



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS BEBAN DAN VARIASI PENGGUNAAN BIAYA
OUT-OF-POCKET PADA PASIEN EMERGENCY
NON PERSALINAN PESERTA PT JAMSOSTEK (PERSERO)
KANTOR CABANG CILANDAK TAHUN 2010**

SKRIPSI

**LAILATUL HUSNA
NPM: 0806458334**

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS BEBAN DAN VARIASI PENGGUNAAN BIAYA
OUT-OF-POCKET PADA PASIEN EMERGENCY
NON PERSALINAN PESERTA PT JAMSOSTEK (PERSERO)
KANTOR CABANG CILANDAK TAHUN 2010**

SKRIPSI

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

**LAILATUL HUSNA
NPM: 0806458334**

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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Lailatul Husna
NPM : 0806458334
Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2012

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

Analisis Beban dan variasi Penggunaan Biaya Out-of-Pocket Pada Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010.

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, Juli 2012



(Lailatul Husna)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Lailatul Husna

NPM : 0806458334

Tanda Tangan :



Tanggal : Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Lailatul Husna
NPM : 0806458334
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Analisis Beban dan Variasi Penggunaan Biaya *Out-Of-Pocket* pada Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Kurnia Sari, SKM, M.SE (.....)

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

Penguji II : Ary Imelda, SKM (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Juli 2012

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Lailatul Husna
Alamat : Jl. Swadaya III No.13 Rt.006/01, Cipinang
Melayu, Jakarta Timur, 13620
Tempat & Tanggal Lahir : Jakarta, 24 Agustus 1988
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan

Pendidikan

1. SDN Cipinang Melayu 01 Pagi 1994-2000
2. SMPN 80 Halim Perdanakumsuma 2000-2003
3. SMAN 42 Halim Perdanakusuma 2003-2006
4. FKM UI Peminatan Manajemen Asuransi Kesehatan 2008-2012

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmannirrahim....

Segala puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “**Analisis Beban dan variasi Penggunaan Biaya *Out-of-Pocket* Pada Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010**”. Skripsi ini diajukan untuk memenuhi persyaratan kelulusan pada Pendidikan Program Sarjana Kesehatan Masyarakat S1, Peminatan Manajemen Asuransi Kesehatan, Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa di dalam penyusunan laporan prakesmas ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran dari berbagai pihak dan dalam kesempatan ini dengan rasa hormat dan kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Kurnia Sari, S.K.M., M.S.E., selaku pembimbing akademik yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran dalam membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan laporan prakesmas ini.
2. Ary Imelda, S.K.M., selaku pembimbing lapangan yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran dalam membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan laporan prakesmas ini serta memberikan kesempatan menjalani prakesmas di PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak ini.
3. Dr. Pujiyanto, S.K.M., M.Kes, selaku penguji yang memberikan masukan yang bermanfaat bagi penulis sehingga skripsi ini bisa lebih baik.
4. Kepada kedua orang tua yang selalu penulis sayangi, Nur Rakhmat dan Juarni, terima kasih yang tak terhingga atas dorongan motivasi, do'a yang tiada hentinya, dan curahan kasih sayangnya yang telah diberikan, serta semua dukungan materi yang selalu berusaha dipenuhi demi keberhasilan pendidikan penulis selama ini.
5. Kepada kakakku tersayang Ifni Husnul Khotimah dan Mufti Alban terima kasih atas segala doa, dan dukungannya, juga keponakanku Fadlan Alfarisi Alban yang telah menghilangkan segala lelah penulis karena tawanya.
6. Kepada pacar tercinta, Alfanza Andromeda (Geografi UI'07), terima kasih atas segala doa, bantuan, dan semangatnya yang telah Cinta berikan hingga detik ini serta telah menjadi motivator terbaik bagi penulis.

7. Sahabat-sahabat yang selalu membuat hari-hari penulis berwarna Ami, Asti, Umi, Loli, Desi, Madam Ayu, Dila, Naila, dan Motty atas canda tawa dan kebersamaan serta dukungannya.
8. Kepada Yayasan Karya Salemba Empat, terimakasih yang tak terhingga atas pembelajaran dan dukungan melalui beasiswa selama dua tahun yang diberikan kepada penulis.
9. Kepada Keluarga Besar Paguyuban KSE UI atas networking, sharing dan developing-nya.
10. Teman-teman di PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak , Tete Ririk, Tete Mery, Mba Endang, Pak Chusnul, Pak Ivan, Eka, Rara, Angel, Bu Ira, Pak Yusuf, Fikar, Pak Futro, dan Pak Yusril terima kasih atas sharing dan bantuan yang diberikan kepada penulis selama melaksanakan laporan prakesmas ini.
11. Seluruh dosen pengajar program sarjana peminatan Manajemen Asuransi Kesehatan FKM UI, atas semua ilmu yang telah diberikan.
12. Mas Pri dan seluruh staf sekretariat Departemen AKK FKM UI.
13. Kopmaster FKM UI, yang telah menjadi rekan organisasi sekaligus keluarga kedua di kampus.
14. Pihak - pihak yang tak dapat disebutkan satu persatu terima kasih.

Semoga amal baik yang telah diberikan pada penulis mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT, Aamiin. Akhirnya semoga laporan prakesmas ini bermanfaat dan menambah wawasan bagi pembaca.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Depok, Juli 2012

Lailatul Husna

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

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

Nama : Lailatul Husna
NPM : 0806458334
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

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

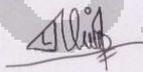
Analisis Beban dan Variasi Penggunaan Biaya *Out-of-Pocket* pada Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010.

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

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : Juli 2012

Yang menyatakan



(Lailatul Husna)

ABSTRAK

Nama : Lailatul Husna
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Analisis Beban dan Variasi Penggunaan Biaya *Out-of-Pocket* pada Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

Skripsi ini menganalisis beban dan variasi penggunaan biaya *out-of-pocket* pada pasien emergency non persalinan peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2010. Penelitian ini adalah penelitian *cross sectional* dengan desain deskriptif melalui pendekatan kuantitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban biaya *out-of-pocket* adalah sebesar Rp387.329.317 atau sebesar 67,4% dari seluruh total klaim emergency non persalinan yang diajukan. Dari total biaya *out-of-pocket* tersebut, variasi penggunaan biaya *out-of-pocket* ini digunakan untuk pelayanan obat sebesar Rp167.495.186 (43,2%), untuk pelayanan perawatan (rawat inap) sebesar Rp133.061.105 (34,4 %), untuk biaya pemeriksaan laboratorium sebesar Rp38.076.906 (9,8%), untuk biaya operasi sebesar Rp20.193.678 (5,2%), untuk biaya di ruang emergency sebesar Rp17.357.884 (4,6%), untuk biaya elektromedik sebesar Rp6.514.400 (1,7%), untuk biaya pemeriksaan radiologi sebesar Rp2.092.825 (0,5%), untuk biaya pemeriksaan patologi anatomi adalah sebesar Rp362.500 (0,1%), untuk biaya lain-lain sebesar Rp2.174.833 (0,6%) dari total *out-of-pocket*. Proporsi biaya rata-rata *out-of-pocket* per orang dari variasi penggunaan biaya *out of pocket* adalah 66,4% per orang untuk biaya pelayanan obat; 40,1% per orang untuk perawatan (rawat inap), 44,5% per orang untuk pelayanan laboratorium; 2,7% per orang untuk pelayanan operasi; 59,9% per orang untuk pelayanan di ruang emergency; 4,8% per orang untuk pelayanan elektromedik; 7,6% per orang untuk pelayanan radiologi; 1,3% per orang dari pelayanan patologi anatomi; dan 2,0% per orang untuk pelayanan lain-lain dari biaya yang diajukan per orang.

Kata kunci: *out-of-pocket*, emergency, klaim

ABSTRACT

Name : Lailatul Husna
Study Program : Bachelor of Public Health
Title : The Burden and Variation of Out-of-Pocket Spending in
Emergency Room Visit Non Delivery of PT Jamsostek
(Persero) Cilandak Branch Office Beneficiaries in 2010

This study aims to analyze out-of-pocket spending and variation in out-of-pocket spending in emergency room visit non delivery of PT Jamsostek (Persero) Cilandak Branch Office beneficiaries in 2010. This study is cross sectional study with descriptive design through a quantitative approach. The result showed that the out-of-pocket spending burden amounts Rp387.329.317 or by 67,4% of the total claims. The variation in out-of-pocket spending are for drugs services Rp167.495.186 (43,2%), for inpatient services Rp133.061.105 (34,4 %), for laboratory services Rp38.076.906 (9,8%), for operating service Rp20.193.678 (5,2%), for emergency room visit Rp17.357.884 (4,6%), for medical electronic Rp6.514.400 (1,7%), for radiology services Rp2.092.825 (0,5%), for anatomical pathology services Rp362.500 (0,1%), and for other services Rp2.174.833 (0,6%) of total out-of-pocket spending. Proportion of the average cost of out-of-pocket per member from the variation out-of-pocket spending was 66,4% per member for the cost of drug services; 40,1% per member for inpatient services, 44,5% per member for laboratory services; 2,7% per member for operating service; 59,9% per member for care at the emergency room; 4,8% per member for medical electronic services; 7,6% per member for radiology services; 1,3% per member for anatomical pathology services, and 2,0% per member for other services of total claim per member.

Key words: out-of-pocket, emergency, claim.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR	vii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	ix
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Pertanyaan Penelitian	5
1.4. Tujuan Penelitian	5
1.4.1. Tujuan Umum	5
1.4.2. Tujuan Khusus	5
1.5. Manfaat Penelitian	6
1.6. Ruang Lingkup	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Pengertian Asuransi.....	8
2.2. Pengertian Asuransi Kesehatan.....	8
2.3. Prinsip-prinsip Asuransi Kesehatan	9
2.4. Bentuk Asuraansi Kesehatan	10
2.5. Manajemen Klaim Asuransi Kesehatan	12

2.5.1 Pengertian Klaim	12
2.5.2 Administrasi Klaim.....	12
2.5.3 Cara Pengajuan Klaim	13
2.5.4 Tujuan Administrasi Klaim.....	14
2.5.5 Verifikasi klaim	15
2.5.6 Keputusan Klaim	15
2.6. <i>Out-of-Pocket</i>	16
2.7. Variabel-variabel yang berhubungan dengan <i>Out-of-Pocket</i>	16
2.7.1 Umur	16
2.7.2 Jenis Kelamin	17
2.7.3 Status Perkawinan.....	18
2.7.4 Obat-obatan	18
2.7.5 Rumah Sakit	19
2.7.5.1 Tarif Rumah Sakit.....	20
2.7.6 Diagnosis Penyakit dan ICD X	20
2.7.7 Aneka Pemeriksaan Penunjang Diagnostik	23
2.8. Tingkat Pendapatan.....	24
BAB 3. GAMBARAN UMUM PERUSAHAAN.....	25
3.1. Gambaran Umum PT Jamsostek (Persero).....	25
3.2. Visi dan Misi PT Jamsostek (Persero)	26
3.3. Filosofi PT Jamsostek (Persero)	27
3.4. Gambaran Umum PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak	28
3.5. Visi dan Misi PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak	28
3.5.1 Visi	28
3.5.2 Misi.....	28
3.6. Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK)	
PT Jamsostek (Persero).....	28
3.6.1 Cakupan Program Jaminan Kesehatan (JPK)	
PT Jamsostek (Persero)	30
3.6.2 Hal-hal yang tidak menjadi tanggung jawab	
PT Jamsostek (Persero).....	40

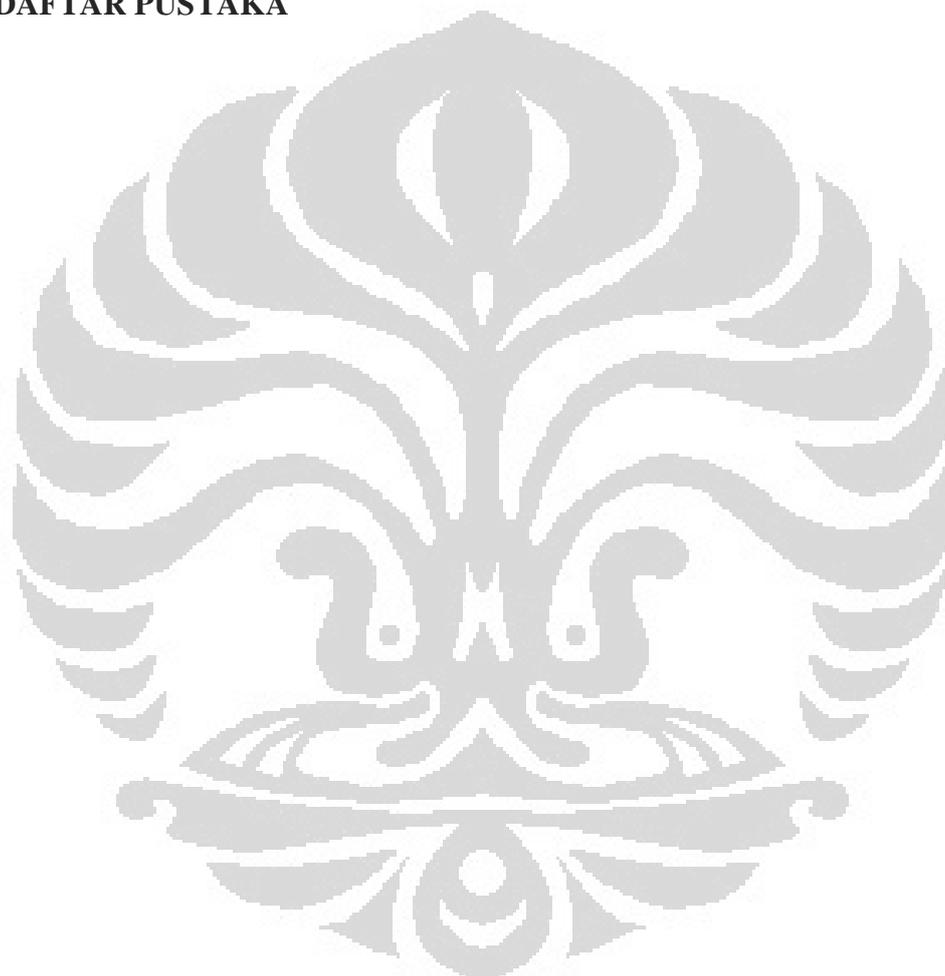
3.6.3 Struktur Organisasi Bidang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak	41
---	----

BAB 4. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DAN DEFINISI OPERASIONAL	45
4.1. Kerangka Teori	45
4.2. Kerangka Konsep	47
4.3. Definisi Operasional.....	48
BAB 5. METODE PENELITIAN	50
5.1. Desain Penelitian	50
5.2. Lokasi dan Waktu Pengambilan Data	50
5.3. Populasi dan Sampel Penelitian	50
5.4. Teknik Pengumpulan Data	51
5.4.1 Jenis dan Sumber Data	51
5.4.2 Tahapan Pengumpulan Data	51
5.4.3 Instrumen	52
5.5. Manajemen Data	53
5.5.1 Membuat Struktur, File, dan Entry Data	53
5.5.2 <i>Editing</i>	53
5.5.3 <i>Coding</i>	53
5.5.4 <i>Cleaning</i>	53
5.6. Analisis Data.....	53
5.6.1 Uji Kenormalan Data	53
5.6.2 Analisis Univariat	55
5.6.3 Analisis Bivariat.....	55
5.7 Analisis dan Penyajian Hasil	55
BAB 6. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	56
6.1. Keterbatasan Penelitian	56
6.2. Analisis Univariat.....	57

