitulasi mengenai berkas klaim yang telah diselesaikan. Rekapitulasi ini berguna untuk telaah utilisasi, karena dari utilisasi ini dapat diketahui mengenai perilaku peserta dan provider dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Selain itu dapat diketahui *claim*

*ratio* selama satu tahun anggaran, jumlah klaim yang dibayarkan/disetujui untuk dibayarkan dan jumlah klaim yang ditolak, penyakit terbanyak yang diderita peserta, dan menemukan adanya kecurangan/*fraud* baik yang dilakukan oleh peserta maupun *provider*.

Verifikator klaim mempunyai tanggung jawab sebagai berikut:

- Memastikan bahwa nama yang terdapat dalam berkas klaim tersebut adalah benar peserta atau penerima manfaat asuransi
- Memastikan bahwa manfaat yang diperoleh peserta sesuai dengan cakupan manfaat.
- Memastikan bahwa klaim yang diterima adalah asli, benar, dan lengkap
- Memastikan bahwa jenis dan biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan manfaat yang dijamin.

Sedangkan tugas dan fungsi tenaga verifikator klaim adalah sebagai berikut:

1. Tugas
  - a. Melaksanakan verifikasi administrasi kepesertaan
  - b. Melaksanakan verifikasi administrasi pelayanan
  - c. Melaksanakan verifikasi administrasi keuangan
2. Fungsi
  - a. Mengecek kebenaran dokumen identitas kepesertaan
  - b. Memastikan adanya surat rujukan dari PPK secara berjenjang
  - c. Memastikan adanya surat jaminan pelayanan oleh PPK
  - d. Memastikan dilakukannya data entry rekap pengajuan klaim oleh petugas PPK sesuai dengan format pengajuan klaim
  - e. Mengecek kebenaran pencantuman penulisan paket, diagnose, prosedur, nomor kode
  - f. Mengecek kebenaran besaran tarif sesuai paket, diagnose, prosedur, dan nomor kode
  - g. Memastikan formulir pengajuan klaim disetujui oleh penanggungjawab PPK

- h. Membuat laporan bulanan rekapitulasi klaim dan realisasi pembayaran klaim PPK

Bagian klaim merupakan bagian vital dalam sebuah perusahaan asuransi, karena disini ditentukan apakah klaim dapat dibayarkan dan berapa yang dapat dibayarkan, oleh karena itu ketelitian dan kecermatan dari para verifikator sangat diandalkan, mereka harus mempunyai latar belakang pendidikan dan pengalaman di bidang medis.

Kinerja pelaksana fungsi klaim merupakan salah satu determinan paling penting yang menentukan reputasi sebuah perusahaan asuransi dan mempengaruhi pula kondisi keuangan perusahaan. Klaim merupakan terminologi yang sering digunakan dan dijadikan jargon bisnis dalam dunia perasuransian termasuk asuransi kesehatan. Definisi klaim dalam dunia asuransi kesehatan tidak mempunyai perbedaan signifikan dengan arti kata yang sama digunakan dalam konteks bisnis asuransi lainnya. Definisi klaim adalah proses dimana pertanggung jawaban dibayarkan kepada tertanggung atau ahli waris (*claim is process by which benefits are paid to insured and beneficiaries*) oleh perusahaan asuransi.

Untuk itu diperlukan penilaian pegawai/tenaga verifikator klaim. Penilaian pegawai perlu dilakukan karena penilaian pegawai memiliki manfaat ganda, yaitu bagi pegawai dan bagi perusahaan. Manfaat penilaian bagi pegawai antara lain memberikan dorongan kepada pegawai untuk lebih giat dalam melaksanakan tugas dan pekerjaannya dan melatih pegawai untuk selalu berdisiplin dalam segala hal, baik ketika pimpinan hadir maupun tidak hadir.

Sedangkan manfaat penilaian pegawai bagi perusahaan antara lain dapat mengetahui kelemahan-kelemahan yang dialami oleh setiap pegawai sehingga pembinaan pegawai dapat lebih dikembangkan dan diperhatikan, hasil penilaian dapat dipergunakan sebagai dasar untuk menempatkan pegawai sesuai dengan bidang dan tugasnya (*the right man in the right place*), dan untuk memudahkan dalam menentukan apakah suatu latihan dibutuhkan untuk mengembangkan keterampilan pegawai.

Penilaian hasil kerja karyawan pada hakekatnya merupakan suatu upaya evaluasi terhadap hasil karya seseorang dengan membandingkannya terhadap standar penampilan yang diharapkan. Penilaian prestasi kerja menurut Douglass T. Hall (1986), adalah suatu proses yang terus menerus dimana organisasi menilai kualitas dan berusaha memperbaiki prestasi kerja mereka.

Pada dasarnya ada dua aspek yang dapat kita nilai yaitu keluaran dan proses/perilaku. Ini tergantung pada jenis pekerjaan dan fokus penilaian yang akan dilakukan. Bila pada pekerjaan yang bersifat berulang dan keluaran mudah diidentifikasi maka penilaian biasanya ditekankan pada keluaran. Sedangkan pada pekerjaan yang hasilnya sulit diidentifikasi fokus penilaian ditujukan pada aktivitas/proses.

Proses verifikasi klaim merupakan pekerjaan yang bersifat berulang, sehingga penilaian yang dilakukan ditekankan pada keluaran. Keluaran ini adalah berupa jumlah berkas klaim yang berhasil diselesaikan per harinya.

Dalam berbagai literature, kita jumpai bermacam-macam metode penilaian kecakapan antara lain:

a. *Metode Paired Comparison*

Metode ini dilaksanakan dengan membandingkan hasil kerja seseorang pegawai dengan hasil kerja pegawai lain. Kelemahan metode ini adalah kesulitan untuk menentukan faktor-faktor pembanding, subyek kesalahan kesan terakhir dan *halo effect*. Kebaikannya menyangkut kemudahan administrasi dan penjelasannya.

b. *Metode Grading*

Dalam metode ini, mula-mula ditetapkan tingkat nilai, misalnya kurang, sedang, cukup, baik, dan amat baik. Tentu saja dalam praktek dapat dibuat lebih kurang dari lima tingkat. Kemudian hasil kerja pegawai yang dinilai dibandingkan dengan tingkat-tingkat nilai yang telah ditentukan, dan pegawai yang bersangkutan dimasukkan dalam tingkat-tingkat yang paling sesuai dengan hasil kerjanya. Dengan demikian pegawai hanya memperoleh satu kemungkinan tingkat nilai: kurang, sedang, cukup, baik, atau amat baik.

c. *Metode Graphic Rating System*

Metode ini disebut juga metode *graphic scales*. Dalam metode ini mula-mula ditetapkan faktor-faktor atau unsur-unsur yang menjadi objek penilaian. Faktor-faktor tersebut menjadi dua jenis, yaitu:

1. Sifat-sifat pegawai: menunjukkan kualitas pegawai seperti semangat kerja, inisiatif, kesetiaan, dan sebagainya
2. Kontribusi: menunjukkan sesuatu yang dihasilkan oleh pegawai yang bersangkutan, misalnya: kualitas, jumlah pekerjaan, tanggung jawab, dan sebagainya. Secara terinci faktor-faktor yang menjadi objek penilaian dapat disebutkan sebagai berikut:
  - Kerja sama
  - Kualitas kerja
  - Inisiatif
  - Kepercayaan
  - Kepribadian
  - Keterampilan
  - Pengetahuan tentang pekerjaan
  - Presensi

d. *Metode Man to Man Comparison*

Metode ini disebut juga metode perbandingan faktor (*factor comparison method*). Dalam metode *man-to-man comparison*, mula-mula ditentukan skala pegawai untuk masing-masing faktor terpilih. Pegawai yang menunjukkan tingkat tertinggi ditempatkan pada bagian teratas skala. Pegawai yang menunjukkan tingkat terendah ditempatkan pada skala terendah. Diantara tingkat teratas dan tingkat terendah dimasukkan tingkat-tingkat lainnya. Faktor-faktor yang menjadi objek penilaian ditentukan, kemudian orang-orang yang dinilai dibandingkan dengan orang-orang yang ada dalam skala, dan untuk setiap faktor diberi angka atau nilai tertentu.

Untuk menilai prestasi kerja tenaga verifikator klaim di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta dapat menggunakan *metode graphic rating system*. Metode ini lebih cocok digunakan karena pada metode ini tenaga verifikator klaim dinilai dari aspek kualitas maupun kuantitas pekerjaan.

Bila pegawai melaksanakan pekerjaan dengan baik, mereka harus menerima kompensasi yang adil dan layak. Bentuk penghargaan ini mencakup pengupahan dan penggajian, serta berbagai bentuk kompensasi pelengkap *fringe benefits* seperti asuransi dan rekreasi. Balas jasa lain juga berupa pelayanan pegawai, seperti penciptaan kondisi kerja yang sehat dan aman, yang biasanya merupakan perwujudan kepatuhan legal. Selanjutnya, upaya-upaya motivasi, komunikasi, pengendalian stress, konseling, dan disiplin adalah teknik-teknik penting lain yang digunakan untuk memelihara prestasi dan kepuasan kerja pegawai.

Deskripsi pekerjaan atau jabatan (*job description*) adalah suatu pernyataan tertulis yang menguraikan fungsi, tugas-tugas, tanggung jawab, wewenang, kondisi kerja, dan aspek-aspek pekerjaan tertentu lainnya. Deskripsi pekerjaan sebaiknya merinci fungsi, wewenang dan tanggung jawab secara terpisah. Fungsi menunjukkan apa pekerjaan yang dilakukan, bagaimana dan mengapa hal itu dikerjakan. Kemudian fungsi dijabarkan dalam bentuk perincian kegiatan secara sederhana yang disebut tugas-tugas pekerjaan. Wewenang menunjukkan hak untuk melakukan sesuatu atau untuk memerintah orang lain untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Tanggung jawab merupakan kewajiban pemegang jabatan.

Deskripsi pekerjaan menguraikan apa yang dilakukan pekerjaan atau profil pekerjaan. Sedangkan spesifikasi pekerjaan atau *job specification* menunjukkan siapa yang melakukan pekerjaan itu dan faktor-faktor manusia yang disyaratkan. Ini merupakan profil karakteristik-karakteristik manusia yang diperlukan suatu pekerjaan. Persyaratan-persyaratan tersebut meliputi pendidikan, latihan, pengalaman, dan persyaratan fisik serta mental.

Berdasarkan hasil analisa SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, Threat*), merujuk pada sumber-sumber kepustakaan sebagai input, membandingkan dengan standar kompetensi dari perusahaan asuransi pbanding, melakukan wawancara

dengan kepala/manajemen, praktisi dan ahli dalam asuransi kesehatan serta melakukan diskusi dengan verifikator, maka dapat disimpulkan standar kompetensi verifikator klaim di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta. Standar kompetensi terdiri dari 2 bagian yaitu:

1. Penyusunan berdasarkan lulusan dan pengalaman kerja
2. Kriteria penilaian dari masing-masing golongan.

Untuk mengetahui jenis kegiatan karyawan terhadap kegiatan yang dikerjakannya sehari-hari, dilakukan pengamatan kegiatan menurut sistem acak sederhana terhadap waktu kerja karyawan yang berlaku di perusahaan dan dibagi menjadi 3 (tiga) kegiatan besar yaitu:

- a. Kegiatan langsung, yakni verifikasi klaim
- b. Kegiatan tidak langsung:
  - Keluar ruangan yang sehubungan dengan tugasnya seperti keruang pimpinan
  - Melakukan pembicaraan seperti member informasi ke rekan kerja atau konsultasi ke rekan kerja
  - Melakukan kegiatan di luar bagian untuk membantu bagian lain menyelesaikan tugas/pekerjaan.
- c. Kegiatan pribadi, antara lain:
  - Sholat
  - Makan atau minum
  - Ke toilet atau keluar ruangan untuk melepaskan lelah, dan
  - Menerima telepon yang tidak berhubungan dengan pekerjaannya atau berbicara dengan rekan kerja.

Proses verifikasi klaim pada program *managed care* lebih rumit dibandingkan dengan proses verifikasi pada asuransi kesehatan *indemnity*. Program *managed care* diterapkan untuk mengendalikan biaya kesehatan yang dapat menyebabkan proses verifikasi klaim menjadi lebih kompleks dan rumit. Program *managed care* mempunyai program *utilization review* yang mengharuskan verifikator harus



memeriksa mengenai surat rujukan dan surat jaminan jika peserta melakukan rawat inap. Jika surat tersebut tidak ada, manfaat yang diterima oleh peserta dapat tidak dibayarkan. Hal yang sama juga diterapkan jika peserta akan melakukan suatu tindakan, peserta harus mendapatkan opini kedua kepada dokter yang kompeten yang direkomendasikan. Provider harus memberikan formulir tindakan yang diberikan kepada pasien dan verifikator harus memastikan bahwa formulir tersebut terdapat dalam klaim dan dapat dilakukan pembayaran.