6.2.1	Gambaran Umum Karakteristik Pasien Emergency Non Persalinan	57
6.2.2	Distribusi Klaim Kasus Emergency Non Persalinan berdasarkan Diagnosis Penyakit	58
6.2.3	Distribusi Klaim Kasus Emergency Non Persalinan menurut Asal Rumah Sakit berdasarkan Kepemilikannya	59
6.2.4	Distribusi Jenis Penyakit berdasarkan Biaya Rata-rata Diajukan	60
6.2.5	Distribusi Lama Hari Rawat Pasien Emergency Non Persalinan	62
6.2.6	Gambaran Komponen Biaya Klaim Kasus Emergency Non Persalinan	63
6.2.7	Distribusi Biaya <i>Out-of-Pocket</i> berdasarkan Jenis Pelayanan Kesehatan.....	68
6.2.8	Distribusi Biaya <i>Out-of-Pocket</i> berdasarkan Umur Pasien Emergency Non Persalinan.....	68
6.2.9	Distribusi Biaya <i>Out-of-Pocket</i> berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Emergency Non Persalinan.....	72
6.2.10	Distribusi Biaya <i>Out-of-Pocket</i> berdasarkan Status Pernikahan Pasien Emergency Non Persalinan	74
6.2.11	Distribusi Biaya <i>Out-of-Pocket</i> berdasarkan Jenis Penyakit Pasien Emergency Non Persalinan.....	75
6.2.12	Distribusi Biaya <i>Out-of-Pocket</i> berdasarkan Jenis Rumah Sakit pada Pasien Emergency Non Persalinan	76
6.3.	Analisis Bivariat.....	78
6.3.1	Korelasi dan Regresi Linear Lama Hari Rawat dengan Biaya <i>Out-of-Pocket</i> Perawatan.....	78
6.3.2	Analisis Chi-square Total <i>Out-of-Pocket</i> menurut Jenis Pelayanan yang Diajukan	79

BAB 7. PENUTUP	83
7.1. Kesimpulan	83
7.2. Saran.....	85
7.2.1 Untuk Peserta PT Jamsostek (Persero).....	85
7.2.2 Untuk PT Jamsostek (Persero).....	85
7.2.3 Untuk Penelitian Selanjutnya.....	85

DAFTAR PUSTAKA

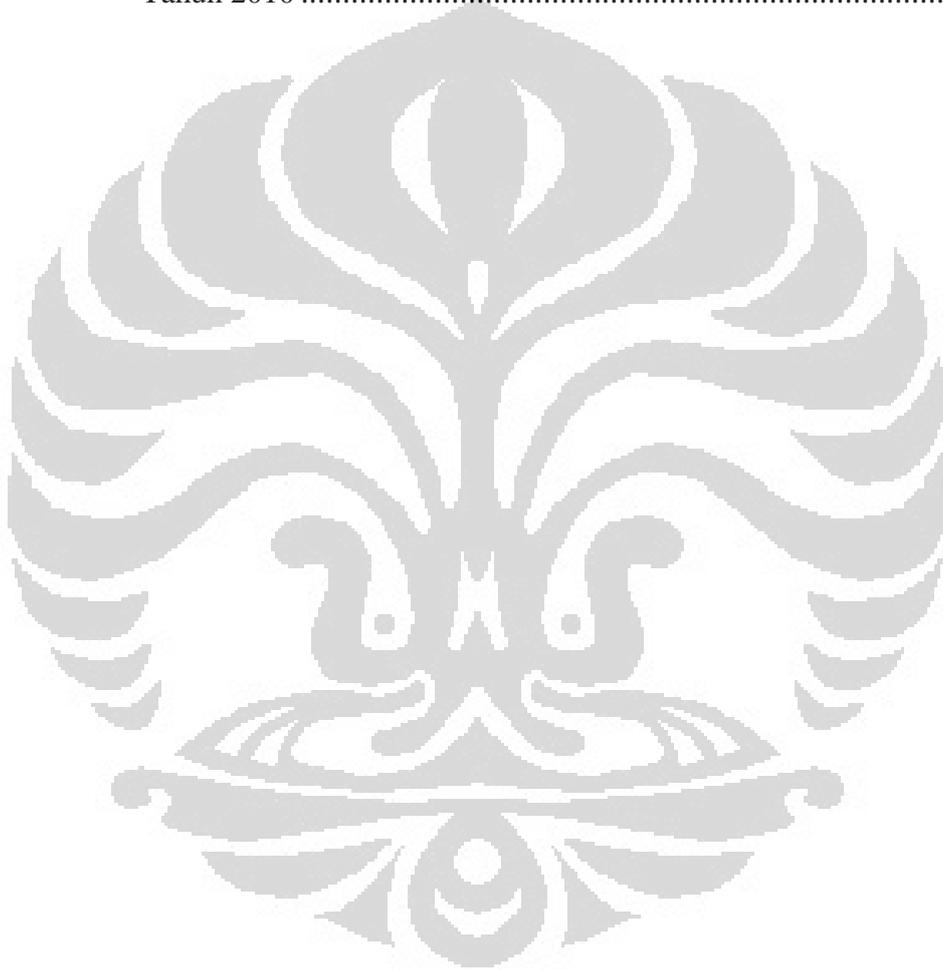


DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perbedaan Asuransi Kesehatan Tradisional dengan <i>Managed Care</i>	11
Tabel 2.2	Klasifikasi Penyakit Utama yang Terdapat Pada ICD X.....	22
Tabel 3.1	SDM Pada Bidang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak	42
Tabel 6.1	Distribusi Pasien Emergency Non Persalinan PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Status Pernikahan, dan Status Kepesertaan Tahun 2010	57
Tabel 6.2	Distribusi Diagnosis Penyakit berdasarkan ICD X pada Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010.....	58
Tabel 6.3	Distribusi Penyakit berdasarkan Biaya Rata-rata yang Diajukan Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010	59
Tabel 6.4	Distribusi Klaim menurut Asal Rumah Sakit Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Berdasarkan Status Kepemilikannya Tahun 2010.....	60
Tabel 6.5	Distribusi Lama Hari Rawat Inap Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010	62
Tabel 6.6	Statistik Lama Hari Rawat Inap Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010	62
Tabel 6.7	Perbandingan Biaya Klaim Diajukan, Ditanggung, dan <i>Out-of-Pocket</i> Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010 ..	63

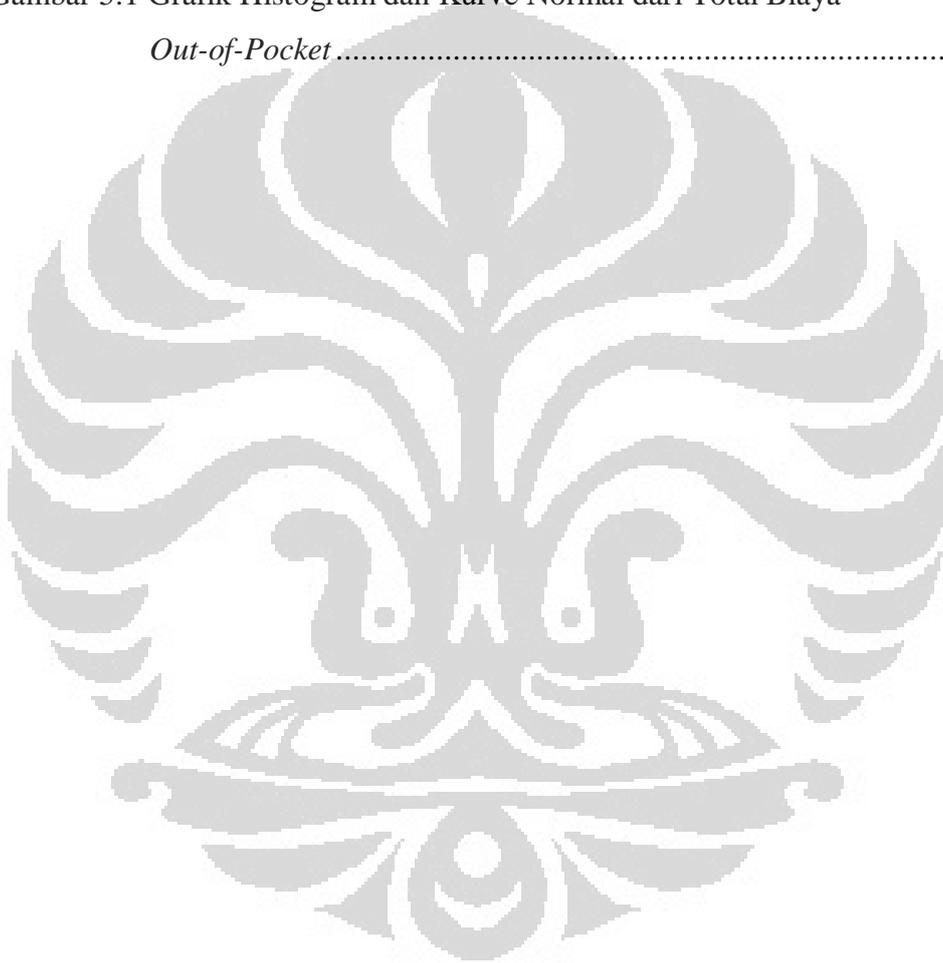
Tabel 6.8	Statistik dari Biaya Klaim Diajukan, Ditanggung, dan <i>Out-of-Pocket</i> Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010	66
Tabel 6.9	Distribusi Pengajuan Klaim Menurut Jenis Pelayanan Kesehatan Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010	67
Tabel 6.10	Distribusi Biaya <i>Out-of-Pocket</i> berdasarkan Jenis Pelayanan Kesehatan Pasien Emergency Non Persalinan Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010	68
Tabel 6.11	Statistik dari Biaya <i>Out-of-Pocket</i> berdasarkan Jenis Pelayanan Kesehatan Pada Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010.....	70
Tabel 6.12	Distribusi Biaya <i>Out-of-Pocket</i> berdasarkan Kelompok Umur Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010	71
Tabel 6.13	Distribusi Biaya <i>Out-of-Pocket</i> berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010	72
Tabel 6.14	Distribusi Biaya <i>Out-of-Pocket</i> berdasarkan Status Pernikahan Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010	74
Tabel 6.15	Distribusi Biaya <i>Out-of-Pocket</i> berdasarkan Jenis Penyakit Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010	75
Tabel 6.16	Distribusi Biaya <i>Out-of-Pocket</i> berdasarkan Jenis Rumah Sakit Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010	76

Tabel 6.17 Hasil Analisis Korelasi dan Regresi Linear Lama Hari Rawat Dengan Biaya <i>Out-of-Pocket</i> Perawatan Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010	78
Tabel 6.18 Hasil Analisis Chi-square Distribusi Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Menurut Jenis Pelayanan yang diajukan Tahun 2010	79



DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Struktur Organisasi Bidang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak	41
Gambar 4.1 Kerangka Teori.....	46
Gambar 4.2 Kerangka Konsep	47
Gambar 5.1 Grafik Histogram dan Kurve Normal dari Total Biaya <i>Out-of-Pocket</i>	54



DAFTAR SINGKATAN

AO	: <i>Account Officer</i>
ANC	: Antenatal Care
ASTEK	: Asuransi Sosial Tenaga Kerja
Bapel	: Badan Penyelenggara
BUMN	: Badan Usaha Milik Negara
CSO	: Customer Service Officer
CT Scan	: Computed Tomography Scan
ECG	: Electrocardiograph
EEG	: Elektroencephalograph
EMG	: Elektromiografi
ICD X	: <i>International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems Tenth Revision</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
Jamsostek	: Jaminan Sosial Tenaga Kerja
JHT	: Jaminan Hari Tua
JK	: Jaminan Kematian
JKK	: Jaminan Kecelakaan Kerja
JPK	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
KPK	: Kartu Pemeliharaan Kesehatan
OR	: Odds Ratio
PA	: Patologi Anatomi
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
PSO	: <i>Provider Service Officer</i>
RS	: Rumah Sakit
SGOT	: Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase
SGPT	: Serum Glutamic Piruvic Transaminase
USG	: Ultrasonografi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perusahaan asuransi, dalam hal ini adalah asuransi kesehatan merupakan sebuah badan yang berfungsi dalam penyelenggaraan jaminan pelayanan kesehatan bagi individu maupun kelompok. Secara definisi, asuransi kesehatan menurut Black & Skipper, 1994, dalam Ilyas (2006), adalah:

“...a social instrument whereby individuals transfer the financial risks associated with loss of health to the 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”

Berdasarkan definisi di atas, dapat dipahami bahwa asuransi kesehatan adalah sebuah mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan yang diduga pada sekelompok orang berdasarkan pengalaman biaya pelayanan kesehatan yang telah dikeluarkan untuk kelompok sejenis yang didasarkan pada rata-rata komunitas, maupun pengalaman kelompok itu sendiri.

Sederhananya, asuransi kesehatan merupakan sebuah sistem pembiayaan kesehatan yang bersifat preventif. Preventif karena dana untuk kesehatan telah dikumpulkan ditengah-tengah ketidakpastian akan risiko sakit dengan membagi risiko biaya kepada kelompok sehingga jika dikemudian hari ada individu yang sakit di dalam kelompok, maka dana kesehatan telah tersedia dan dapat mengcover biaya pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan tidak perlu biaya *out of pocket* dalam jumlah besar.

Menurut *WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)(2004)* dalam Yildirim dan Yilmaz (2011) terdapat tiga definisi mengenai *out of pocket*. Pertama, *out of pocket* adalah pembayaran langsung untuk barang atau jasa yang diperoleh dari sektor swasta dalam transaksi *pureprivate* (untuk barang atau jasa tidak tercakup oleh segala bentuk pra-pembayaran atau asuransi). Kedua, *out of pocket* adalah alternatif *cost sharing* yang mengharuskan individu

untuk membayar sebagian biaya dari biaya perawatan yang diterimanya. Terakhir, *out of pocket* adalah pembayaran informal untuk barang/jasa yang didanai dari pendapatan yang dikumpulkan, kadang juga disebut dengan pembayaran *under-the-table*. Dalam hal ini, *out of pocket* yang dimaksud adalah seperti definisi yang kedua, yaitu sebagian biaya yang wajib dibayarkan oleh individu (peserta asuransi) untuk pelayanan kesehatan yang tidak dijamin asuransi karena berbagai hal, seperti limitasi manfaat, pengecualian, dll.

Sebagai badan penyelenggara (bapel), perusahaan asuransi memiliki kewajiban untuk membayar dengan segera klaim kepada individu ataupun kepada pemberi pelayanan kesehatan (PPK) yang bekerjasama dalam memberikan pelayanan kepada para pesertanya. Namun, setiap klaim yang masuk harus melewati serangkaian proses verifikasi guna memastikan pelayanan dan pembiayaan kesehatan yang terjadi sesuai dengan diagnosis penyakit/indikasi medis. Selain itu, proses verifikasi juga memeriksa kesesuaian antara prosedur standar layanan kesehatan bapel, dan *benefit maximum* yang telah ditentukan sebelumnya dengan prosedur dan manfaat yang terjadi pada sebuah klaim yang diajukan peserta.

Hal ini merupakan usaha perusahaan asuransi dalam menelaah (*review*) utilisasi guna meminimalisasi "*unnecessary service*" untuk menjamin mutu layanan. dan untuk mengendalikan biaya kesehatan agar biaya kesehatan tidak melambung tinggi. Hal ini juga merupakan salah satu ciri dari *managed care* yang mengintegrasikan pelayanan yang efektif dan pembiayaan yang efisien.

Salah satu perusahaan asuransi sosial di Indonesia, yaitu PT Jamsostek (Persero) telah mengadopsi sistem *managed care* ini. Jaminan pemeliharaan kesehatan di perusahaan BUMN ini diberikan dalam bentuk pelayanan kesehatan (*cashless*) sebagai paket jaminan pemeliharaan kesehatan dasar kepada tenaga kerja dan keluarganya bukan berfokus pada penggantian biaya secara *reimbursement*. Pada sistem *managed care*, klaim peserta hanya terjadi pada kondisi-kondisi tertentu, misalnya dalam kasus gawat darurat atau emergency.

Pada kasus gawat darurat tidak memungkinkan seseorang untuk menjalani serangkaian prosedur mendapatkan pelayanan kesehatan (*cashless*) tersebut. Kasus gawat darurat harus ditangani dengan segera demi keselamatan

seseorang. untuk mengcover kasus emergency non persalinan serta persalinan normal, maka PT Jamsostek (Persero) tetap menerima klaim *reimbursement* perorangan dengan ketentuan yang berlaku.

Dalam hal memverifikasi klaim, dari tahap klaim diterima sampai klaim ditetapkan, PT Jamsostek membutuhkan waktu sekitar seminggu. Setiap klaim yang masuk dan diverifikasi tidak selalu bisa dibayarkan sepenuhnya oleh perusahaan asuransi termasuk PT Jamsostek (Persero). Menurut Ilyas (2006), keputusan unit klaim setelah proses verifikasi dapat berupa klaim ditolak seluruhnya, klaim diterima sebagian, klaim ditangguhkan penyelesaiannya, dan klaim diterima secara keseluruhan.