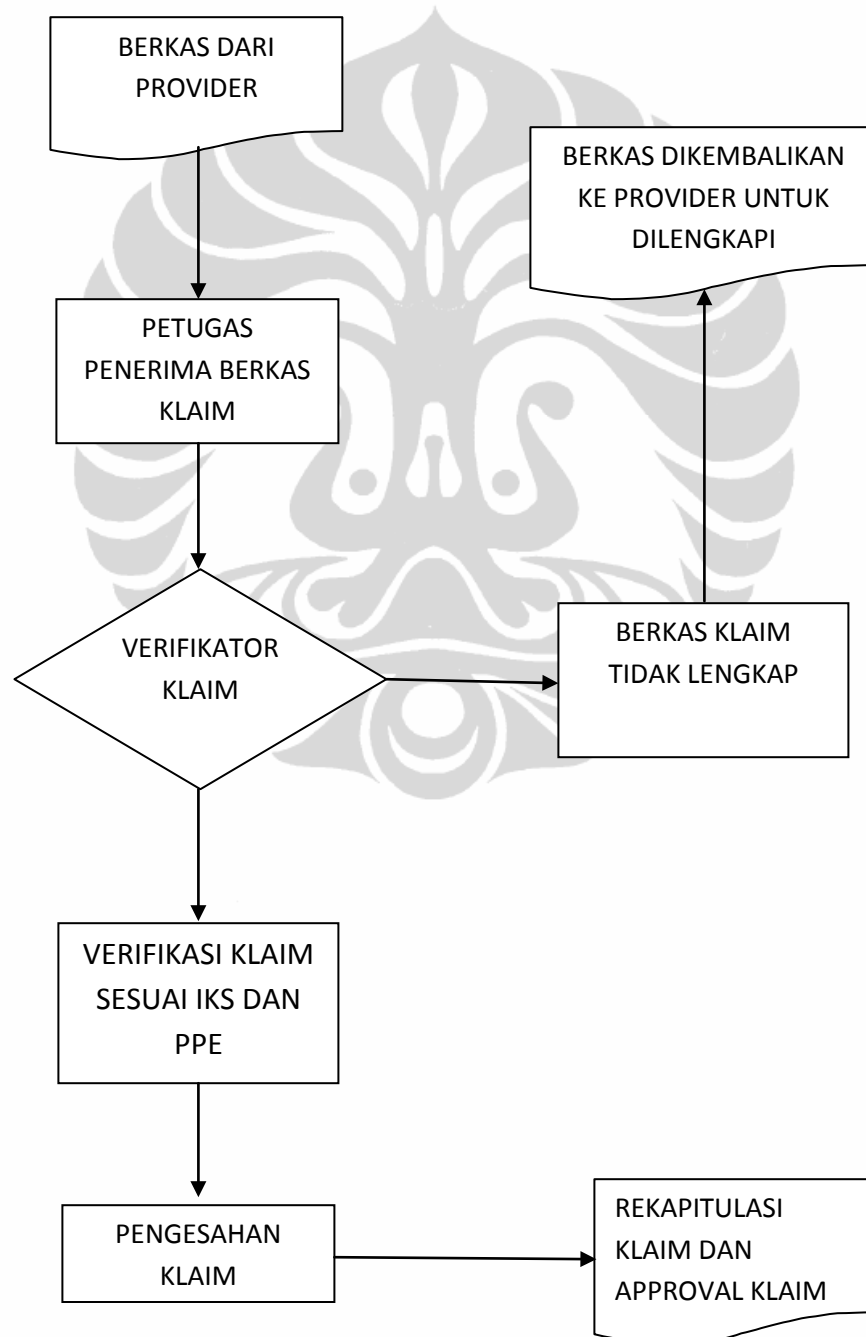
Setiap perusahaan asuransi yang bergerak di bidang asuransi kerugian maupun asuransi kesehatan memiliki suatu pedoman pelaksanaan kegiatan administrasi klaimnya, diselenggarakannya administrasi klaim secara baik adalah untuk dapat mengadakan monitoring dan evaluasi serta melaporkan perkembangan klaim mulai dari awal kejadian sampai kepada realisasi pembayarannya.

*International Claim Association (ICA)* mengeluarkan prinsip-prinsip dalam proses verifikasi klaim dalam rangka menjaga dan memelihara kepercayaan peserta dan perusahaan asuransi. Prinsip-prinsip yang dapat digunakan oleh perusahaan asuransi adalah sebagai berikut:

- Peserta atau penerima manfaat harus memberikan klaim yang benar, jujur, dan lengkap, serta bersedia untuk melakukan kerjasama untuk memproses verifikasi klaim.
- Setiap klaim harus dilakukan investigasi terhadap semua fakta yang ada secara jujur dan objektif. Verifikator harus dapat memastikan bahwa klaim tersebut benar dan *liable*.
- Verifikator harus memperlakukan semua klaim sama dan tanpa ada pengecualian
- Dapat mengenali klaim yang wajar dan tidak wajar
- Mempunyai standar yang harus diterapkan, seperti menyediakan SDM, sistem, dan teknologi agar proses verifikasi klaim dapat berjalan dengan efektif dan efisien. Verifikator harus meningkatkan kemampuannya, menganalisa, dan bersikap professional dalam proses verifikasi klaim.

Berikut adalah alur proses verifikasi klaim dimulai dari penerimaan berkas klaim sampai berkas klaim tersebut dibayarkan.

### STANDARD OPERATIONAL PROCEDURE (SOP) VERIFIKASI KLAIM



Berkas klaim dari provider diterima oleh petugas penerima berkas, kemudian petugas penerima berkas memberikan berkas klaim tiap-tiap rumah sakit ke tiap-tiap verifikator klaim. Verifikator klaim melakukan proses verifikasi klaim secara bertahap. Tahap pertama adalah verifikasi administrasi, yaitu melakukan pemeriksaan kelengkapan persyaratan klaim. Verifikasi administrasi dimulai dengan memeriksa tanggal pengajuan, data kepesertaan pasien, data provider/rumah sakit, benefit yang diambil, dan kelengkapan berkas klaim (dokumen penyerta). Setelah syarat administratif tersebut terpenuhi maka barulah verifikasi tahap dua yaitu verifikasi klaim. Pada verifikasi klaim ini akan dilihat kesesuaian antara diagnosis dengan tindakan dan obat yang dilakukan oleh provider/rumah sakit. Selanjutnya verifikasi tahap ketiga yaitu melakukan verifikasi keuangan. Pada verifikasi ini dilakukan pemeriksaan besarnya klaim dan memutuskan besarnya penggantian klaim.

Jika pada tahap pertama ditemukan dokumen yang tidak lengkap, maka verifikator akan mengembalikan berkas klaim tersebut ke provider. Tetapi jika ditemukan ketidaksesuaian antara diagnosis dengan tindakan dan obat yang dilakukan oleh provider, verifikator klaim harus melakukan investigasi. Hal ini akan berakibat pada verifikasi selanjutnya.

Hambatan yang ditemui dalam verifikasi klaim adalah jika berkas klaim yang diverifikasi tidak lengkap maka berkas klaim tersebut akan dikembalikan kepada provider untuk dilengkapi. Hal inilah yang dapat memperlambat pembayaran klaim kepada provider. Selain itu, jika ditemukan ketidaksesuaian maka klaim yang diajukan tidak dapat dibayarkan kepada provider.

Dalam asuransi kesehatan, *fraud* dapat dinilai dari beberapa indikator berikut:

- Tanda tangan peserta atau penerima manfaat tidak ada  
Tanda tangan peserta yang menyatakan bahwa keterangan dalam klaim tersebut adalah benar merupakan keharusan yang tidak dapat ditawar. Tanda tangan peserta ini merupakan pernyataan bahwa peserta telah menerima perawatan sesuai dengan klaim yang diajukan. Dalam HCFA-1500 pernyataan ini berbunyi “*I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below*”. Tanda tangan peserta

merupakan saringan pertama untuk terjadinya fraud. Bila perusahaan asuransi bersedia membayar klaim tanpa ada tanda tangan peserta didalamnya berarti perusahaan asuransi tersebut membuka lebar kesempatan untuk terjadinya *fraud*.

- Formulir yang dilampirkan merupakan formulir fotokopi bukan asli
- Banyak data yang tidak dilampirkan yang berkaitan dengan klaim tersebut, seperti dalam tagihan operasi
- Kesalahan dalam penulisan dan ketidaksesuaian penggunaan bahasa kedokteran
- Terdapat perubahan biaya dalam tagihan
- Ketidaksesuaian diagnosis dengan usia peserta atau penerima manfaat
- Rumah sakit atau pemberi pelayanan kesehatan tidak mempunyai rekam medis peserta
- Pembelian obat dilakukan beberapa kali dalam satu waktu di beberapa apotek.

Batas waktu juga dapat dijadikan alat untuk menekan *fraud*. bila tidak ada batas waktu maka akan mudah sekali *fraud* terjadi karena semakin lama pengajuan klaim maka akan semakin sulit untuk menelusuri kebenaran data dalam berkas klaim.

Fraud dapat dilakukan baik oleh peserta maupun oleh pemberi pelayanan kesehatan, namun *fraud* yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan lebih sulit diidentifikasi dibandingkan yang dilakukan oleh peserta.

*Case management* digunakan baik untuk kasus katastropik dengan biaya tinggi dan untuk penyakit kronis. *Case management* dapat dijalankan secara efektif dengan memberlakukan *precertification* yang dapat mengidentifikasi risiko tinggi dan klaim dengan biaya tinggi sebelum dilakukan tindakan.

Selain masalah *man*, *material* merupakan masalah besar lainnya yaitu masalah tempat dan kurangnya ketersediaan pedoman buku tarif dan obat seperti *mims* dan formularium sehingga menyebabkan lambatnya proses verifikasi klaim. Dalam wawancara mendalam terungkap bahwa tempat yang digunakan merupakan ruang gabungan dengan bagian lainnya di Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta dan banyaknya berkas klaim baik yang telah diverifikasi maupun belum diverifikasi

menyebabkan tempat menjadi sempit. Salah satu upaya yang telah dilakukan dengan mengubah tata letak agar personel verifikator dapat bekerja dengan baik. Penambahan tenaga saat ini dikhawatirkan akan menyebabkan peningkatan kebutuhan ruangan. Namun, mengingat UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta sedang dalam tahap pembangunan gedung dan adanya rencana pemindahan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta maka masalah ini dapat diatasi.

Sedangkan masalah pedoman buku tarif dan obat adalah ketersediaan pedoman buku tarif dan obat yang hanya satu buku untuk tiap kelompok sedangkan dalam satu kelompok terdapat 5 orang verifikator, sehingga jika ada verifikator yang membutuhkan buku tersebut harus menunggu hingga buku tersebut selesai digunakan oleh verifikator lainnya. Hal ini memperlambat proses verifikasi klaim.

Masalah *machine* didapatkan pada *budget faximile* dan komputer. Faximile digunakan untuk mengirimkan BAP ke tiap-tiap rumah sakit saat ini, namun hal ini sudah diatasi dan mendapat cukup anggaran. Sedangkan komputer bukan merupakan hambatan yang berarti saat ini, karena proses verifikasi klaim masih manual. Namun, Proses verifikasi klaim secara manual dapat meningkatkan kesalahan/error, sehingga penggunaan sistem dalam melakukan proses verifikasi klaim sangatlah penting. Jika proses verifikasi klaim telah menggunakan sistem, maka komputer merupakan alat yang penting dalam menunjang proses verifikasi klaim.

## 6.2.2 Penghitungan Beban Kerja dan Kebutuhan Tenaga sesuai WT

### 1. Penghitungan beban kerja sesuai WT

Penghitungan beban kerja dilakukan dengan metode Ilyas. Dasar penghitungan beban kerja menggunakan waktu transaksi yang telah didapatkan dari hasil pengamatan di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta dan rerata jumlah berkas klaim satu tahun terakhir (Januari 2011 – Desember 2011).

Waktu transaksi yang digunakan adalah 1 menit untuk berkas klaim rawat jalan dan 7 menit untuk berkas rawar inap. Untuk penghitungan jumlah transaksi digunakan angka 2315 berkas klaim/hari sesuai dengan rerata jumlah

berkas klaim yang diverifikasi di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta bulan Januari 2011 – Desember 2011.

Rumus penghitungan beban kerja metode Ilyas adalah:

$$\text{Beban kerja/hari} = \text{B.Ki-j} = \text{JT} \times \text{WT}$$

Keterangan:

B.Ki-j : jenis beban kerja

JT : jumlah transaksi per hari

WT : waktu (menit atau jam) untuk setiap jenis transaksi

Untuk menghitung beban kerja di unit pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, dimasukkan angka yang telah dituliskan sebelumnya ke dalam rumus:

$$\text{Beban kerja/hari} = \text{B.Ki-j} = \text{JT} \times \text{WT}$$

$$\text{Beban kerja/hari} = \text{B.Ki-j} = (2315 \times 0.6 \times 1) + (2315 \times 0.4 \times 7)$$

$$\text{Beban kerja/hari} = \text{B.Ki-j} = 1389 + 6482$$

$$\text{Beban kerja/hari} = \text{B.Ki-j} = 7871 \text{ menit/unit/hari}$$

$$\text{Beban kerja/hari} = \text{B.Ki-j} = 132 \text{ jam/unit/hari}$$

Keterangan:

B.Ki-j : jenis beban kerja

JT : jumlah transaksi per hari

2315 berkas klaim/hari

60:40 berkas klaim rawat jalan: berkas klaim rawat inap

WT : waktu (menit atau jam) untuk setiap jenis transaksi

1 menit untuk berkas klaim rawat jalan dan 7 menit untuk berkas klaim rawat inap

2. Penghitungan kebutuhan tenaga per hari dan total kebutuhan tenaga berdasarkan WT

Penghitungan kebutuhan tenaga dengan metode Ilyas memperhitungkan beban kerja dibagi dengan jam kerja efektif per hari. Jam kerja efektif yang digunakan adalah 6 jam/hari dengan memperhitungkan adanya kebutuhan waktu pribadi dan waktu istirahat bagi personel. Penghitungan kebutuhan tenaga total akan pula memerlukan penghitungan jumlah hari kerja per tahun. Untuk menentukan jumlah hari kerja per tahun maka perlu diketahui terlebih dahulu jumlah libur tenaga. Jumlah libur tenaga verifikator adalah 9 hari/bulan untuk bulan dengan jumlah hari 30 dan 10 hari/bulan untuk bulan dengan jumlah hari 31. Dari data tersebut dapat dihitung bahwa jumlah hari libur 104 hari. Jumlah hari ini masih ditambah dengan cuti 12 hari/tahun dan libur bersama 12 hari/tahun, sehingga total jumlah hari libur per tahun adalah 128 hari/tahun dan jumlah hari kerja efektif per tahun adalah 237 hari/tahun.

$$\sum \text{SDM/hari} = \{(\text{B.Ki-j} = \text{JT} \times \text{WT}) : \text{JKE}\}$$

$$\sum \text{SDM/hari} = 132 : 6 = 22 \text{ orang}$$

$$\sum \text{SDM/hari dengan koreksi hari kerja efektif} = 22 \times 12/237 = 1$$

$$\text{Total SDM yang dibutuhkan} = 22 + 1 = 23 \text{ orang}$$

Keterangan:

B.Ki-j : jenis beban kerja = 132 jam/orang/hari

JT : jumlah transaksi per hari = 2315 berkas klaim/hari

WT : waktu (menit atau jam) yang dibutuhkan untuk setiap jenis transaksi 1 menit untuk berkas klaim rawat jalan, 7 menit untuk berkas klaim rawat inap

JKE : jam kerja efektif SDM per hari = 6 jam/hari

Jumlah hari kerja per tahun = 237 hari/tahun

Jumlah 23 orang ini tidak dilihat dari status kepegawaian tenaga verifikator tersebut dan tidak termasuk tenaga untuk menerima berkas klaim yang masuk dan pengarsipannya serta tenaga untuk membuat BAP ke rumah sakit.