Jika klaim tidak bisa diterima secara keseluruhan, maka hal ini tentu saja menimbulkan selisih biaya atau yang dalam istilah asuransi disebut juga dengan *excess claim*. Selisih biaya ini harus dibayar secara *out of pocket* oleh peserta, kecuali jika peserta mempunyai jaminan kesehatan lain yang dapat menutupi biaya *out-of-pocket* tersebut. Beberapa faktor yang menyebabkan tingginya biaya *out of pocket* ini, antara lain adalah ketidaksesuaian dengan prosedur bapel, ketidaksesuaian/ketidakjelasan indikasi medis, limitasi manfaat/*benefit maximum*, dan kombinasi dari beberapa hal tersebut (Husna, 2011). Oleh karena itu, klaim tidak dapat dibayarkan sepenuhnya. Selain itu dampak munculnya beban/nilai tertentu dari *out of pocket* ini sering menimbulkan konflik antara peserta dengan bapel (Husna, 2011).

Tidak hanya karena beberapa hal di atas, hal lain yang berhubungan dengan tingginya biaya *out-of-pocket* adalah status demografi, kelas perawatan, lama hari rawat, dan pelayanan kesehatan (Kristiyadi, 2005). Menurut temuan penelitian lain yang dilakukan oleh Ruger, Prah, dan Kim (2007) menemukan bahwa jenis fasilitas kesehatan dan jumlah penyakit kronik juga berhubungan dengan *out-of-pocket*.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Gross et al., 1999, beban *out of pocket* di kalangan orang miskin (*poor elderly*) pada penerima manfaat *Medicare* menghabiskan rata-rata \$1.465 atau 35% dari pendapatannya untuk belanja kesehatan. Sedangkan untuk orang yang mendekati miskin (*near-poor elderly*)

pada penerima *Medicare* menghabiskan rata-rata \$1.663 atau 23% dari pendapatan mereka.

Menurut penelitian lain, menemukan, bahwa terjadi *excess claim* sebesar 28,59% dari total klaim yang diajukan dalam setahun pada sebuah perusahaan asuransi kesehatan (Fauziah, 2011). Hal ini berarti sebanyak 28,59% biaya kesehatan yang terjadi merupakan beban *out of pocket* para peserta asuransi tersebut. Penelitian Kuswandhani (2004) menemukan bahwa rata-rata biaya *out-of-pocket* pada pasien rawat inap peserta askes wajib adalah sebesar Rp671.719 dengan biaya *out-of-pocket* tertinggi adalah sebesar Rp5.683.925.

Dalam modul Pamjaki dasar-dasar asuransi kesehatan bagian A (2005) mengemukakan bahwa berbagai studi menemukan bahwa angka kesakitan wanita lebih tinggi ketimbang laki-laki khususnya pada masa reproduksi. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh fungsi biologis dari wanita sehingga mempunyai risiko terkena sakit yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan lain-lain. Hal ini sejalan dengan Temuan Fauziah (2011) bahwa *excess klaim* yang terjadi pada perempuan lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki; pada perempuan 40,5% sedangkan pada laki-laki 21,5%.

Sedangkan *excess claim* yang disebabkan oleh penyebab langsung seperti limitasi manfaat, *exclusion*, masing-masing sebesar 26,91% dan 47,45% dari total klaim yang diajukan (Fauziah, 2011). Angka ini menunjukkan sebesar itu pula biaya *out of pocket* yang harus dibayarkan peserta, dengan asumsi peserta tersebut tidak mempunyai asuransi lain/penanggung biaya lainnya.

Pada data klaim rumah sakit di PT Jamsostek (Persero) Desember 2010 dalam Dianti (2011), ditemukan selisih biaya sebesar 16% atau sekitar 76 juta rupiah, atau sekitar Rp254.825,6 per klaim per orang. Angka ini menunjukkan bahwa biaya tersebut merupakan beban *out of pocket* per orang pada bulan tersebut.

Pada penelitian sebelumnya, yaitu penelitian yang dilakukan Dianti (2011) dan Fauziah (2011) tidak diketahui variasi penggunaan biaya *out-of-pocket*. Penelitian tersebut berfokus pada besarnya selisih biaya yang terjadi tanpa mengetahui penggunaan dari *out of pocket* itu sendiri. Sebenarnya sejumlah sekian

rupiah tersebut digunakan untuk membayar pelayanan apa? Untuk siapa saja dan bagaimana? Atau pada karakteristik pasien yang seperti apa?

Berdasarkan uraian di atas, penulis ingin mengetahui tentang variasi penggunaan biaya *out-of-pocket* pada klaim perorangan di PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak pada periode Januari 2010 sampai dengan Desember 2010.

1.2 Rumusan Masalah

Ditemukannya kejadian *excess claim* sehingga timbul beban biaya *out of pocket* peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak yang berasal dari berkas pengajuan klaim yang tidak sesuai karena berbagai faktor sehingga muncul selisih biaya antara pengajuan dengan penetapan klaim perorangan kasus emergency non persalinan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Bagaimana gambaran beban dan variasi penggunaan biaya *out-of-pocket* pada pasien emergency non persalinan peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak pada tahun 2010?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran deskriptif mengenai beban dan variasi penggunaan biaya *out-of-pocket* pada pasien emergency non persalinan peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2010.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menghitung besarnya klaim perorangan kasus emergency non persalinan yang diajukan peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2010.

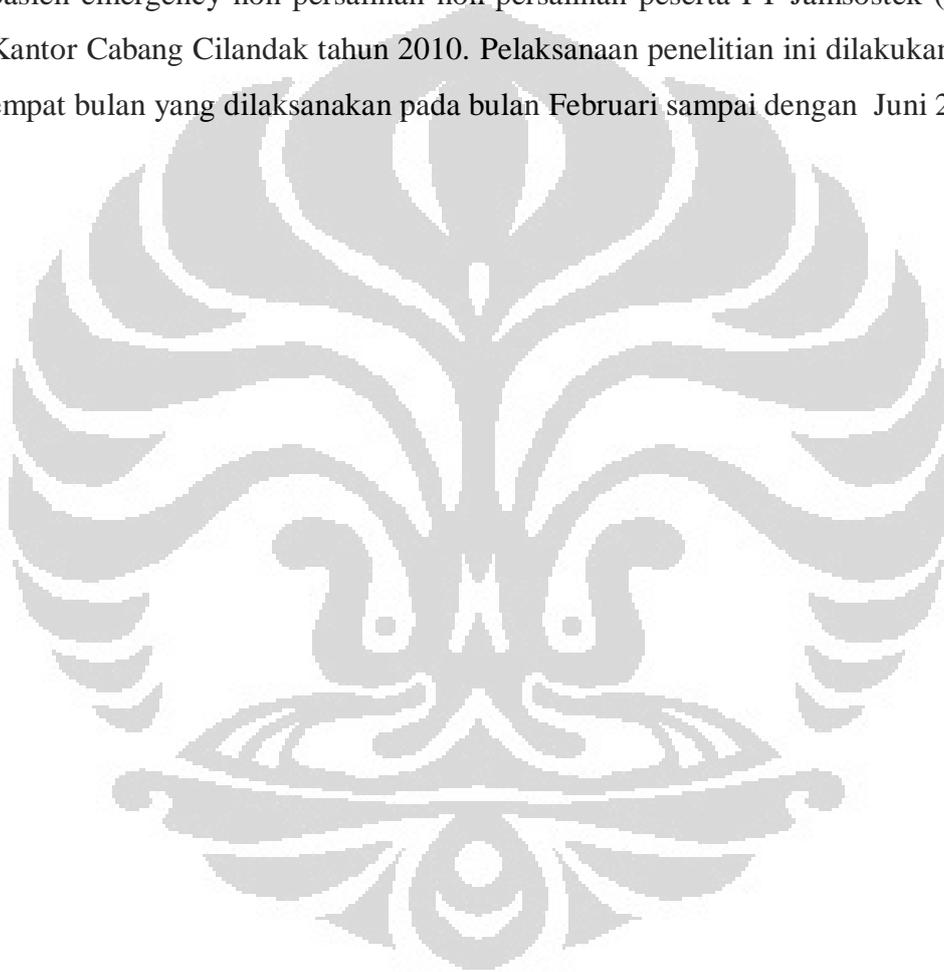
2. Menghitung besarnya selisih biaya (beban biaya *out-of-pocket*) pada klaim perorangan kasus emergency non persalinan di PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2010.
3. Menggambarkan variasi penggunaan biaya *out of pocket* pada klaim perorangan kasus emergency non persalinan PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak.
4. Mengetahui besarnya proporsi biaya rata-rata out-of-pocket per orang dari variasi penggunaan biaya out of pocket pada klaim perorangan kasus emergency non persalinan PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data utilisasi peserta. Diharapkan data utilisasi ini dapat membantu dalam penetapan *benefit* selanjutnya.
2. Dari hasil penelitian ini, PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak dapat mengetahui porsi pengeluaran dana yang telah dikeluarkan dalam memenuhi kewajibannya memberikan jaminan pelayanan kesehatan sehingga dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi.
3. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam membuat kebijakan mengenai penetapan paket biaya pelayanan kesehatan bagi peserta PT Jamsostek (Persero).
4. Hasil penelitian ini juga berguna sebagai masukan dalam upaya pengendalian *excess claim* berikutnya.
5. Hasil penelitian juga dapat dijadikan sebagai dasar penelitian selanjutnya mengenai, *out of pocket*, *excess claim* dan utilisasi.
6. Penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan, wawasan, dan keterampilan penulis dalam penulisan karya ilmiah.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan analisis univariat yang menggambarkan proporsi dan presentase, dengan metode kuantitatif serta analisis bivariat untuk beberapa variabel. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang diperoleh dari data dan berkas klaim PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2010. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran deskriptif mengenai beban dan variasi penggunaan biaya *out-of-pocket* pada pasien emergency non persalinan non-persalinan peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2010. Pelaksanaan penelitian ini dilakukan selama empat bulan yang dilaksanakan pada bulan Februari sampai dengan Juni 2012.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Asuransi

Undang-undang No.2 Tahun 1992 tentang usaha perasuransian, memberikan definisi mengenai asuransi sebagai berikut:

“Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau 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 dipertanggungkan”.

Menurut Athern (1960) yang dikutip dari Yaslis Ilyas (2006), definisi asuransi adalah suatu instrumen sosial yang menggabungkan risiko individu menjadi risiko kelompok dan menggunakan dana yang dikumpulkan oleh kelompok tersebut untuk membayar kerugian yang diderita. Essensi asuransi adalah suatu instrumen sosial yang melakukan kegiatan pengumpulan dana secara sukarela, mencakup kelompok risiko dan setiap individu atau badan yang menjadi anggotanya mengalihkan risikonya kepada seluruh kelompok.

2.2 Pengertian Asuransi Kesehatan

Definisi asuransi kesehatan menurut Jacobs P (1997) adalah sebagai berikut:

Health insurance: The payment for the excepted costs of a group resulting from medical utilization based on the excepted expense incurred by the group. The payment can be based on community or experience rating.

Sedangkan jika mengutip definisi asuransi kesehatan menurut Black & Skipper, 1994, dalam Ilyas (2006), yaitu,

“...a social instrument whereby individuals transfer the financial risks associated with loss of health to the 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”

Berdasarkan definisi diatas, dapat dipahami bahwa terdapat dua komponen penting dalam asuransi kesehatan, yaitu transfer risiko dari individu kepada kelompok dan berbagi kerugian diantara anggota kelompok. Berdasarkan pengertian tersebut, asuransi kesehatan adalah suatu jaminan sosial dimana terjadi pemindahan risiko individu menjadi risiko kelompok, dan melibatkan akumulasi dana kelompok yang bersumber dari individu untuk mengganti kerugian yang tidak pasti dari suatu penyakit atau pencegahan penyakit.

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

“...plan of risk management that, for a price, offers the insured an opportunity to share the cost of possible economic loss through an entity called an insurer. An insurer is a party to the insurance contract that promises to pay losses of benefits. Also, any corporation engaged in the business of furnishing insurance to the public.”

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

2.3 Prinsip-prinsip Asuransi Kesehatan

Menurut Yaslis Ilyas (2006) dalam bukunya mengemukakan prinsip-prinsip dalam asuransi kesehatan yang perlu diperhatikan antara lain:

1. Asuransi kesehatan adalah suatu sistem pembiayaan kesehatan yang berjalan berdasarkan konsep risiko.

2. Dalam sistem asuransi kesehatan, risiko sakit secara bersama-sama ditanggung oleh peserta dengan membayar premi ke suatu perusahaan.
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.

2.4 Bentuk Asuransi Kesehatan

Menurut Ilyas (2006) dalam bukunya mengungkapkan bahwa bentuk asuransi kesehatan yang berkembang sampai sekarang dapat dikelompokkan ke dalam 2 kelompok, yaitu bentuk asuransi kesehatan tradisional dengan sistem *reimbursement*/ganti rugi dan bentuk asuransi kesehatan *managed care* dengan sistem pelayanan kesehatan oleh jaringan PPK.

Terdapat beberapa perbedaan mendasar antara operasional dan tujuan asuransi kesehatan ganti rugi dengan pelayanan *managed care*. Salah satu perbedaan utama adalah kaitannya dengan akses peserta terhadap pelayanan kesehatan. Dalam program asuransi ganti rugi, peserta bebas memilih dokter atau rumah sakit untuk kebutuhan perawatan medis mereka. Sebaliknya program *managed care* membuat kontrak dengan beberapa provider yang dipilih dan peserta dirujuk kepada jaringan provider tersebut.

Hal lain yang membedakan asuransi tradisional dengan *managed care* adalah pembagian risiko (*risk sharing*) antara asuradur dengan provider. Pada asuransi kesehatan tradisional, risiko yang diasuransikan yaitu biaya perawatan medis akibat sakit atau kecelakaan ditanggung oleh peserta asuradur. Makin sering seseorang tertanggung mendapatkan pelayanan medis makin besar uang yang harus dibayarkan tertanggung dan asuradur untuk provider.

Pada *managed care*, provider juga ikut menanggung risiko. Selain itu, provider juga tidak diperbolehkan mengambil keuntungan dari penggunaan jasa yang berlebihan. Bahkan provider di dorong untuk memberikan pelayanan yang diberikan dengan biaya yang efisien. *Risk sharing* ini dilakukan dengan menerapkan berbagai metode pembayaran dan kontrak yang mendorong provider melakukan perawatan dengan biaya yang efisien.

Ciri lain yang membedakan *managed care* dengan asuransi kesehatan tradisional adalah diteapkannya manajemen utilisasi, yaitu suatu proses yang dilakukan untuk memastikan tertanggung menerima pelayanan yang diperlukan, sesuai kebutuhan medis dan berkualitas tinggi dengan biaya yang efisien. Berikut ini tersaji perbedaan asuransi kesehatan tradisional dengan *managed care*.

Tabel 2.1 Perbedaan Asuransi Tradisional dengan *Managed Care*

Asuransi Kesehatan Tradisional	<i>Managed Care</i>
Bebas memilih dokter atau provider	Peserta harus berobat melalui <i>health provider</i> yang telah ditentukan
<i>Fee for service</i> dengan <i>reimbursement</i>	Pembayaran ke provider berdasarkan <i>prospective payment system</i> (kapitasi) dan atau <i>negotiated discount rate</i> yang telah disetujui
Tidak ada integrasi/kesatuan fungsi keuangan/pembiayaan dan pelayanan kesehatan	Ada kesatuan/integrasi antara fungsi keuangan dan pelayanan kesehatan.
Pihak asuransi menanggung semua risiko	Adanya <i>risk sharing</i> antara <i>health provider</i> dan <i>insurer</i>
Tidak ada interest dan tidak <i>concerned</i> untuk melaksanakan pemantauan	Aktif memantau kualitas dan kelayakan pelayanan kesehatan
Relatif lebih sulit karena ada unsur <i>out of pocket money</i> untuk mendapatkan pelayanan kesehatan	Relatif lebih mudah memasarkan terutama bagi segmen pasar perdagangan menengah ke-bawah karena tanpa atau sedikit <i>out of pocket</i>
Relatif lebih cepat persiapannya dan lebih mudah pelaksanaannya	Pelaksanaan dan pengelolaan lebih sulit dan memerlukan waktu persiapan yang lebih lama untuk memulai program <i>Managed Care</i>
Pengaturan reasuransi lebih mudah karena sebagian besar reasuradur telah melaksanakannya	Pengaturan reasuransi <i>Managed Care</i> relatif lebih sulit karena sebelum semua reasuradur familiar dengan produk ini

Sumber: PAMJAKI (2005)

2.5 Manajemen Klaim Asuransi Kesehatan

2.5.1 Pengertian Klaim

Klaim adalah tuntutan pembayaran benefit berdasarkan polis kepada asuransi oleh peserta asuransi (PAMJAKI,2008). Menurut Ramli (1999) klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang akan mempunyai ikatan, agar haknya dipenuhi. Sedangkan menurut Ilyas (2006) dalam bukunya menyebutkan, klaim merupakan pengajuan ganti bayar (reimbursement) oleh tertanggung kepada perusahaan asuransi atas pembiayaan pelayanan kesehatan yang telah dibayarkan.