SDM saat ini berjumlah 57 orang, dengan jumlah PNS sebanyak 24 orang dan 33 tenaga honorer. SDM tersebut terbagi kedalam 3 unit kerja yaitu seksi pemasaran dan kepesertaan, seksi pelayanan kesehatan, dan sub bagian tata usaha. Tenaga verifikator yang diteliti oleh peneliti terdapat didalam seksi pelayanan kesehatan yaitu sebanyak 31 orang dengan 11 orang adalah PNS dan 20 orang adalah tenaga honorer. Namun yang diamati oleh peneliti adalah sebanyak 14 orang, dimana 14 orang inilah yang tugas dan tanggung jawabnya adalah memverifikasi klaim. Berdasarkan informasi dari bagian tata usaha, tenaga verifikator klaim kontrak di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta dikontrak setiap satu tahun dengan perpanjangan kontrak.

Di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta, aspek *money* merupakan salah satu masalah besar lainnya yaitu anggaran dalam belanja pegawai seperti penggajian dan insentif yang diberikan. Dalam anggaran tidak dibenarkan tenaga kontrak melebihi tenaga PNS yang ada dalam satu unit kerja, sehingga dana yang digunakan untuk menggaji tenaga kontrak diperoleh dari dana kegiatan. Selama ini tidak ditemukan masalah yang cukup berarti dalam menggaji tenaga verifikator maupun untuk pembayaran klaim ke rumah sakit.

Dalam wawancara juga berhasil diidentifikasi beberapa upaya yang telah dilakukan dalam mengatasi hambatan-hambatan tersebut yaitu:

- a. Adanya tenaga yang diperbantukan baik dari unit yang berbeda di UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta maupun dari rumah sakit
- b. Menambah jam kerja (lembur). Pada bulan Mei dan Juni 2012, dimana pengamatan dilakukan pada bulan-bulan tersebut didapatkan bahwa waktu



yang dibutuhkan untuk menyelesaikan berkas klaim diluar jam kerja efektif adalah lebih dari 20 jam per minggu.

Untuk penghitungan tenaga verifikator di masa depan, peneliti menggunakan ratio jumlah berkas klaim yang dapat diselesaikan dalam satu hari dengan jumlah tenaga yang dapat mengerjakannya. Jumlah rata-rata berkas klaim yang diterima dalam satu hari adalah 2315 berkas klaim yang terdiri dari 1389 berkas klaim rawat jalan dan 926 berkas klaim rawat inap. Sedangkan kemampuan seorang tenaga verifikator dapat menyelesaikan rata-rata 150 berkas klaim rawat jalan dalam satu hari dan 30 berkas klaim rawat inap. Dalam satu minggu seorang tenaga verifikator dapat menyelesaikan rata-rata 300 berkas klaim rawat jalan dan 100 berkas klaim rawat inap. Dengan berasumsi setiap kenaikan 500 jumlah berkas klaim per hari, maka dapat disimpulkan perkiraan jumlah tenaga verifikator klaim di masa depan sebagai berikut:

$$\text{Jumlah berkas klaim masa depan} = 500 + 2315$$

$$\text{Jumlah berkas klaim masa depan} = 2815$$

Dengan menggunakan metode Ilyas seperti yang digunakan sebelumnya dalam menghitung beban kerja, maka beban kerja menjadi 160 jam/unit/hari dan jumlah tenaga yang dibutuhkan menjadi 27 orang. Sehingga dapat disimpulkan setiap kenaikan 500 jumlah rata-rata berkas klaim dibutuhkan tenaga verifikator sebanyak 5 orang.

Namun, penghitungan tenaga verifikator klaim di masa depan ini tergantung dari masing-masing perusahaan asuransi. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti metode/alur yang digunakan dalam proses verifikasi tiap perusahaan asuransi, penggunaan teknologi dalam proses verifikasi klaim, dan kemampuan tenaga verifikator klaim.

Dalam aspek *method*, suatu organisasi harus memiliki SOP atau *Standard Operational Procedure* yang baku untuk membantu dan mempermudah proses

verifikasi klaim. Dalam SOP tersebut harus terdapat cara dalam proses verifikasi klaim dan cara untuk mengatasi masalah jika ditemukan kesulitan dalam melakukan proses verifikasi klaim.

Penggunaan teknologi seperti sistem informasi dapat membantu proses verifikasi menjadi lebih cepat dan efisien dibandingkan jika semua proses verifikasi dilakukan secara manual. Penggunaan sistem informasi dapat membantu *stakeholder* untuk mengambil keputusan dan mencegah terjadinya *abuse/fraud*. Sistem informasi yang baik dapat memberikan informasi yang diperlukan baik oleh verifikator selaku pengguna maupun oleh *stakeholder* selaku pengambil keputusan.

Aspek yang sama pentingnya selain aspek *man* adalah aspek *machine* dan *material*. Proses verifikasi klaim dapat berjalan dengan baik dan efisien jika dibantu dengan infrastruktur yang memadai. Tempat, lingkungan, dan iklim kerja yang baik dapat meningkatkan produktivitas dan menurunkan *turn over* personel akibat tingkat kejenuhan yang tinggi, dalam hal ini produktivitas tenaga verifikator dinilai dari banyaknya berkas klaim yang berhasil diselesaikan dalam satu hari. Selain itu, alat-alat atau meteri penunjang lainnya seperti buku pedoman baik buku pedoman obat/*mims* dan buku tarif yang digunakan serta alat tulis dapat membantu dan mempercepat proses verifikasi klaim.

Aspek *money* juga merupakan aspek yang penting. Dalam aspek ini, organisasi asuransi kesehatan harus mempunyai rencana anggaran untuk membayar klaim dan tenaga.

Dari hasil penelitian dan wawancara mendalam diatas dapat disimpulkan bahwa masalah kebutuhan tenaga merupakan masalah terbesar baik di UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta maupun di perusahaan asuransi. Perekrutan tenaga verifikator harus dilihat dari standar kompetensi yang dimiliki. Standar kompetensi seorang pegawai dinilai dari *job knowledge* yaitu latar belakang pendidikan, *job skill* yaitu keterampilan dan pengalaman kerja, serta perilaku yaitu ketekunan, kesabaran, dan ketelitian. Sedangkan untuk tenaga verifikator yang telah ada saat ini diperlukan pelatihan untuk meningkatkan *job skill*, sehingga dapat memperbaiki dan meningkatkan layanan kesehatan baik bagi peserta maupun bagi provider. Selain itu,

infrastruktur dan iklim kerja yang baik dapat meningkatkan produktivitas tenaga dalam menghasilkan unit produksi dalam hal ini menyelesaikan berkas klaim. Dengan teridentifikasinya masalah-masalah ini diharapkan dapat dilakukan tindakan sebagai solusi untuk memperbaiki dan mempercepat proses verifikasi klaim di UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta.

Dari hasil penelitian dan wawancara mendalam juga berhasil diperoleh beberapa saran mengenai upaya yang dapat dilakukan untuk mengoptimalkan waktu proses verifikasi klaim, antara lain:

- a. Rekrutmen sebaiknya memilih tenaga yang sudah berpengalaman dan berlatar belakang kesehatan
- b. Menggunakan sistem informasi dan teknologi
- c. Membuat dan menggunakan formulir klaim standar . Amerika telah membuat dan menggunakan formulir klaim standar untuk asuransi kesehatan, yaitu *Health Insurance Claim Form* (HCFA-1500) yang berisi informasi mengenai pihak yang menanggung biaya pasien, diagnosis, prosedur, pelayanan, dan biaya pelayanan kesehatan. Formulir ini telah disetujui oleh *American Medical Association* (AMA) sebagai salah satu upaya untuk mengurangi dan menyederhanakan kertas kerja untuk *Provider*.

## B A B VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Beban kerja tenaga verifikator klaim kontrak di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta adalah sebesar 132 jam per unit per hari. Artinya, beban kerja satu unit verifikator klaim dalam satu hari adalah sebesar 132 jam.
2. Kebutuhan tenaga verifikator klaim kontrak di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta adalah sebanyak 23 orang. Jumlah tenaga verifikator klaim kontrak saat ini adalah 14 orang, sehingga jumlah tenaga verifikator klaim kontrak tambahan sebanyak 9 orang.
3. Latar belakang pendidikan dan tingkat pendidikan tenaga verifikator klaim kontrak di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta sangat bervariasi. Sementara itu, tugas verifikator klaim ini merupakan klaim yang berhubungan dengan medis dimana diperlukan pengetahuan yang memadai untuk dapat melakukan tugasnya. Tingkat pendidikan juga dipertimbangkan karena verifikasi klaim ini memerlukan analisis yang dalam, sehingga dengan tingkat pendidikan yang memadai dapat menganalisa dengan lebih akurat.
4. Tidak adanya *Standard Operational Procedure* (SOP) yang baku dalam melakukan proses verifikasi klaim. SOP diperlukan untuk memudahkan dan membuat proses verifikasi klaim menjadi lebih cepat dan efisien.
5. Proses verifikasi klaim di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta masih bersifat manual, hal ini dapat membuat kesalahan/*error* yang dibuat menjadi lebih besar.
6. Hambatan terbesar dalam proses verifikasi klaim di seksi pelayanan kesehatan UP Jamkesda Propinsi DKI Jakarta adalah kurangnya tenaga verifikator klaim untuk melakukan proses verifikasi klaim. Kekurangan tenaga verifikator

klaim dapat menyebabkan proses pembayaran klaim ke rumah sakit/provider menjadi terlambat, sehingga dapat menurunkan mutu pelayanan kesehatan kepada peserta dan kepercayaan dari rumah sakit/provider.

## 7.2 Saran

1. Dengan beban kerja yang tinggi dibutuhkan tenaga verifikator klaim tambahan untuk mencegah kejenuhan dan mengurangi kesalahan yang dibuat dalam proses verifikasi klaim.
2. Perekrutan tenaga verifikator tidak memakan waktu yang lama, namun tetap harus diperhatikan kompetensi dari masing-masing tenaga verifikator. Standar kompetensi yang harus diperhatikan antara lain: *job knowledge* yaitu latar belakang dan tingkat pendidikan, *job skill* yaitu keterampilan dan pengalaman kerja, serta perilaku dimana seorang verifikator memiliki sifat yang tekun, teliti, dan dapat menganalisis. Tenaga verifikator klaim sebaiknya mempunyai latar belakang pendidikan kesehatan dengan pendidikan terakhir adalah diploma 3.
3. Meningkatkan kemampuan dan keterampilan dalam melakukan verifikasi klaim, dengan memberikan pelatihan mengenai asuransi kesehatan dan manajemen klaim.
4. Menggunakan teknologi dan sistem informasi. Hal ini diperlukan untuk membuat proses verifikasi klaim menjadi lebih cepat dan efisien, mencegah *abuse/fraud*, dan membantu *stakeholder* untuk mengambil keputusan karena dapat memberikan informasi mengenai *claim ratio*, trend penyakit, jumlah pembayaran klaim kepada provider baik yang dibayarkan maupun yang ditolak, dan jumlah peserta yang memanfaatkan *benefit*.
5. Membuat lingkungan kerja yang nyaman, dimana ruangan tidak sempit dan hanya terdapat satu unit saja. Hal ini dibutuhkan agar tenaga verifikator klaim dapat bekerja dengan baik dan benar, serta mencegah kejenuhan.

6. Adanya metode atau alur verifikasi klaim yang baku untuk memudahkan proses verifikasi, sehingga dapat memperkecil kesalahan dan meningkatkan produktivitas.



## DAFTAR PUSTAKA

Aditama, Tjandra Yoga. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Edisi Kedua. Penerbit UI (UI Press). 2007

Anandita, Widya. *Beban Kerja dan Kebutuhan Tenaga Instalansi Farmasi RS Hermina Depok Tahun 2011*. FKM UI.2011

Appleton, Jo Ann.S. *Claim Administration: Principles and Practices*. 2<sup>nd</sup> Edition. International Claim Association. 1989

Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan Bagian A. Pamjaki. Jakarta. 2000

Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B. Pamjaki. Jakarta. 2000

Departemen Kesehatan RI. *Profil Sumber Daya Manusia Kesehatan Indonesia*. Pusat Perencanaan Pendayagunaan. Jakarta. 2008

Departemen Kesehatan RI. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta. 2004

Departemen Kesehatan RI. *Perhitungan Kebutuhan Tenaga Kesehatan dengan Indicator of Staffing Need (ISN)*. Jakarta. 1993

Departemen Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 81/Menkes/SK/I/2004 Tentang pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota, serta RS. Jakarta. 2004

Departemen Kesehatan RI. *Petunjuk Teknis Administrasi Klaim dan Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat 2008*. Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan. Jakarta. 2008

Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI. UU No. 13 Tahun 2003 Tentang Tenaga Kerja. Jakarta. 2003. Diunduh dari <http://www.nakertarans.go.id> pada 7 April 2012.

Goel, Kumar, Thakur CP. *Management of Hospitals, 2<sup>nd</sup> vol. Hospital Supportive Services*. Deep and Deep Publication. New Delhi. 2002.

----- . *Management of Hospitals, 4<sup>th</sup> vol. Hospital Supportive Services*. Deep and Deep Publication. New Delhi. 2008

Hasibuan, Melayu. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. PT. Bumi Aksara. Jakarta. 2002

Handoko, Hani T. *Manajemen Personalia Dan Sumber Daya Manusia*. Edisi 2. BPFPE-Yogyakarta. Yogyakarta. 1996

Ilyas, Yaslis. *Perencanaan SDM RS. Teori, Metoda dan Formula*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI. CV Usaha Prima. 2011.

----- . *Kinerja Teori, Penilaian, dan Penelitian*. Cetakan Ketiga. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI. Depok. Juli 2002.

----- . *Kiat Sukses Manajemen Tim Kerja*. PT Gramedia. Jakarta. 2003.

----- . *Mengenal Asuransi Kesehatan. Review Utilisasi, Manajemen Klaim, dan Fraud (Kecurangan Asuransi Kesehatan)*. Cetakan Kedua. FKM UI. Depok. Maret 2006



Ilyas, Y, Hidayat, B. *Survei Potensi Tenaga Rumah Sakit di Wilayah Jabotabek Tahun 1998*. Badan Penerbit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok. 1999

*International Labour Organization*. Penelitian Kerja dan Pengukuran Kerja. Seri Manajemen No. 15C. Erlangga. Jakarta. 1983

Kementerian Kesehatan. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010*. Pusat Data dan Informasi Kesehatan. Jakarta. 2011

Kementerian Pemberdayagunaan Aparatur Negara. Keputusan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara Nomor KEP/75/M.PAN/7/2004 tentang Pedoman Perhitungan Kebutuhan Pegawai Berdasarkan Beban Kerja dalam Rangka Penyusunan Formasi Pegawai Negeri Sipil. Jakarta. 2004.

Lawlor, A. *Manual Peningkatan Produktivitas Lembaga Sarana Informasi dan Produktivitas*. Jakarta. 1998.

Lameshow. S, et al. *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 1997.

Levey S. Loomba NP. *Health Care Administration and A Managerial Perspective*. JB Lippincott Company. Philadelphia. 1984.