Pada manajemen klaim ada beberapa hal penting yang perlu dipenuhi antara lain:

1. Adanya dua pihak yang jelas melakukan ikatan perjanjian.
2. Adanya ikatan perjanjian yang jelas dan resmi antara kedua pihak.
3. Adanya *informed consent* (kedua pihak yang terikat secara sukarela dan tanpa paksaan mengetahui semua aspek yang mengikat mereka)
4. Didokumentasikan.

Dalam bisnis asuransi, klaim dilakukan kedua belah pihak, yaitu perusahaan asuransi dan peserta. Pihak peserta melakukan klaim sesuai dengan yang dijanjikan oleh perusahaan asuransi.

2.5.2 Administrasi Klaim

Menurut HIAA (*Health Insurance Association of America*) administrasi klaim adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan kejadian sakit atau cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim.

Dalam administrasi klaim melibatkan unsure-unsur sebagai berikut:

1. Tertanggung

Dalam hal ini tertanggung sesegera mungkin harus melaporkan atau memberi informasi dan mengajukan berkas klaim kepada pihak penanggung atau perusahaan asuransi. Dalam mengajukan berkas klaim, ada beberapa hal yang harus dipenuhi oleh tertanggung, yaitu melengkapi berkas-berkas klaim seperti: kuitansi asli, resep obat, resume medis, hasil pemeriksaan penunjang diagnostik, dll.

2. Pemegang polis

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

3. Perusahaan asuransi kesehatan

Perusahaan asuransi harus dapat dan bersedia mengembangkan rinsip-prinsip manajemen klaim yang baik dan benar dan tidak merugikan tertanggung. Prosedur klaim yang ditetapkan juga harus efektif dan efisien, disamping harus mampu melakukan peekan biaya.

4. Pemberi pelayanan kesehatan

Pemberi pelayanan kesehatan, baik klinik, rumah sakit, apotek, maupun dokter praktek harus memberika informasi yang jelas dan benar mengenai pelayanan kesehatan yang telah diberikan tertanggung. Pelayanan kesehatan ang diberikan harus sesuai dengan hak-hak tertanggung tentang pelayanan kesehatan yang dijamin oleh perusahaan.

2.5.3 Cara Pengajuan Klaim

Terdapat beberapa cara dalam mengajukan klaim, yaitu, pengajuan klaim langsung oleh tertanggung (*direct submission*), pengajuan klaim oleh pemegang polis untuk *group health insurance* (*policyholder submission*) dan pengajuan klaim oleh perusahaan pengelola administrasi (*third party submission*).

1. *Direct Submission*

Dengan metode ini, pemegang polis atau tertanggung mengajuka langsung klaimnya ke perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi melakukan verifikasi klaim yang diajukan dan melakukan pembayaran langsung kepada tertanggung. Manfaat pengajuan klaim dengan metode ini antara lain:

- a. Meringankan beban administrasi pemegang polis.
- b. Mempermudah proses penagihan.
- c. Melindungi informasi, mislanya informasi medis.

2. *Policyholder Submission*

Pengajuan klaim yang dilakukan oleh pemegang polis, bertanggung menginformasikan perihal klaim yang diajukan kepada pemegang polis. Pemegang polis menyediakan formulir klaim beserta instruksinya kepada tertanggung pengaju klaim. Setelah menerima berkas klaim yang lengkap dari tertanggung, kemudian pemegang polis mereview kelengkapannya dan menyatakan bahwa pengaju klaim eligible untuk dijamin dan kemudian mengirim berkas klaim tersebut kepada perusahaan asuransi.

3. *Third-Party Submission (TPA)*

Perusahaan asuransi kesehatan bekerja sama dengan perusahaan TPA dengan memberikan kewenangan untuk melakukan prosesi klaim dan melakukan pembayaran klaim dalam batasan jumlah tertentu sesuai dengan kesepakatan dengan perusahaan asuransi.

2.5.4 Tujuan Administrasi Klaim

Secara umum, administrasi klaim mempunyai tiga tujuan, yaitu:

1. Membayar seluruh klaim yang telah diverifikasi dan tepat sesuai dengan polis.
2. Mengumpulkan dan mengelola data klaim yang tersedia untuk akuntan/laporan, statistik, analisis dan penyelidikan terhadap data yang meragukan dan data yang diperlukan untuk pembayaran.
3. Melakukan penekanan biaya dalam rangka mencapai tujuan perusahaan dalam memperoleh profit yang maksimal.

Secara singkat, administrasi klaim merupakan proses yang terdiri atas:

1. Penerima klaim, merupakan pengumpulan data yang berhubungan dengan kesakitan serta biaya yang telah dikeluarkan.
2. Pemeriksa klaim (verifikator klaim), dilakukan dengan cara membandingkan klaim peserta dengan provisi polis.

3. Menentukan jumlah klaim yang akan dibayar kepada tertanggung.
4. Melakukan pembayaran klaim.

2.5.5 Verifikasi Klaim

Verifikasi klaim merupakan bagian yang sangat penting dari administrasi klaim, karena verifikasi klaim sangat menentukan kinerja dari departemen klaim. Peran verifikasi klaim sangat kritis dalam melakukan penilaian klaim, apakah suatu berkas klaim sah untuk dibayar.

Verifikator klaim bertanggung jawab untuk menentukan kewajiban perusahaan untuk membayar setiap tagihan klaim. Setiap verifikator meneliti setiap klaim untuk meyakinkan bahwa klaim tersebut sah dan menolak klaim yang cacat atau klaim curang (*fraud*). Umumnya perusahaan membayar segera, ada juga klaim yang ditunda karena dibutuhkan informasi lebih lanjut. Namun, ada juga klaim yang ditolak karena tidak sesuai dengan perjanjian polis atau curang.

Pada proses verifikasi klaim, verifikator klaim mempunyai tiga tujuan, yaitu:

1. Sensitif terhadap posisi setiap penagih klaim, yang kemungkinan telah menderita kerugian.
2. Membayar setiap klaim secepat mungkin, dengan tetap melakukan investigasi secara adekuat.
3. Meminimalkan biaya proses manajemen klaim.

2.5.6 Keputusan Klaim

1. Klaim ditolak seluruhnya

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

2. Klaim diterima sebagian

Apabila ada sebagian tagihan klaim yang diajukan, tidak dijamin dalam polis atau terkait beberapa pengaturan seperti: pengecualian, *coordination 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.

2.6 Out-of-Pocket

Definisi *out-of-pocket* dalam perasuransian adalah sebagian biaya yang wajib dibayarkan oleh peserta asuransi untuk pelayanan kesehatan yang tidak dijamin asuransi karena berbagai hal, seperti limitasi manfaat, pengecualian, tidak sesuai dengan provisi polis, dll.

Out-of-pocket dalam penelitian ini merupakan selisih bayar atau *excess claim* yang dihitung dari sejumlah rupiah pengajuan klaim dikurangi dengan sejumlah rupiah klaim yang layak dibayarkan oleh perusahaan asuransi setelah melewati proses verifikasi klaim. Selisih bayar yang didapat, berarti sejumlah selisih tersebut tidak dibayarkan oleh perusahaan asuransi yang dalam hal ini PT Jamsostek (Persero) sehingga merupakan beban biaya *out-of-pocket* yang harus ditanggung peserta.

Dalam pengertian lain, yaitu menurut Khoiril Anwar (2007) *excess claim* merupakan kelebihan biaya perawatan yang dipakai oleh peserta dari yang menjadi haknya pada sistem pelayanan kesehatan provider. Pada umumnya *excess claim* yang paling banyak terjadi pada jenis manfaat *aneka perawatan*, meliputi obat-obatan, alat kesehatan, transfusi darah, pemeriksaan laboratorium, biaya administrasi, dan lain-lain.

2.7 Faktor-faktor yang berhubungan dengan Out-of-Pocket

2.7.1 Umur

Semakin tua umur seseorang akan semakin rentan terhadap suatu penyakit dan semakin menurun fungsi-fungsi organ tubuhnya atau menyebabkan proses pemulihan penyakitnya menurun sehingga akan semakin sulit untuk mendapatkan kesembuhan jika orang tersebut sakit (Cannoodt, 1984).

Menurut Thabrany, et.al (1999) dijelaskan bahwa kelompok usia non-produktif (tua) lebih banyak mengakses pelayanan rawat inap dibandingkan kelompok usia produktif (muda) maka ketika sakit kelompok usia tua akan lebih lama dirawat dibandingkan kelompok usia muda. Ini akan berakibat semakin panjang hari rawat yang dibutuhkan dan akhirnya akan berdampak terhadap besarnya biaya rawat inap yang harus dikeluarkan.

Kejadian kesakitan sering ditemukan pada usia balita dan usia tua, dengan pola distribusi klasik menyerupai huruf 'U'. Angka kesakitan pada usia balita dan usia tua biasanya jauh melebihi angka kesakitan rata-rata seluruh populasi. Sedangkan angka kesakitan terendah biasanya ditemukan pada kelompok usia produktif (Pamjaki, 2005). Pada artikel WHO yang berjudul *Retrospective Mortality Survey Among the Internally Displaced Population, Greater Darfur, Sudan, August 2004*, pengelompokan umur dibagi menjadi bawah lima tahun (0-4 tahun), anak-anak (4-14 tahun), orang muda dan dewasa (15 – 49 tahun), dan orang tua atau lansia (50+ tahun).

Pada penelitian kali ini, penulis ingin mengklasifikasikan umur menurut tingkat kedewasaannya ke dalam 3 kategori saja, akan tetapi tetap mengacu pada literatur di atas, yaitu bayi dan anak-anak, orang muda dan dewasa, serta orang tua/lansia, yaitu sebagai berikut:

1. 0 – 14 tahun = bayi dan anak-anak
2. 14 - 49 tahun = orang muda dan dewasa
3. 50+ tahun = orang tua/lansia

2.7.2 Jenis Kelamin

Jenis kelamin seseorang akan mempengaruhi kekuatan fisiknya sehingga jika jatuh sakit seorang pria akan cenderung lebih cepat sembuh dibandingkan seorang wanita (Cristal dan Bewster, 1984 yang dikutip oleh Cannoodt, 1984) dan menurut Azwar (1996), jenis kelamin wanita memiliki potensi terpapar risiko lebih tinggi dari seorang pria karena daya tahan tubuh wanita lebih rendah dibandingkan pria sehingga jika dirawat inap akan membutuhkan waktu yang lebih panjang dan mempengaruhi juga besarnya biaya yang wajib dikeluarkan oleh seorang pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian Kuswandhani (2005) dan Nainggolan (2005). Bahkan

pada model prediksi besar biaya sendiri pasien rawat inap dari Nainggolan (2005) diperoleh bahwa seorang pasien laki-laki akan mengeluarkan biaya lebih murah 0,165 kali dibandingkan pasien perempuan.

Tinjauan pustaka lain mengenai jenis kelamin adalah mengenai rasio jenis kelamin seperti yang terdapat pada Profil Kesehatan Indonesia tahun 2010. Secara nasional, rasio jenis kelamin penduduk Indonesia tahun 2010 sebesar 101, artinya jumlah penduduk laki-laki satu persen lebih banyak dibandingkan jumlah penduduk perempuan. Nilai ini berarti bahwa setiap 100 perempuan terdapat 101 laki-laki.

2.7.3 Status Perkawinan

Setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda tentunya menghasilkan biaya pelayanan kesehatan yang berbeda-beda pula. Menurut Hidayat (2004) dalam modul Pamjaki Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian A (2005) menyebutkan bahwa hal ini disebabkan adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam 3 kelompok, yaitu:

1. Ciri-ciri demografi, seperti: jenis kelamin, umur, dan status perkawinan.
2. Struktur sosial, seperti: tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama, dll.
3. Kepercayaan kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

2.7.4 Obat-obatan

Pada pasien rawat inap peserta asuransi menggunakan obat-obatan baik yang masuk dalam daftar standard obat PT Jamsostek (Persero) atau obat generik DOEN maupun yang tidak. Jika pasien tersebut menggunakan obat-obatan diluar standard atau bukan obat generik, maka akan berakibat bertambahnya biaya yang harus dikeluarkan.

Dalam praktik pelayanan kesehatan sebagian besar dokter lebih sering meresepkan obat paten dibandingkan dengan obat generik. Terdapat beberapa alasan mengapa dokter lebih sering meresepkan obat paten dibanding obat generik, yaitu:

- Pembayaran *fee-for-service* mendorong dokter untuk melakukan *supply induce demand* terhadap obat paten.

- Terdapat fenomena dokter yang bekerja sama dengan suatu perusahaan farmasi sehingga dokter mendapatkan insentif jika meresepkan obat merk tertentu.
- Tidak tersedianya obat generik yang dibutuhkan.
- Pasien yang tidak tahu mengenai ketersediaan dan khasiat obat generik.
- Pasien yang tidak mau diresepkan obat generik karena merasa khasiatnya tidak sama baiknya dengan obat paten.

2.7.5 Jenis Rumah Sakit

Rumah sakit adalah bagian dari sistem kesehatan dan perannya adalah mendukung pelayanan kesehatan dasar melalui penyediaan fasilitas rujukan dan mekanisme bantuan. Menurut *World Health Organization* (WHO), rumah sakit harus terintegrasi dalam sistem kesehatan dimana ia berada. Fungsinya adalah sebagai pusat sumber daya bagi peningkatan kesehatan masyarakat di wilayah yang bersangkutan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/MENKES/PER/II/1988 menjelaskan bahwa berdasarkan kepemilikannya, rumah sakit di Indonesia dapat dibedakan ke dalam dua jenis, yaitu:

1. Rumah sakit milik pemerintah, yang meliputi:
 - a. Rumah Sakit Pusat milik Departemen Kesehatan
 - b. Rumah Sakit Daerah milik Pemerintah Provinsi.
 - c. Rumah Sakit Daerah milik Pemerintah Kabupaten/Kota.
 - d. Rumah Sakit milik Tentara Nasional Indonesia (TNI).
 - e. Rumah Sakit milik Kepolisian Republik Indonesia.
 - f. Rumah Sakit milik Departemen di luar Departemen Kesehatan, termasuk milik Badan Usaha Milik Negara seperti Pertamina.
2. Rumah sakit milik swasta, yang meliputi:
 - a. Rumah Sakit milik Yayasan.
 - b. Rumah Sakit milik Perseroan.
 - c. Rumah Sakit milik Penanam Modal (Dalam Negeri dan Luar Negeri).
 - d. Rumah Sakit milik badan hukum lain

2.7.5.1 Tarif Rumah Sakit

Tarif rumah sakit merupakan suatu elemen yang amat esensial bagi rumah sakit yang tidak dibiayai penuh oleh pemerintah atau pihak ketiga. Suatu rumah sakit bisa untung dengan tarif tertentu, akan tetapi rumah sakit yang lain belum tentu bisa bertahan dengan tarif yang sama. Rumah sakit swasta, baik yang bersifat mencari laba maupun yang nirlaba harus mampu mendapatkan biaya untuk membiayai segala aktifitasnya dan untuk dapat terus memberikan pelayanan kepada masyarakat sekitarnya.