Liebler JG, Levine RE, Darviz HL. *Management Principles for Health Professionals*. Aspen Publication. Maryland 1984.

Milles MB, Huberman MA. *Qualitative Data Analysis*. Sage Publication. London. 1984.

Nahedju, Wahyudy D. *Analisis Beban Kerja Staf Bagian Klaim pada PT Asuransi Tugu Mandiri Tahun 2002*. Skripsi. FKMUI. 2002

Notoatmodjo, Soekidjo. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Cetakan Keempat. PT Rineka Cipta. Jakarta. 2009

Rakich JS, Longest BB, Darr K. *Managing Health Service Organization*. 3<sup>rd</sup> Edition. Health Professional Press. Baltimore. 1992.

Ramelan, Rahadi. *Peningkatan Produktivitas Nasional Melalui Penguasaan Iptek dan Pembangunan Sumber Daya Manusia*. UI Press. Jakarta. 1999.

Ramli, Rasmita. *Modul Kuliah Manajemen Klaim*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok. 1999.

Rifki, Mohamad. *Analisis kebutuhan Dokter Umum Berdasarkan Beban Kerja Dengan Metode Work Sampling Pada Instalansi Gawat Darurat RSUD Kab Tangerang Tahun 2009*. FKM UI. Depok. 2009

Rusdi, M Daud. *Pengembangan Sistem Pendukung Keputusan Berdasarkan Perhitungan Beban Kerja untuk Distribusi SDM Kesehatan di Dinas Kota Palembang*. FKM UI. 2010.

Siagian, S. *Manajemen SDM*. Cetakan Ke 15. Bumi Aksara. Jakarta. 2008.

Taylor JR, Taylor SB. *The AUPHA Manual of Health Service Management*. An Aspen Publication. Maryland. 1994.

Tobing, Bisaral. *Claim Administration and Claim Processing*. PT International Health Benefit Indonesia. Workshop. 2000.

Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta. *Revisi Petunjuk Pelaksana dan Petunjuk Teknis (Juklak-Juknis) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (Gakin), Kurang Mampu dan Bencana Pemerintah Daerah Propinsi DKI Jakarta Tahun 2011*. Jakarta. 2011.

Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta. *Kerangka Acuan Program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (JPKM)*. Jakarta. 2011

WHO. *Workload Indicators of Staffing Need. User's Manual*. Geneva. 2010

[www.jamkesdadki.com](http://www.jamkesdadki.com) diunduh tgl 6 april 2012

[www.jamsosindonesia.com/jamkesda/cetak/90](http://www.jamsosindonesia.com/jamkesda/cetak/90) diunduh tgl 6 april 2012.

Wursanto, IG. *Manajemen Kepegawaian 1*. Cetakan kedua. Kanisius. Jakarta. 1989.

**Lampiran 1****Daftar Penyedia Layanan**

JAKARTA PUSAT		
No	Nama Rumah Sakit	Tipe
1.	RS Cipto Mangunkusumo	RS Umum
2.	RSAL Mintoharjo	RS Umum
3.	RSPAD Gatot Soebroto	RS Umum
4.	RS Moh. Ridwan Meureksa	RS Umum
5.	RSUD Tarakan	RS Umum
6.	RS Pertamina Jaya	RS Umum
7.	RS Kramat 128	RS Umum
8.	RS Moh. Husni Thamrin	RS Umum
9.	RS Sint Carolus	RS Umum
10.	RS PGI Cikini	RS Umum
11.	RS Islam Jakarta	RS Umum
12.	RS Husada	RS Umum
13.	RS Menteng Mitra Afia	RS Umum
14.	RSB Budi Kemuliaan	RS Khusus
15.	RS Jakarta Eye Center	RS Khusus
16.	PMI	RS Khusus
JAKARTA UTARA		

1.	RSUD Koja	RS Umum
2.	RS Pelabuhan Jakarta	RS Umum
3.	RS Atmajaya	RS Umum
4.	RS Satyanegara	RS Umum
5.	RS Sukmul Sisma Medika	RS Umum
6.	RS Islam Jakarta Utara	RS Umum
7.	RS Pluit	RS Umum
8.	RS Pantai Indah Kapuk	RS Umum
9.	RS Port Medical Center	RS Umum
10.	RS Gading Pluit	RS Umum
11.	RS Royal Progress	RS Umum
12.	RSPI Prof. Sulianti Saroso	RS Khusus
13.	RSIA Puri Medika	RS Khusus
14.	RSIA Hermina Podomoro	RS Khusus
15.	RS Mulyasari	RS Khusus
16.	AGD DKI	RS Khusus
<b>JAKARTA BARAT</b>		
1.	RS Pelni	RS Umum
2.	RS Puri Mandiri Kedoya	RS Umum
3.	RS Sumber Waras	RS Umum
4.	RS Bhakti Mulia	RS Umum

5.	RS Patria IKKT	RS Umum
6.	RS. Manuella	RS Umum
7.	RS Medika Permata Hijau	RS Umum
8.	RSUD Cengkareng	RS Umum
9.	RSJ Jakarta	RS Khusus
10.	RS Kanker Dharmais	RS Khusus
11.	RSAB Harapan Kita	RS Khusus
12.	RS Jantung Harapan Kita	RS Khusus
13.	RSIA Hermina Daan Mogot	RS Khusus
<b>JAKARTA SELATAN</b>		
1.	RS Fatmawati	RS Umum
2.	RS Marinir Cilandak	RS Umum
3.	RS Tria Dipa	RS Umum
4.	RS Jakarta	RS Umum
5.	RS Agung	RS Umum
6.	RS Setia Mitra	RS Umum
7.	RS Zahirah	RS Umum
8.	RS. Dr. Suyoto	RS Umum
9.	RS. Bhayangkara Selapa Polri	RS Umum
10.	RSIA Budi Jaya	RS Khusus
11.	Jakarta Medical Centre II	RS Khusus

12.	Klinik Hemodialisa Cipta – Husada	RS Khusus
13.	Jakarta Kidney Center	RS Khusus
14.	Klinik Hemodialisa Lions	RS Khusus
<b>JAKARTA TIMUR</b>		
1.	RS Persahabatan	RS Umum
2.	RS Kesdam Jaya Cijantung	RS Umum
3.	RS Polri Sukanto	RS Umum
4.	RS Pusdikkes	RS Umum
5.	RSPAU Antariksa	RS Umum
6.	RSUD Pasar Rebo	RS Umum
7.	RSUD Budi Asih	RS Umum
8.	RS Haji Jakarta	RS Umum
9.	RS Harapan Bunda	RS Umum
10.	RS UKI Cawang	RS Umum
11.	RS Harum	RS Umum
12.	RS Islam Jakarta Timur	RS Umum
13.	RS Harapan Jayakarta	RS Umum
14.	RS Kartika Pulo Mas	RS Umum
15.	RS Mediros	RS Umum
16.	RS Yadika	RS Umum
17.	RS Rawamangun	RS Umum

18.	RSJ Bunga Rampai	RS Khusus
19.	RSKO Cibubur	RS Khusus
20.	RS Duren Sawit	RS Khusus
21.	Yayasan Ginjal Diatrans	RS Khusus
22.	Bina Waluya CardiacCenter	RS Khusus
23.	RSIA Hermina Jatinegara	RS Khusus
24.	RSIA Bunda Aliyah	RS Khusus
25.	RSIA Resti Mulya	RS Khusus
<b>LUAR DKI JAKARTA</b>		
1.	RSU Tangerang	RS Umum
2.	RSJ Bogor	RS Umum
3.	RS Kusta Sitanala Tangerang	RS Umum







### Lampiran 3

#### Pedoman Wawancara Mendalam

#### Pedoman wawancara mendalam Kepala Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta

##### I. Identitas

Nama :  
Jabatan : Kepala Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta

##### II. Pertanyaan

1. Bagaimana pendapat Anda mengenai proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
2. Bagaimana pendapat Anda tentang jumlah tenaga di Unit penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta? Apakah sudah mencukupi?
3. Apa saja upaya yang telah dilakukan untuk membuat proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta menjadi lebih efisien?
4. Apa hambatan yang ditemui dalam proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta dari segi perencanaan?
5. Apa hambatan yang ditemui dalam pengorganisasian proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
6. Apa hambatan yang ditemui dalam implementasi proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
7. Apa hambatan yang ditemui dalam *controlling* proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
8. Apa hambatan dalam aspek *man* yang terdapat pada proses verifikasi klaim di Unit penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?

9. Apa saja hambatan dalam aspek *method* yang terdapat pada proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
10. Apa saja hambatan dalam aspek *material* yang terdapat pada proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
11. Apa saja yang menjadi hambatan dalam aspek *money* yang terdapat dalam proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
12. Apa saja yang menjadi hambatan dalam aspek *machine* yang terdapat pada proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
13. Menurut Anda, apa hambatan terbesar yang terjadi dalam proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
14. Menurut Anda, hambatan apa yang menjadi prioritas dan harus segera dicari solusinya?
15. Apa saja upaya yang telah dilakukan dalam mengatasi hambatan-hambatan tersebut?

## Pedoman wawancara mendalam Kepala Seksi Pelayanan

### I. Identitas

Nama :  
Jabatan : Kepala Seksi Pelayanan

### II. Pertanyaan

1. Bagaimana pendapat Anda mengenai proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
2. Bagaimana pendapat Anda tentang jumlah tenaga verifikator klaim yang terdapat di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta? Apakah sudah mencukupi?
3. Apa saja upaya yang telah dilakukan untuk membuat proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta menjadi lebih efisien?
4. Apa hambatan yang ditemui dalam proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta dari segi perencanaan?
5. Apa hambatan yang ditemui dalam pengorganisasian proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
6. Apa hambatan yang ditemui dalam implementasi proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda DKI Jakarta?
7. Apa hambatan yang ditemukan dalam *controlling* proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
8. Apa saja yang menjadi hambatan dalam aspek *man* yang terdapat dalam proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?

9. Apa saja hambatan dalam aspek *material* yang terdapat dalam proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
10. Apa saja yang menjadi hambatan dalam aspek *method* yang terdapat dalam proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
11. Apa saja yang menjadi hambatan dalam aspek *money* yang terdapat dalam proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
12. Apa saja yang menjadi hambatan dalam aspek *machine* dalam proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
13. Menurut Anda, hambatan terbesar apa yang terjadi dalam proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
14. Menurut Anda, hambatan apa yang harus menjadi prioritas dan harus segera dicari solusinya?
15. Apa saja yang telah dilakukan dalam mengatasi hambatan-hambatan tersebut?

## **Pedoman wawancara mendalam petugas verifikasi klaim**

### **I. Identitas**

Nama :  
Jabatan : Verifikator Klaim

### **II. Pertanyaan**

1. Bagaimana pendapat Anda mengenai proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta?
2. Apa saja upaya yang telah dilakukan untuk membuat proses verifikasi klaim di Unit Penyelenggara Jamkesda Propinsi DKI Jakarta lebih efisien?
3. Apakah terdapat hambatan dalam pembagian jumlah berkas klaim?
4. Apakah Anda merasa telah memiliki keterampilan yang cukup untuk menjalankan tugas anda secara optimal?
5. Apakah anda merasa telah mendapat pelatihan yang cukup untuk melakukan tugas anda?
6. Apakah anda merasa terdapat hambatan dari segi peralatan dalam melakukan pekerjaan anda?
7. Apakah anda merasa terdapat hambatan dari segi metode kerja dalam melakukan tugas anda?
8. Apakah anda merasa puas atau tidak puas dengan pekerjaan dan kompensasi yang anda terima?
9. Apakah anda merasa lingkungan anda cukup nyaman untuk melakukan tugas anda?
10. Menurut Anda, apa yang menjadi hambatan terbesar dalam melakukan pekerjaan anda?
11. Menurut Anda, upaya apa yang dapat dilakukan untuk mengatasi hambatan tersebut?

## Pedoman wawancara mendalam Praktisi dalam Asuransi Kesehatan

### I. Identitas

Nama :

Jabatan : Direktur PT Asuransi Tugu Mandiri

### II. Pertanyaan

1. Menurut Anda, Bagaimana proses verifikasi klaim dalam asuransi kesehatan?
2. Apa saja hambatan yang ditemui dalam proses verifikasi klaim di asuransi kesehatan?
3. Menurut Anda, berapa jumlah tenaga yang ideal dalam satu bagian klaim di asuransi kesehatan?
4. Apa hambatan yang ditemui dalam implementasi proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
5. Apa hambatan yang ditemui dalam *controlling* proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
6. Apa hambatan dalam aspek *man* yang terdapat pada proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
7. Apa saja hambatan dalam aspek *method* yang terdapat pada proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
8. Apa saja hambatan dalam aspek *material* yang terdapat pada proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
9. Apa saja yang menjadi hambatan dalam aspek *money* yang terdapat dalam proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
10. Apa saja yang menjadi hambatan dalam aspek *machine* yang terdapat pada proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
11. Menurut Anda, hambatan apa yang menjadi prioritas dan harus segera dicari solusinya?
12. Apa saja upaya yang telah dilakukan dalam mengatasi hambatan-hambatan tersebut?



13. Apa hambatan yang ditemui dalam pengorganisasian proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?



## Pedoman wawancara mendalam Tenaga Ahli dalam Asuransi Kesehatan

### I. Identitas

Nama :

Jabatan :

### II. Pertanyaan

1. Menurut Anda, Bagaimana proses verifikasi klaim dalam asuransi kesehatan?
2. Apa saja hambatan yang ditemui dalam proses verifikasi klaim di asuransi kesehatan?
3. Menurut Anda, berapa jumlah tenaga yang ideal dalam satu bagian klaim di asuransi kesehatan?
4. Apa hambatan yang ditemui dalam implementasi proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
5. Apa hambatan yang ditemui dalam *controlling* proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
6. Apa hambatan dalam aspek *man* yang terdapat pada proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
7. Apa saja hambatan dalam aspek *method* yang terdapat pada proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
8. Apa saja hambatan dalam aspek *material* yang terdapat pada proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
9. Apa saja yang menjadi hambatan dalam aspek *money* yang terdapat dalam proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
10. Apa saja yang menjadi hambatan dalam aspek *machine* yang terdapat pada proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?
11. Menurut Anda, hambatan apa yang menjadi prioritas dan harus segera dicari solusinya?
12. Apa saja upaya yang telah dilakukan dalam mengatasi hambatan-hambatan tersebut?

13. Apa hambatan yang ditemui dalam pengorganisasian proses verifikasi klaim di Asuransi Kesehatan?