Pada dasarnya ada pertimbangan yang relatif sama di dalam penetapan tarif rumah sakit, yaitu mendapatkan *revenue* yang mencukupi untuk menjalankan rumah sakit. Meskipun demikian, tetap saja penetapan tarif pelayanan rumah sakit akan sangat bervariasi tergantung sifat masing-masing rumah sakit itu sendiri.

Dari perbedaan jenis kepemilikan RS ini, terdapat pula perbedaan tarif antar keduanya. Di rumah sakit pemerintah, tarif tersebut tentu saja disubsidi oleh anggaran pemerintah, baik pusat maupun daerah. Hal ini dimaksudkan untuk menjamin bahwa masyarakat kelas bawah dapat terlayani dengan biaya yang terjangkau, sementara pada rumah sakit swasta atau non-pemerintah penetapan tarif lebih leluasa dan sangat bervariasi. Bahkan seiring berjalannya waktu dan maraknya arus swatanisasi banyak rumah sakit pemerintah di swadanakan yang tentunya menyebabkan variasi yang lebih besar dalam penetapan tarif antar rumah sakit yang satu dengan yang lainnya (Thabrany, 1998).

2.7.6 Diagnosis Penyakit dan ICD X

Diagnosis adalah suatu pernyataan singkat tentang keadaan atau kondisi suatu penyakit (Graham Brown, 2005). Fakta-fakta yang akan dijadikan sebagai dasar seorang klinisi untuk membuat diagnosis harus diperoleh terlebih dahulu dan terutama didapatkan dari keterangan pasien, serta tidak ada yang bisa menggantikan wawancara dan pemeriksaan langsung pada pasien.

Terdapat beberapa manfaat dari diagnosis ini, yaitu:

1. Memberikan pertunjuk kerja (label) yang dapat dikenali oleh orang lain.
2. Mengimplikasikan beberapa kesamaan dengan pasien-pasien lain yang mempunyai penyakit dengan keadaan atau kondisi yang sama, dalam hal

penyebab, patologi, gambaran (ciri-ciri) klinis, dan respon terhadap pengobatan.

3. Memberikan prognosis dan informasi tentang sumber penularan atau faktor keturunan.
4. Memberikan pengetahuan tentang metode pengobatan.

Diagnosis penyakit merupakan hal penting dan harus terdokumentasi dengan baik. Oleh karena itu untuk memudahkan pencatatan dibuatlah suatu sistem pengklasifikasian penyakit yang disebut dengan ICD yang diterbitkan oleh WHO.

International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (ICD) selalu direvisi secara berkala untuk memasukkan perubahan dalam bidang medis. Saat ini ICD sudah mencapai revisi ke 10 sehingga penyebutannya adalah ICD X atau ICD-10.

Klasifikasi penyakit ini dapat didefinisikan sebagai suatu sistem penggolongan/pengkategorian dimana kesatuan penyakit disusun berdasarkan kriteria yang telah ditentukan. Tidak hanya untuk memudahkan pencatatan data kesehatan, ICD mempunyai tujuan untuk mendapatkan rekaman sistematis, melakukan analisis, interpretasi serta membandingkan data morbiditas dan mortalitas dari negara yang berbeda atau antar wilayah dan pada waktu yang berbeda. ICD digunakan untuk menerjemahkan diagnosis penyakit dan masalah kesehatan dari kata-kata menjadi kode alfanumerik yang akan memudahkan penyimpanan, mendapatkan data kembali dan analisis data.

Tabel 2.2 Klasifikasi Penyakit Utama yang Terdapat Pada ICD X

ICD X	Jenis Penyakit
A00-B99	INFEKSI DAN PARASIT
C00-D48	NEOPLASMA
D50-D89	DARAH, ORGAN PEMBENTUK DARAH, SISTEM IMUN
E00-E90	ENDOKRIN, NUTRISI, GANGGUAN METABOLIK
F00-F99	GANGGUAN JIWA DAN PERILAKU
G00-G99	SISTEM SYARAF
H00-H59	MATA DAN ADNEXA
H60-H95	TELINGA DAN MASTOID
I00-I99	SISTEM SIRKULASI
J00-J99	SISTEM PERNAPASAN
K00-K93	SISTEM PENCERNAAN
L00-L99	KULIT DAN JARINGAN SUBKUTAN
M00-M99	SISTEM MUSCULOSKLETAL
N00-N99	SALURAN KEMIH DAN GENITAL
O00-O99	KEHAMILAN DAN KELAHIRAN
P00-P96	PERIODE PERINATAL
Q00-Q99	MALFORMASI KONGENITAL, DEFORMASI
R00-R99	GEJALA, TANDA, KELAINAN KLINIS DAN LAB
S00-T98	KERACUNAN, CEDERA, BEBERAPA PENYEBAB LUAR
V01-Y98	MORBIDITAS DAN KEMATIAN EKSTERNAL
Z00-Z99	FAKTOR YANG MEMPENGARUHI STATUS KESEHATAN DAN HUBUNGANNYA DENGAN JASA KESEHATAN
U00-U99	KODE KEGUNAAN KHUSUS

2.7.7 Aneka Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

1. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium adalah suatu tindakan dan prosedur pemeriksaan khusus dengan mengambil bahan/sampel dari penderita, dapat berupa urin, darah, sputum (dahak), atau sampel dari hasil biopsi (www.dokter.indo.net.id). Beberapa contoh pemeriksaan laboratorium yaitu, pemeriksaan darah rutin, hemoglobin, SGOT/SGPT, ureum darah, dll.

Pemeriksaan laboratorium sebenarnya merupakan bagian dari proses medis, baik sejak awal hingga pemantauan perkembangan terapi. Ada beberapa tujuan dalam pemeriksaan laboratorium, yaitu skrining suatu penyakit, menunjang diagnosis, menyingkirkan suatu diagnosis penyakit, memantau pengobatan/perkembangan terapi, dan menentukan pengobatan dan kekambuhan.

2. Radiologi

Pemeriksaan radiologi adalah pemeriksaan sederhana menggunakan sinar rontgen (sinar X) dengan atau tanpa obat kontras (www.rsem.co.id). Contoh pemeriksaan radiologi adalah foto thorax, tengorak AP&Lat, abdomen/BNO, dll.

3. Patologi Anatomi

Patologi anatomi (PA) adalah spesialisasi medis yang berurusan dengan diagnosis penyakit berdasarkan pada pemeriksaan kasar, mikroskopik, dan molekuler atas organ, jaringan, dan sel (www.med.unhas.ac.id). Beberapa contoh pemeriksaan PA adalah sitologi sputum, sitologi urin, hispatologi, dll.

4. Pemeriksaan elektromedik

Beberapa contoh pemeriksaan elektromedik antara lain: EEG, ECG, EMG, USG, CT Scanning, Test Treadmill, dll.

5. Emergency/Gawat Darurat

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, gawat berarti genting; berbahaya, sedangkan darurat berarti keadaan sukar (sulit) yang tidak tersangka-sangka yang memerlukan penanggulangan segera. Dapat dikatakan, kasus emergency adalah kasus yang genting dan berbahaya jika tidak segera ditangani.

Menurut Weinerman (1966) emergency adalah kondisi yang memerlukan perhatian medis segera, penundaan waktu berbahaya bagi pasien; gangguan akut dan berpotensi mengancam kehidupan.

Pada peserta asuransi *managed care*, jika seseorang mendapatkan keadaan emergency perihal kesakitan/kecelakaan/penyakitnya maka seseorang tersebut bisa langsung mencari pertolongan di rumah sakit yang ditunjuk maupun yang tidak ditunjuk oleh perusahaan asuransi-nya. Oleh karena itu, klaim perorangan pada perusahaan asuransi *managed care* terjadi pada kasus-kasus tertentu seperti kasus emergency ini. Setiap peserta yang mendapatkan keadaan emergency ini, masuk ke rumah sakit tertentu melalui instalasi gawat darurat (IGD) dan mendapatkan pertolongan dengan segera. Setelah dilakukan pengobatan, barulah peserta atau keluarga yang bersangkutan mengajukan klaim *reimbursement* untuk biaya pengobatan yang telah dikeluarkannya.

2.8 Tingkat Pendapatan

Sesuai dengan Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 167 Tahun 2009 tentang Upah Minimum Provinsi (UMP) Tahun 2010 bahwa UMP tahun 2010 di Jakarta sebesar Rp1.118.009 per bulan.

Sesuai dengan Keputusan Gubernur Jawa Barat Nomor: 561/Kep.1665-Bangsos/2009 Tentang Upah Minimum Kabupaten/Kota di Jawa Barat Tahun 2010 bahwa upah minimum di Kota Depok sebesar Rp1.157.000 per bulan.

BAB III

GAMBARAN UMUM PERUSAHAAN

3.1 Gambaran Umum PT Jamsostek (Persero)

Negara berkewajiban untuk memberikan perlindungan sosial ekonomi kepada masyarakatnya. Salah satunya melalui penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Oleh karena itu, negara mengembangkan program jaminan sosial berdasarkan *funded social security*, yaitu jaminan sosial yang didanai oleh peserta dan masih terbatas pada masyarakat pekerja di sektor formal (www.jamsostek.co.id).

Dalam melaksanakan program jaminan sosial untuk warga, diperlukan adanya sebuah Badan Penyelenggara. Sampai akhirnya terbentuklah PT Jamsostek (Persero). Terbentuknya PT Jamsostek (Persero) mengalami serangkaian sejarah yang cukup panjang. Dimulai dari UU No.33/1947 jo UU No.2/1951 tentang kecelakaan kerja, Peraturan Menteri Perburuhan (PMP) No.48/1952 jo PMP No.8/1956 tentang pengaturan bantuan untuk usaha penyelenggaraan kesehatan buruh, PMP No.15/1957 tentang pembentukan Yayasan Sosial Buruh, PMP No.5/1964 tentang pembentukan Yayasan Dana Jaminan Sosial (YDJS), diberlakukannya UU No.14/1969 tentang Pokok-pokok Tenaga Kerja.

Beberapa waktu kemudian, setelah mengalami perbaikan disemua aspek, keluarlah Peraturan Pemerintah (PP) No.33 tahun 1977 tentang pelaksanaan program asuransi sosial tenaga kerja (ASTEK) yang menjadi poin penting dalam penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia. Peraturan pemerintah tentang ASTEK ini mewajibkan setiap pemberi kerja/pengusaha swasta dan BUMN untuk mengikuti program ASTEK. Selain itu, dikeluarkan juga PP No.34 tahun 1977 tentang pembentukan wadah penyelenggara ASTEK, yaitu Perum Astek.

Poin penting selanjutnya adalah lahirnya UU No.3 tahun 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK). Dan melalui PP No.36 tahun 1995 ditetapkannya PT Jamsostek sebagai badan penyelenggara Jaminan Sosial Tenaga

Kerja. Program Jamsostek memberikan perlindungan dasar untuk memenuhi kebutuhan minimal bagi tenaga kerja dan keluarganya, dengan memberikan kepastian berlangsungnya arus penerimaan penghasilan keluarga sebagai pengganti sebagian atau seluruhnya penghasilan yang hilang, akibat risiko sosial.

Sesuai dengan isi pasal 6 UU Jamsostek No.3 tahun 1992, ruang lingkup program jaminan sosial PT Jamsostek (Persero) terdiri atas empat program yaitu Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Kematian (JK), Jaminan Hari Tua (JHT), dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi seluruh tenaga kerja dan keluarganya. Keempat program jaminan sosial ini tentunya akan sangat bermanfaat bagi pemberi kerja, tenaga kerja dan keluarganya, serta bermanfaat bagi perekonomian bangsa karena dapat meningkatkan taraf hidup bagi warganya.

PT Jamsostek (Persero) juga telah menerapkan Sistem Manajemen Mutu (SMM) ISO 9001:2000 untuk meningkatkan kualitas dan kredibilitas kerjanya. SMM ISO 9001:2000 menetapkan persyaratan-persyaratan dan rekomendasi untuk desain dan penilaian dari suatu sistem manajemen mutu yang bertujuan untuk menjamin bahwa suatu lembaga akan memberikan pelayanan jasa sesuai kinerja lembaga tersebut. Prinsip yang dilahirkan oleh ISO tersebut adalah Terencana, Terukur, Terkontrol, dan Terus-menerus Berkembang. ISO ini telah diterapkan di beberapa direktorat di kantor pusat dan pada 30 kantor cabang se-Indonesia. Hal ini semakin memperlihatkan keseriusan PT Jamsostek (Persero) untuk dapat memberikan pelayanan yang terbaik kepada para pesertanya.

3.2 Visi dan Misi PT Jamsostk (Persero)

a. Visi

Menjadi lembaga jaminan sosial tenaga kerja terpercaya yang unggul dalam pelayanan serta memberikan manfaat optimal bagi seluruh peserta dan keluarganya.

b. Misi

Menjadi badan penyelenggara jaminan sosial tenaga kerja yang memenuhi perlindungan dasar bagi tenaga kerja serta menjadi mitra terpercaya bagi:

1. Tenaga Kerja: Memberikan perlindungan yang layak bagi tenaga kerja dan keluarga
2. Pengusaha: Menjadi mitra terpercaya untuk memberikan perlindungan kepada tenaga kerja dan meningkatkan produktivitas
3. Negara: Berperan serta dalam pembangunan

3.3 Filosofi PT Jamsostek (Persero)

PT Jamsostek (Persero) dilandasi kemandirian dan harga diri untuk mengatasi risiko sosial ekonomi. Kemandirian berarti tidak tergantung orang lain dalam membiayai perawatan pada waktu sakit, kehidupan dihari tua maupun keluarganya bila meninggal dunia. Harga diri berarti jaminan tersebut diperoleh sebagai hak dan bukan dari belas kasihan orang lain.

Demi pembiayaan dan manfaatnya optimal, pelaksanaan program PT Jamsostek (Persero) dilakukan secara gotong royong, dimana yang muda membantu yang tua, yang sehat membantu yang sakit dan yang berpenghasilan tinggi membantu yang berpenghasilan rendah.

Motto PT Jamsostek (Persero) itu sendiri adalah *Pelindung Pekerja, Mitra Pengusaha*. Nilai-nilai perusahaan yang dianut adalah Iman, Profesional, Teladan, Integritas, dan Kerjasama. Iman maksudnya adalah selalu mementingkan taqwa, berpikir positif, tanggung jawab, dan pelayanan yang tulus ikhlas. Profesional berarti berprestasi, bermental unggul, proaktif, dan bersikap positif terhadap perubahan dan pembaharuan. Teladan mengandung makna berpandangan jauh ke depan, penghargaan, dan pembimbingan (*reward & encouragement*), serta pemberdayaan. Sedangkan integritas disini maksudnya adalah berani berkomitmen, dan keterbukaan. Sementara itu kerjasama adalah kebersamaan, saling menghargai pendapat, dan menghargai orang lain.

3.4 Gambaran Umum PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak

PT Jamsostek (Persero) memiliki kantor wilayah (kanwil) diseluruh Indonesia. Terdapat delapan kanwil diseluruh Indonesia. PT Jamsostek (persero) Kantor Cabang Cilandak termasuk pada kanwil III, yaitu kanwil yang berada di wilayah DKI Jakarta. Kantor Cabang Cilandak resmi melakukan tugasnya pada Oktober 1990. Bertempat di Jalan R.A Kartini Kav.13, Cilandak Barat, Jakarta Selatan.

3.5 Visi dan Misi PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak

3.5.1 Visi

Menjadi lembaga penyelenggara jaminan sosial tenaga kerja yang terpercaya dengan mengutamakan pelayanan prima dan manfaat optimal bagi seluruh peserta.

3.5.2 Misi

1. Meningkatkan dan mengembangkan mutu pelayanan dan manfaat kepada peserta berdasarkan prinsip profesionalisme.
2. Meningkatkan jumlah kepesertaan program jaminan sosial tenaga kerja
3. Meningkatkan budaya kerja melalui kualitas SDM dan penerapan *Good Corporate Governance (GCG)*
4. Mengelola dan apeserta secara optimal dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian
5. Meningkatkan *Corporate Values* dan *Corporate Images*.

3.6 Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) PT Jamsostek (Persero)

Program jaminan sosial yang diselenggarakan oleh PT Jamsostek (Persero) mencakup empat program, yaitu JKK, JHT, JK dan JPK. Jaminan kecelakaan kerja (JKK) pada hakekatnya memberikan kompensasi yang terdiri dari penggantian biaya yang dikeluarkan tenaga kerja, yaitu transport, upah sementara tidak mampu bekerja (STMB) dan perawatan. Selain itu, ganti rugi atas turunnya/hilangnya kemampuan bekerja/berpenghasilan, yaitu santunan cacat dan

santunan kematian juga merupakan kompensasi dari program ini. Jaminan hari tua (JHT) ditujukan sebagai pengganti terputusnya penghasilan tenaga kerja karena meninggal, cacat, atau hari tua dan diselenggarakan dengan sistem tabungan hari tua. Program JHT memberikan kepastian penerimaan penghasilan yang dibayarkan pada saat tenaga kerja mencapai usia 55 tahun atau telah memenuhi persyaratan tertentu.

Jaminan kematian (JK) diperuntukkan bagi ahli waris dari peserta yang meninggal bukan karena kecelakaan kerja. Jaminan kematian diperlukan sebagai upaya meringankan beban keluarga baik dalam bentuk biaya pemakaman maupun santunan berupa uang. Pengusaha wajib menanggung iuran program JK yang pada hakekatnya merupakan unsur komplementer dari program JHT karena pada saat meninggal dunia, saldo tabungan belum optimal sehingga JK akan menutupnya. Kompensasi yang diberikan dari program ini adalah santunan kematian, biaya pemakaman, dan santunan berkala. Sementara itu jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) diberikan dalam bentuk pelayanan medis sebagai paket jaminan pemeliharaan kesehatan dasar. (Jamsostek, 2006)

Jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) ditujukan untuk memberikan perlindungan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan bagi tenaga kerja dan keluarganya. Lebih dari itu program JPK juga bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan bagi tenaga kerja guna meningkatkan produktivitas baik kualitas maupun kuantitasnya.

Sistem pelayanan dalam program JPK adalah terstruktur, berjenjang, berkesinambungan dan komprehensif.

1. Terstruktur yaitu, pelayanan kesehatan yang tersusun dalam setiap tingkat pelayanan yang diberikan atas dasar adanya indikasi medis yang ditetapkan oleh dokter.
2. Berjenjang yaitu, pelayanan kesehatan diberikan sesuai dengan kemampuan pelayanan kesehatan tiap tingkat fasilitas.
3. Berkesinambungan yaitu, pelayanan diberikan saling berhubungan antar tingkat pelayanan yang satu dengan lainnya dengan mengikuti riwayat penyakit dengan pengobatan yang efektif.

4. Komprehensif yaitu, pelayanan diberikan secara menyeluruh (paripurna) meliputi upaya promotif (meningkatkan pelayanan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (pengobatan), dan rehabilitative (pemulihan fungsi).

PT Jamsostek (Persero) menjalankan program JPK dengan landasan hukum yang kuat yaitu;

1. Undang-undang No.3 tahun 1992 tentang Jaminan Sosial tenaga Kerja
2. peraturan pemerintah No.14 tahun 1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja
3. peraturan Menteri Tenaga Kerja No. per- 12/Men/VI/2007 tentang petunjuk teknis Pendaftaran Kepesertaan, Pembayaran Iuran, Pembayaran Santunan, dan Pelayanan Jaminan Sosial Tenaga Kerja.
4. Keputusan direksi PT Jamsostek (Persero) Nomor: KEP/127/062006 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan.

3.6.1 Cakupan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) PT Jamsostek (Persero)

Jaminan pemeliharaan kesehatan (JPK) PT Jamsostek (Persero) diberikan kepada peserta beserta istri atau suami yang sah dan maksimal tiga orang anak dengan usia maksimum 21 tahun dan belum menikah atau belum bekerja yang telah didaftarkan dan memiliki kartu pemeliharaan kesehatan (KPK) PT Jamsostek (Persero).

Standar pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi tenaga kerja yang ditetapkan dalam Undang-undang No.3 Tahun 1992 adalah sebagai berikut:

A. Hak-hak peserta program JPK

1. Mendapatkan kesempatan yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal dan menyeluruh sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Kecuali, pelayanan khusus tidak di tambahkan pada keluarganya.
2. Tanggungan bagi peserta yang telah berkeluarga terdiri dari suami/istri beserta 3 orang anak dengan usia maksimum 21 tahun dan belum menikah.

3. Pelayanan khusus hanya diberikan kepada tenaga kerja dan bukan kepada keluarganya.
4. Memilih fasilitas yang bekerjasama dengan PT Jamsostek (Persero) dan diutamakan dalam wilayah yang sesuai dengan tempat tinggal.
5. Dalam keadaan emergency peserta dapat langsung meminta pertolongan di fasilitas kesehatan yang ditunjuk PT Jamsostek (Persero) maupun tidak.
6. Peserta berhak mengganti fasilitas kesehatan rawat jalan tingkat 1 bila sudah tidak sesuai lagi, setelah enam bulan memilih fasilitas kesehatan yang pertama.
7. Peserta berhak menuliskan atau melaporkan keluhan bila tidak puas terhadap penyelenggaraan JPK.
8. Tenaga kerja/istri berhak atas pertolongan persalinan kesatu, kedua, dan ketiga.
9. Tenaga kerja yang sudah mempunyai 3 orang anak sebelum menjadi peserta program JPK, tidak berhak lagi mendapatkan pertolongan persalinan.

B. Kewajiban peserta program JPK

1. Menyelesaikan prosedur administrasi yang telah ditentukan PT Jamsostek (Persero).
2. Menandatangani Kartu Pemeliharaan Kesehatan.
3. Memiliki Kartu Pemeliharaan Kesehatan (KPK) sebagai bukti diri untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
4. Mengikuti prosedur pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan.
5. Segera melaporkan kepada PT Jamsostek (Persero) apabila terjadi perubahan seperti status perkawinan, penambahan anak, anak sudah 21 tahun dan atau sudah menikah dan atau sudah bekerja.
6. Segera melaporkan kepada PT Jamsostek (Persero) apabila KPK hilang.
7. Mengembalikan KPK ke perusahaan bila tidak menjadi peserta lagi.

C. Standar pelayanan kesehatan

1. Pelayanan Kesehatan Tingkat I

Jenis PPK yang memberikan pelayanan untuk pelayanan kesehatan di tingkat I adalah Puskesmas yang ditunjuk, klinik/balai pengobatan yang ditunjuk, dokter umum/gigi praktek solo yang ditunjuk. PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak bekerja sama dengan 4 Puskesmas Kecamatan dan 7 klinik. Peserta dapat memilih PPK I yang diinginkan sesuai dengan domisili peserta.

Cakupan pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi:

- a. Pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter umum
- b. Pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter gigi
- c. Tindakan medis sederhana
- d. Obat-obatan sesuai kebutuhan medis dengan dasar Standar Obat JPK
- e. Pelayanan keluarga berencana
- f. Pelayanan KIA termasuk pemeriksaan ibu hamil dan bayi/anak balita,
- g. pemberian imunisasi dasar, dan pemeriksaan masa nifas.
- h. Konsultasi kesehatan
- i. Melaksanakan rujukan/konsul ke Rumah Bersalin atau ke fasilitas
- j. tingkat lanjutan (rumah sakit)

Prosedur pelayanan yang harus dipatuhi oleh peserta adalah sebagai berikut:

- a. Peserta yang datang berobat harus membawa KPK dan mendaftarkan diri dengan memperlihatkan KPK.
- b. Peserta akan mendapatkan pelayanan dan akan diberikan resep obat yang dapat diambil pada PPK tersebut.
- c. Atas indikasi medis, peserta dapat dirujuk ke dokter spesialis atau rumah sakit yang ditunjuk dengan memakai surat rujukan.

2. Persalinan

Persalinan yang ditanggung adalah persalinan pada usia kehamilan 20-37 minggu untuk anak kesatu, kedua, dan ketiga. Persalinan dapat dilakukan secara normal maupun dengan penyulit atas indikasi medis (*Sectio caesaria, vacuum, forceps*) pada rumah bersalin/rumah sakit yang ditunjuk dengan sistem rujukan.

Cakupan pelayanan persalinan yang diberikan meliputi:

- a. Pemeriksaan kehamilan oleh dokter umum atau bidan
- b. Mondok dan makan sesuai kebutuhan gizi, maksimum 3-5 hari
- c. Pemeriksaan laboratorium
- d. Pelayanan persalinan
- e. Pemeriksaan nifas
- f. Pemberian obat sesuai indikasi medis dan Daftar Obat Standar JPK
- g. Rujukan ke rumah sakit dapat dilakukan atas indikasi medis: kelainan letak janin, perdarahan hebat, tidak ada jalan lahir/keluar janin. *Pre Eklamsi Berat* (PEB) dengan tensi 150/100, asma berat, kencing manis, proteinuria, dan persalinan kembar dengan penyulit sesuai ketentuan PT Jamsostek (Persero).

Prosedur pelayanan yang harus dipatuhi oleh peserta adalah sebagai berikut:

- a. Pada usia kehamilan 1 sampai dengan 8 bulan, ANC dilakukan di PPK tingkat I yang tertera pada kartu. Selanjutnya, pada akhir usia kehamilan ke delapan bulan. PPK tingkat I memberikan resume ANC. Kemudian, peserta dapat bersalin di PPK tingkat I yang memiliki rumah bersalin atau dirujuk ke rumah sakit yang bekerjasama dengan PT Jamsostek (Persero) jika memang secara medis diperlukan.
- b. Apabila dalam pemeriksaan kehamilan dan persalinan ada penyulit/komplikasi, peserta akan dirujuk ke rumah sakit yang memiliki peralatan yang lebih lengkap.
- c. Bila bayi baru lahir dengan kelainan memerlukan perawatan, dapat dirujuk ke rumah sakit yang ditunjuk.

3. Pelayanan Kesehatan Tingkat II (Lanjutan)

Pelayanan kesehatan tingkat lanjut dapat dilakukan di rumah sakit yang ditunjuk dengan prinsip rujukan. PT Jamsotek (Persero) Kantor Cabang Cilandak bekerja sama dengan 1 rumah sakit pemerintah, 2 rumah sakit swasta, dan 2 apotek di luar instalasi farmasi rumah sakit.

a. Rawat Jalan Tingkat II (Lanjutan)

Pelayanan rawat jalan tingkat lanjut dapat dilakukan oleh dokter spesialis pada rumah sakit yang ditunjuk melalui proses rujukan dari Rawat Jalan Tingkat I.

Cakupan pelayanan kesehatan yang dapat diberikan pada rawat jalan tingkat lanjut meliputi:

- Pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter spesialis
- Tindakan medis sesuai dengan indikasi medis.
- Pemberian resep obat sesuai dengan kebutuhan medis berdasarkan standar obat JPK.
- Fisioterapi
- Pelayanan penunjang lanjutan sesuai indikasi medis seperti laboratorium, radiologi, patologi anatomi, dan elektromedik sesuai standar PT Jamsotek (Persero).

Prosedur pelayanan yang harus dipatuhi oleh peserta adalah sebagai berikut:

- Peserta harus membawa surat rujukan ke loket pendaftaran pada rumah sakit yang ditunjuk
- Selanjutnya, peserta akan diberikan blanko bukti tindakan perawatan dan dipersilahkan datang ke poli yang ditunjuk.
- Bila peserta diberi obat, pada resep obat tertentu harus dilegalisasi ke kantor PT Jamsotek (Persero) setempat, kemudian mengambil obat

pada apotek yang ditunjuk/bekerja sama dengan PT Jamsostek (Persero).

- Bila peserta memerlukan rujukan ke poli lain, pemeriksaan penunjang diagnostik, atau ke rumah sakit lain maka dokter spesialis akan membuat surat rujukan intern/ekstern.
- Bila peserta perlu di rawat inap, dokter spesialis akan membuat surat perintah untuk rawat inap.
- Apabila peserta perlu kontrol kembali maka pada surat rujukan akan dicantumkan tanggal kontrol ulang.

b. Rawat Inap di Rumah Sakit

Rawat inap dapat dilakukan di rumah sakit yang ditunjuk oleh PT Jamsotek (Persero), kecuali untuk keadaan emergency. Untuk rumah sakit pemerintah, peserta mendapatkan pelayanan di kelas 2. Sedangkan untuk rumah sakit swasta, peserta mendapatkan pelayanan di kelas 3.

Cakupan pelayanan kesehatan yang didapatkan pada pelayanan rawat inap tingkat lanjut meliputi:

- Mondok dan makan sesuai kebutuhan gizi.
- Visite dokter minimal 1x sehari.
- Konsul dokter spesialis sesuai indikasi medis.
- Pemeriksaan penunjang diagnostik lanjutan sesuai indikasi medis.
- Pemberian obat sesuai indikasi medis berdasarkan Standar Obat JPK.
- Tindakan medis spesialistik.
- Perawatan khusus (ICCU, ICU, HCU, HCB, PICU)
- Tindakan pembedahan (operasi kecil, sedang, besar)
- Alat kesehatan (*Pin, plate, Screw, elastic band, IOL, Stein* operasi batu ginjal, kolonoktomi, hernia) ditanggung oleh PT Jamsotek (Persero)

60% atau setinggi-tingginya Rp500.000, selebihnya dibayarkan oleh peserta.

- Lama hari rawat inap yang ditanggung per-kasus per-tahun kalender ditanggung maksimal 60 hari sudah termasuk perawatan khusus ditanggung maksimal 20 hari/kasus/tahun.

Prosedur pelayanan yang harus dipatuhi oleh peserta adalah sebagai berikut:

- Peserta harus membawa surat perintah rawat inap ke loket pendaftaran perawatan.
- Tunjukkan KPK dan mintalah surat keterangan perawatan rumah sakit dari Unit Pelaporan dan Pencatatan Data (P2D) atau tim pengendali rumah sakit.
- Peserta diwajibkan datang ke kantor PT Jamsotek (Persero) terdekat untuk mendapatkan surat jaminan. Selanjutnya surat jaminan paling lambat diserahkan ke rumah sakit 2 x 24 jam terhitung mulai tanggal masuk.
- Peserta akan mendapatkan pelayanan sesuai standar tanpa dipungut biaya. Apabila peserta menggunakan pelayanan di luar standar yang ditetapkan maka selisih biaya menjadi tanggungan peserta.

4. Pelayanan Khusus

Pelayanan khusus ini hanya diberikan kepada tenaga kerja. PPK yang melayani pelayanan khusus ini adalah rumah sakit yang ditunjuk, optik yang ditunjuk, dokter gigi puskesmas/klinik yang ditunjuk, dan perusahaan alat kesehatan. Pelayanan khusus ini meliputi:

a. Kacamata

Pelayanan kacamata dilakukan dengan prosedur rujukan dari dokter spesialis di rumah sakit yang ditunjuk. Selanjutnya, permohonan pembuatan kacamata harus mendapatkan jaminan dari kantor PT Jamsotek

(Persero) terdekat. Selanjutnya, pelayananacamata dapat diberikan dengan ketentuan sebagai berikut:

- Biayaacamata ditetapkan maksimum sebesar Rp200.000.
- Penggantian lensa diperkenankan paling cepat dua tahun dengan indikasi medis sebesar Rp80.000.
- Penggantianbingkai tiga tahun sekali sebesar Rp120.000.

b. Gigi Palsu

Pelayanan gigi palsu diberikan dengan prosedur rujukan dari dokter spesialis rumah sakit yang ditunjuk. Selanjutnya peserta harus membuat jaminan ke kantor PT Jamsotek (Persero) agar dapat mengklaim gigi palsu tersebut. Pelayanan gigi palsu dapat diberikan dengan prosedur sebagai berikut:

- Gigi palsu yang diberikan adalah jenis gigi tiruan lepas dengan bahan *acrylic*.
- Biaya gigi palsu ditetapkan maksimum Rp408.000 dan per rahang Rp204.000 dengan perincian biaya pemasangan plat gigi pertama sebesar Rp100.000 dan biaya per gigi selanjutnya Rp8.000
- Penggantian berikutnya hanya dilakukan setelah tiga tahun pembuatan pertama.

c. Alat Bantu Dengar (*Hearing Aid*)

Pelayanan alat bantu dengar diberikan dengan prosedur rujukan dari dokter spesialis rumah sakit yang ditunjuk. Selanjutnya peserta harus membuat jaminan ke kantor PT Jamsotek (Persero) agar dapat mengklaim alat bantu dengar tersebut. Pelayanan alat bantu dengar dapat diberikan dengan prosedur sebagai berikut:

- Biaya alat bantu dengar maksimum Rp300.000.
- Penggantian berikutnya dilakukan setelah tiga tahun pembuatan pertama.
-

d. Kaki/Tangan Palsu

Pelayanan kaki/tangan palsu diberikan dengan prosedur rujukan dari dokter spesialis rumah sakit yang ditunjuk. Selanjutnya peserta harus membuat jaminan ke kantor PT Jamsotek (Persero) agar dapat mengklaim kaki/tangan tersebut. Pelayanan kaki/tangan palsu dapat diberikan dengan prosedur sebagai berikut:

- Prothesa anggota gerak atas (tangan) maksimal Rp350.000.
- Prothesa anggota gerak bawah (kaki) maksimal Rp500.000.
- Penggantian berikutnya hanya dilakukan setelah tiga tahun pembuatan pertama.

e. Mata Palsu

Pelayanan mata palsu dengan diberikan dengan prosedur rujukan dari dokter spesialis rumah sakit yang ditunjuk. Selanjutnya peserta harus membuat jaminan ke kantor PT Jamsotek (Persero) agar dapat mengklaim mata palsu tersebut. Pelayanan mata palsu dapat diberikan dengan prosedur sebagai berikut:

- Biaya mata palsu ditetapkan maksimum Rp300.000.
- Penggantian berikutnya hanya dilakukan setelah tiga tahun pembuatan yang pertama.

Pengajuan klaim pelayanan khusus harus melampirkan dokumen-dokumen sebagai berikut:

- Kuitansi asli
- Surat rujukan dari dokter keluarga
- Foto copy Kartu Pemeliharaan Kesehatan (KPK)
- Foto copy resep/surat keterangan penggunaan alat tersebut yang telah mendapat legalisasi.

5. Pelayanan Gawat Darurat

Pelayanan gawat darurat dapat dilakukan di PPK yang ditunjuk maupun yang tidak ditunjuk dengan menunjukkan KPK. keadaan yang masuk dalam kategori emergency adalah sebagai berikut:

- Sakit atau cedera serius karena kecelakaan
- Serangan jantung dan sesak napas
- Kejang
- Pendarahan berat
- Dehidrasi akibat diare dan muntaber
- Kehilangan kesadaran (pingsan, koma)
- Demam tinggi (39°C atau lebih)
- Kolik renal dan abdomen

Cakupan pelayanan gawat darurat meliputi:

- Pemeriksaan dan pengobatan
- Tindakan sesuai indikasi medis
- Pelayanan rujukan rawat inap
- Pemberian obat untuk waktu terbatas minimal satu hari dan diberikan oleh tempat pelayanan (PPK)

Pelaksana Pelayanan Kesehatan adalah:

- Dokter tingkat I yang tertera pada kartu pemeliharaan kesehatan pada jam buka klinik.
- Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit yang ditunjuk maupun yang tidak ditunjuk PT Jamsostek (Persero).

6. Pelayanan di Apotek

Peserta program JPK Jamsostek dalam memanfaatkan pelayanan di PPK tingkat I ataupun di PPK tingkat II seringkali mendapatkan resep obat. Obat yang menjadi standar JPK adalah obat berdasarkan atau yang sesuai dengan DOEN, generik dan obat merk dagang yang ada dalam daftar DPHO yang dimiliki JPK.

3.6.2 Hal-hal yang Tidak Menjadi Tanggung Jawab PT Jamsostek (Persero)

1. Untuk Peserta

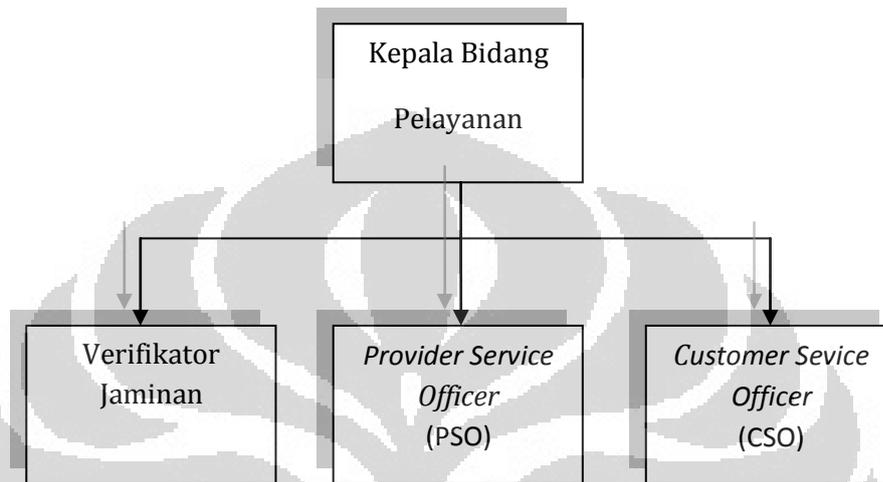
- Dalam hal tidak mentaati ketentuan yang berlaku yang telah ditetapkan oleh PT Jamsostek (Persero).
- Akibat langsung bencana alam, peperangan, dan lain-lain.
- Cidera yang diakibatkan oleh perbuatan sendiri, misalnya percobaan bunuh diri, tindakan melawan hukum.
- Olahraga tertentu yang membahayakan seperti: terbang layang, menyelam, balap mobil/motor, mendaki gunung, tinju dan lain-lain.
- Tenaga kerja yang pada permulaan kepesertaannya sudah mempunyai tiga anak atau lebih, tidak berhak mendapatkan pertolongan persalinan.

2. Pelayanan Kesehatan

- Pelayanan kesehatan diluar fasilitas yang ditunjuk oleh JPK, kecuali kasus emergency dan bila harus rawat inap, ditanggung maksimal 7 hari perawatan sesuai standard rawat inap yang telah ditetapkan.
- Imunisasi kecuali imunisasi dasar pada bayi.
- *General chek up/Reguar check up* (termasuk *pap smear*).
- Pemeriksaan, pengobatan, perawatan di luar negeri.
- Penyakit yang disebabkan oleh penggunaan alcohol/narkotik.
- Penyakit kanker (terhitung sejak tegaknya diagnosis).

3.6.3 Struktur Organisasi Bidang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak

Sumber daya manusia pada bidang JPK terdiri atas seorang kepala bidang pelayanan dan tiga orang staff, dengan struktur sebagai berikut:



Gambar 3.1 Struktur Organisasi Bidang JPK PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak

Berikut ini merupakan tabel yang menggambarkan SDM pada bidang JPK di PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak:

Tabel 3.1
SDM pada Bidang JPK
PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak

	Jabatan	Pendidikan	Pengalaman Bekerja sampai dengan tahun 2010
SDM 1	Kepala Bidang Pelayanan	Sarjana Teknologi Informasi	30 tahun
SDM 2	Verifikator Jaminan dan PSO	Sarjana Kesehatan Masyarakat	10 tahun
SDM 3	Verifikator Jaminan dan PSO	Sarjana Kesehatan Masyarakat	1 tahun
SDM 4	Verifikator Jaminan dan CSO	Sarjana Kedokteran	7 tahun

Berikut adalah uraian tugas personil dalam bidang JPK:

a. Kepala bidang pelayanan

Bertanggung jawab pada kepala kantor cabang. Pada bidang JPK ini tugas umum kepala bidang pelayanan adalah merencanakan, melaksanakan, mengkoordinasikan, dan mengendalikan kegiatan JPK, serta menanggapi keluhan peserta JPK demi memastikan kelancaran pelayanan jaminan dan kepuasan peserta.

Tugas pokok kepala bidang pelayanan adalah sebagai berikut:

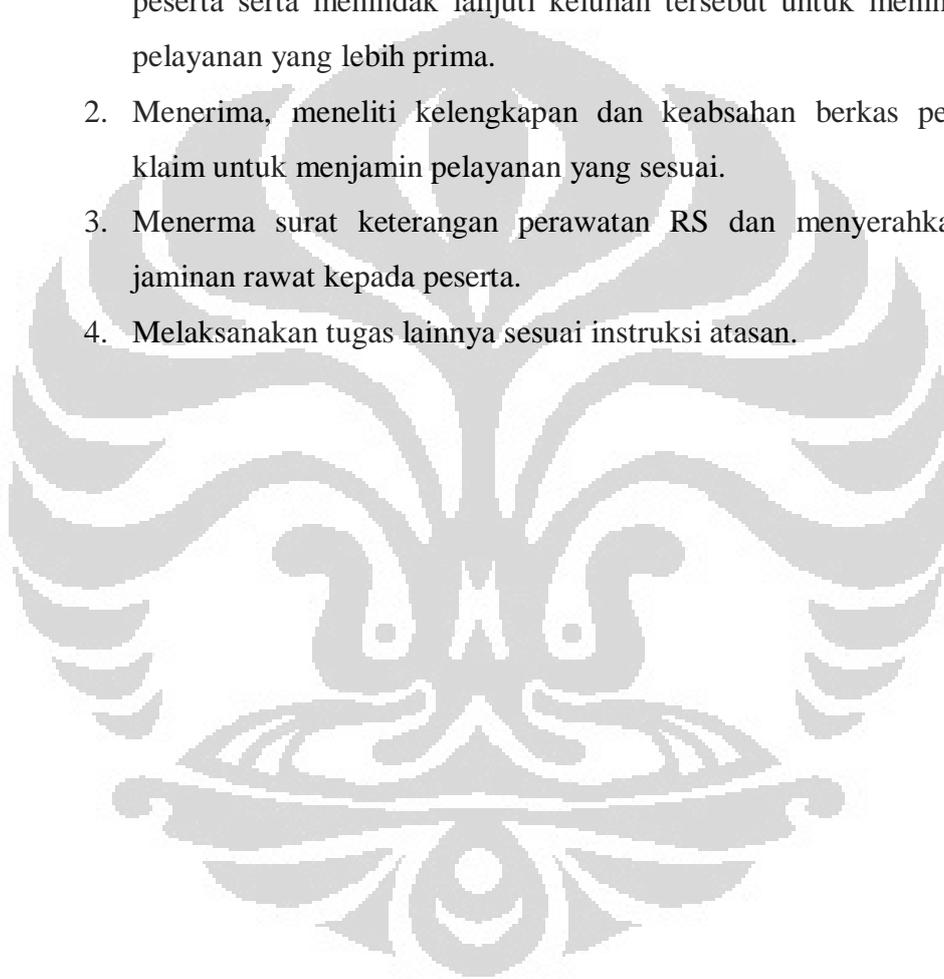
1. Merencanakan penyelesaian klaim tepat waktu, menanggapi keluhan peserta, dan mewujudkan kepuasan peserta.
2. Memverifikasi berkas penetapan jumlah klaim yang layak bayar/jaminan sesuai dengan tanggung jawabnya.

3. Melakukan penetapan besarnya jaminan sesuai dengan tanggung jawabnya.
 4. Melakukan negosiasi dan pembuatan ikatan kerja sama (IKS) dengan PPK.
 5. Melakukan pengendalian biaya dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan demi kelancaran pelayanan.
 6. Melakukan pembinaan dan monitoring terhadap staff dibawahnya demi kelancaran pelaksanaan tugas.
 7. Melaksanakan tugas-tugas lainnya sesuai instruksi atasan.
- b. Verifikator Jaminan
1. Memverifikasi, merekam, dan menetapkan klaim JPK, baik klaim kapitasi maupun perorangan (*fee for service*).
 2. Membuat laporan bulanan kasus dan jaminan yang dibayarkan.
 3. Melaksanakan tugas-tugas lainnya sesuai instruksi atasan.
- c. *Provider Service Officer* (PSO)
1. Membuat pemetaan penyebaran jaringan PPK, menganalisis jumlah tertanggung per PPK, dan melakukan seleksi PPK yang akan diajak kerjasama oleh PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak.
 2. Memprakirakan perhitungan biaya perkapita dan tarif PPK untuk melakukan negosiasi dan menyusun draft IKS.
 3. Membuat surat jaminan dan legalisasi resep obat atau pelayanan khusus seperti kacamata dan gigi palsu.
 4. Melakukan koordinasi pengiriman daftar tertanggung ke PPK, penghentian sementara pelayanan kesehatan, dan membuka kembali pelayanan kepada peserta.
 5. Melakukan pembinaan PPK melalui kerjasama operasional maupun kunjungan (pelaporan, standar PPK, manajemen utilisasi fasilitas pelayanan kesehatan).
 6. Membuat penilaian mutu pelayanan PPK tingkat I sebagai “*gate keeper*” untuk meningkatkan pelayanan kepada peserta.

7. Melakukan penyuluhan ke perusahaan-perusahaan peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak melalui *Account Officer* (AO).
8. Melaksanakan tugas lainnya sesuai instruksi atasan.

d. *Customer Service Officer* (CSO)

1. Memberikan informasi terkait program JPK dan menerima keluhan peserta serta menindak lanjuti keluhan tersebut untuk meningkatkan pelayanan yang lebih prima.
2. Menerima, meneliti kelengkapan dan keabsahan berkas pengajuan klaim untuk menjamin pelayanan yang sesuai.
3. Menerima surat keterangan perawatan RS dan menyerahkan surat jaminan rawat kepada peserta.
4. Melaksanakan tugas lainnya sesuai instruksi atasan.



BAB IV

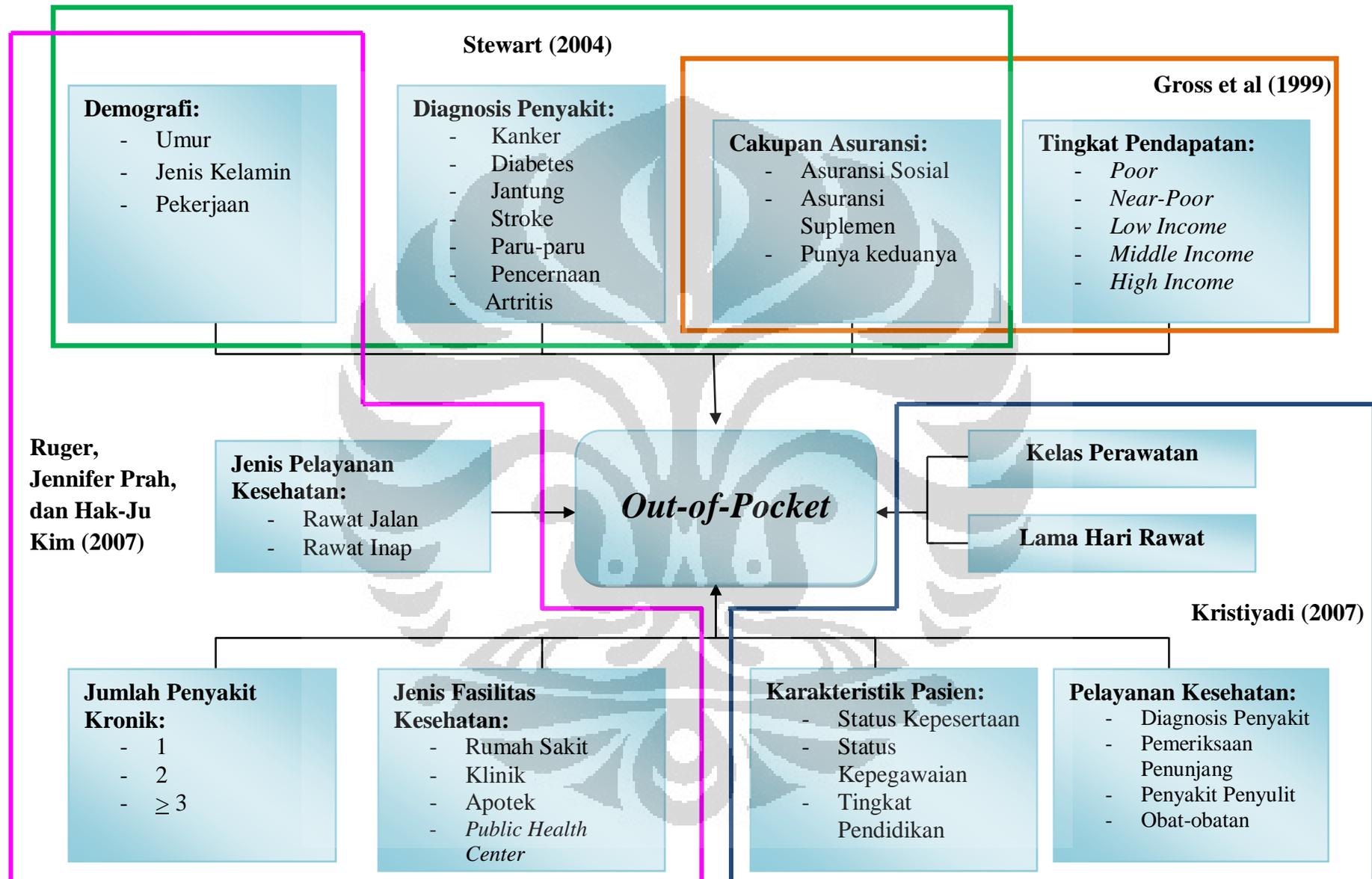
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1 Kerangka Teori

Gross et al (1999), mengatakan bahwa yang mempengaruhi besarnya *out-of-pocket* adalah cakupan asuransi dan tingkat pendapatan. Menurut penelitian lainnya, yaitu, Stewart (2004) Menemukan bahwa variabel yang mempengaruhi *out-of-pocket* adalah faktor demografi, diagnosis penyakit, dan cakupan asuransi.

Sejalan dengan penelitian Stewart (2004) tersebut, penelitian Ruger, Jennifer Prah, dan Hak-Ju Kim (2007) juga menemukan bahwa faktor yang mempengaruhi *out-of-pocket* adalah faktor demografi, jumlah penyakit kronik yang dimiliki, jenis pelayanan kesehatan, dan jenis fasilitas kesehatan. Sementara itu, pada penelitian yang dilakukan Kristiyadi (2007) menemukan variabel lainnya yang juga mempengaruhi besarnya *out-of-pocket*, yaitu karakteristik pasien, kelas perawatan, lama hari rawat, dan pelayanan kesehatan.

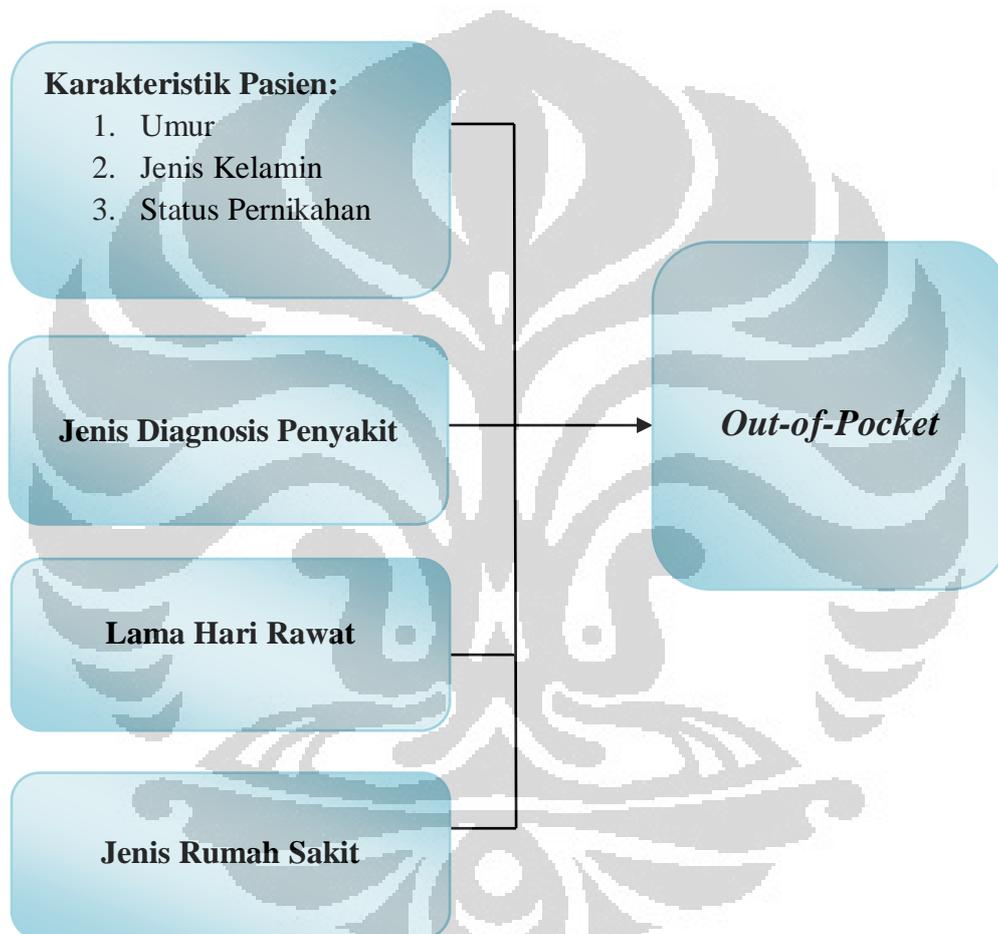
Berikut ini adalah penjabaran dan penggambaran teori dari penggabungan ketiga penelitian di atas yang tersaji dalam sebuah kerangka teori:



Gambar 4.1 Kerangka Teori

4.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori di atas, dapat diketahui bahwa *out-of-pocket* dipengaruhi berbagai faktor. Meskipun demikian, tidak semua faktor pada kerangka teori ini diteliti pada penelitian ini karena peneliti ingin memfokuskan pada beberapa variabel saja. Faktor-faktor yang diteliti terjabar dalam kerangka konsep berikut ini:

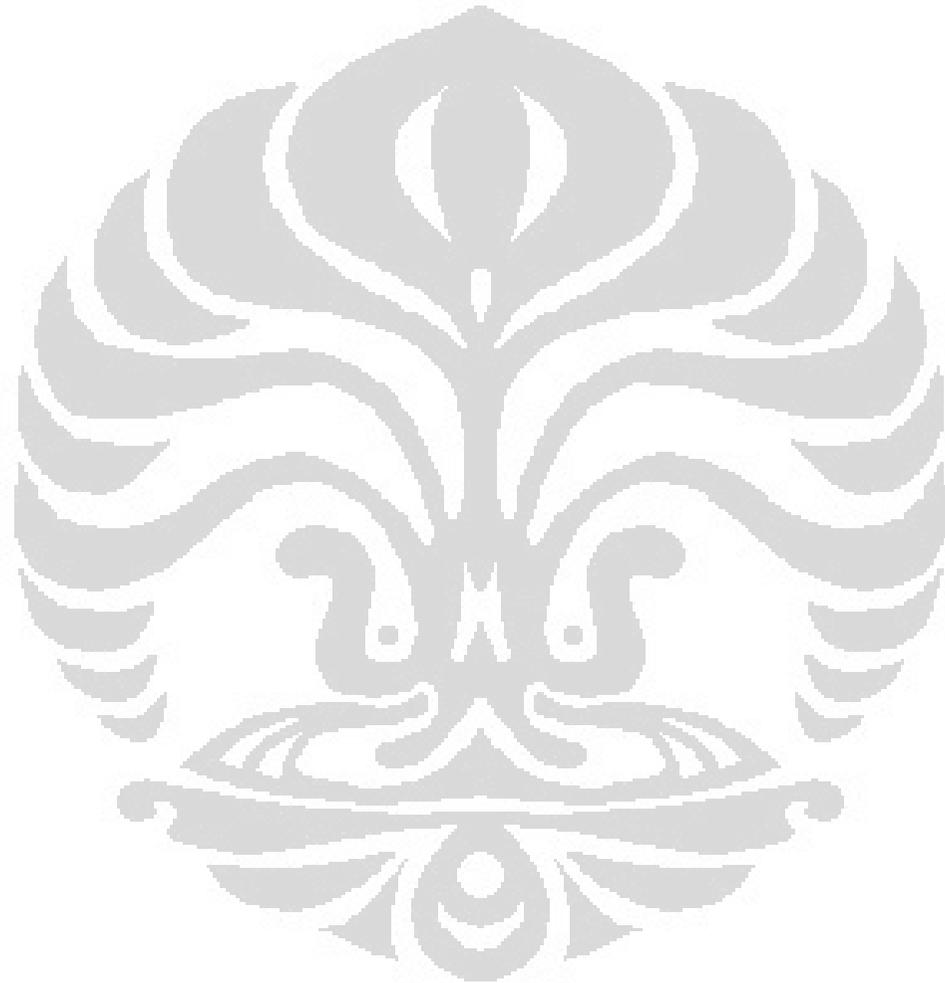


Gambar 4.2 Kerangka Konsep

4.3 Definisi Operasional

No	VARIABEL	DEFINISI VARIABEL	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
1	<i>Out-of-pocket</i> per jenis layanan	Biaya pelayanan kesehatan per jenis layanan (biaya perawatan, obat-obatan, penunjang diagnostik, operasi emergency, dll) yang tidak ditanggung oleh PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak.	Jumlah pengajuan klaim dikurangi dengan jumlah klaim yang layak dibayarkan oleh PT Jamsostek (Persero)	Data dan berkas klaim	Jumlah biaya <i>out-of-pocket</i> dalam rupiah.	Rasio
2	Umur	Umur pasien yang tertera pada resume medis yang diteliti	Observasi berkas klaim	Berkas klaim	Umur dalam tahun, dengan katagori: 1. 0 – 14 tahun 2. 15 – 49 tahun 3. 50+ tahun	Interval
3	Jenis Kelamin	Ciri biologis pasien yang membedakan laki-laki dan perempuan yang tertulis pada KPK/resume medis yang diteliti.	Observasi data klaim	Data klaim	Kategori: 1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal

No	VARIABEL	DEFINISI VARIABEL	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
4	Status Kepesertaan	Keadaan atau kedudukan peserta Jamsostek dalam kepesertaan yang tertulis pada KPK yang bersangkutan.	Observasi data klaim	Data klaim	Kategori : 1. Peserta 2. Pasangan 3. Anak	Nominal
5	Status Pernikahan	Status perkawinan sesuai dengan yang tertulis di KPK peserta.	Observasi data klaim	Data klaim	Kategori: 1. Kawin 2. Lajang	Nominal
6	Diagnosis Penyakit	Diagnosis dokter terhadap penyakit yang diderita peserta Jamsostek berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan medis yang tertera pada resume medis.	Observasi data resume medis	Berkas klaim	Diagnosis penyakit dikategorikan sesuai dengan klasifikasi utama ICD X.	Nominal
7	Lama Hari Rawat	Jumlah hari rawat inap peserta Jamsostek di rumah sakit yang disetujui PT Jamsostek (Persero) setelah dilakukan verifikasi klaim yang terdapat pada data rekapitulasi klaim PT Jamsostek (Persero) dengan maksimal hari perawatan yang diterima adalah 7 hari.	Observasi data klaim	Data klaim	Dihitung dalam hari.	Rasio
8	Jenis Rumah Sakit	Status kepemilikan asal rumah sakit pasien Jamsostek mendapatkan pelayanan kesehatan.	Observasi data klaim dan literatur	Data klaim, literatur	Kategori: 1. Pemerintah 2. Non-pemerintah	Nominal



BAB V

METODE PENELITIAN

5.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional* untuk mengetahui gambaran beban dan variasi penggunaan biaya *out-of-pocket* pada pasien emergency non persalinan peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak pada tahun 2010.

5.2 Lokasi dan Waktu Pengambilan Data

Penelitian ini dilakukan di PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak yang beralamat di Jalan R.A Kartini Kav.13, Cilandak Barat, Jakarta Selatan. Pengumpulan data penelitian terlaksana pada bulan februari s.d. april 2012. Sedangkan untuk pengolahan dan analisis data dilakukan pada bulan mei s.d. juni 2012.

5.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah berkas klaim perorangan kasus emergency non persalinan non-persalinan PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak pada tahun 2010. Kasus persalinan sengaja tidak diikutsertakan dalam penelitian ini karena pada penelitian ini penulis fokus pada beban dan variasi penggunaan biaya *out-of-pocket*. Sementara itu, data klaim persalinan tidak dapat menunjukkan penggunaan dan penggantian biaya per jenis layanan kesehatan yang sangat dibutuhkan dalam penelitian ini. Dengan demikian, data persalinan tidak dapat dianalisis sesuai tujuan penelitian.

Penelitian ini menggunakan *total sampling*, yaitu peserta program JPK yang melakukan klaim perorangan kasus emergency non persalinan non-persalinan pada tahun 2010, yaitu sebanyak 125 peserta.

5.4 Teknik Pengumpulan Data

5.4.1 Jenis dan Sumber Data

Jenis data yang digunakan adalah data sekunder yang diperoleh dari berkas digital klaim perorangan kasus emergency non persalinan dan laporan bulanan klaim perorangan kasus emergency non persalinan pada bulan Januari s.d Desember tahun 2010.

5.4.2 Tahapan Pengumpulan Data

1. Tahap Pertama

Memeriksa kesesuaian antara laporan bulanan selama tahun 2010 dengan berkas klaim tahun 2010. Karena berkas klaim adalah digital (hasil *scan* berkas asli yang disimpan dalam program komputer), maka berkas klaim hanya bisa di akses secara online melalui server induk PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak.

2. Tahap Kedua

Membuat template baru untuk melengkapi template laporan bulanan guna memisahkan biaya berdasarkan jenis pelayanan antara biaya yang diajukan dengan biaya yang ditanggung untuk dihitung biaya *out-of-pocket*-nya. Data diperoleh dari berkas klaim yang sudah ditentukan sebagai sumber data, yang diambil secara manual dari berkas klaim digital yang ada di kantor cabang dan juga dalam bentuk lembar kerja elektronik.

3. Tahap Ketiga

Mengisi template yang telah dibuat sesuai data yang ada pada berkas klaim masing-masing peserta. Data yang diambil adalah data sekunder dari berkas klaim perorangan kasus emergency non persalinan selama tahun 2010, yang terdiri atas:

1. Fotocopy KPK
2. Fotocopy KTP
3. Hasil pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium, radiologi, elektromedik, dll)
4. Resume medis dan kronologi kejadian

5. Kuitansi asli bermaterai
6. Perincian biaya
7. Perincian resep
8. Surat penetapan klaim yang diterbitkan oleh PT Jamsostek (Persero)
9. Laporan bulanan yang dibuat oleh PT Jamsostek (Persero)

Merekam data yang dibutuhkan dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

- Umur, jenis kelamin, dan status kepesertaan diperoleh dari resume medis dan/atau fotocopy KPK peserta yang terdapat pada berkas klaim.
- Asal rumah sakit, diperoleh dari surat/dokumen yang diterbitkan oleh rumah sakit yang bersangkutan yang terdapat pada berkas klaim.
- Diagnosis penyakit, diperoleh dari resume medis peserta yang terdapat pada berkas klaim.
- Rincian dan utilisasi dari jenis pelayanan kesehatan, diperoleh dari resume medis, dan rincian resep pada berkas klaim, surat penetapan klaim, dan laporan bulanan klaim perorangan kasus emergency non persalinan.
- Biaya dari tiap jenis pelayanan, sesuai dengan informasi yang ada pada berkas klaim, surat penetapan klaim, dan laporan bulanan klaim perorangan kasus emergency non persalinan.
- Nama dan nomor KPK, meskipun tidak dianalisis, tetapi perlu untuk di *crosscheck* demi kesesuaian data.

5.4.3 Instrumen

Data diperoleh dari berkas klaim digital yang kemudian akan diinput ke dalam lembar kerja elektronik dan akan diproses selanjutnya melalui program statistik.

5.5 Manajemen Data

5.5.1 Membuat Struktur, File, dan Entry Data

Data yang diisikan ke lembar kerja elektronik akan digunakan untuk membuat struktur dan file data yang menggunakan program statistik.

5.5.2 Editing

Memeriksa kelengkapan dan kejelasan data yang diperoleh, apakah sudah relevan, jelas, dan sebagainya.

5.5.3 Coding

Beberapa data diberi kode angka-angka sesuai dengan yang telah ditentukan. Pengkodean dilakukan terhadap data yang diperoleh dari sumber data yang telah diperiksa kelengkapan datanya. Bertujuan untuk mempermudah pengolahan data.

5.5.4 Cleaning

Merupakan proses membersihkan data yang telah di-entry ke dalam program komputer untuk memastikan tidak ada pengulangan data atau kesalahan dalam pemasukkan data

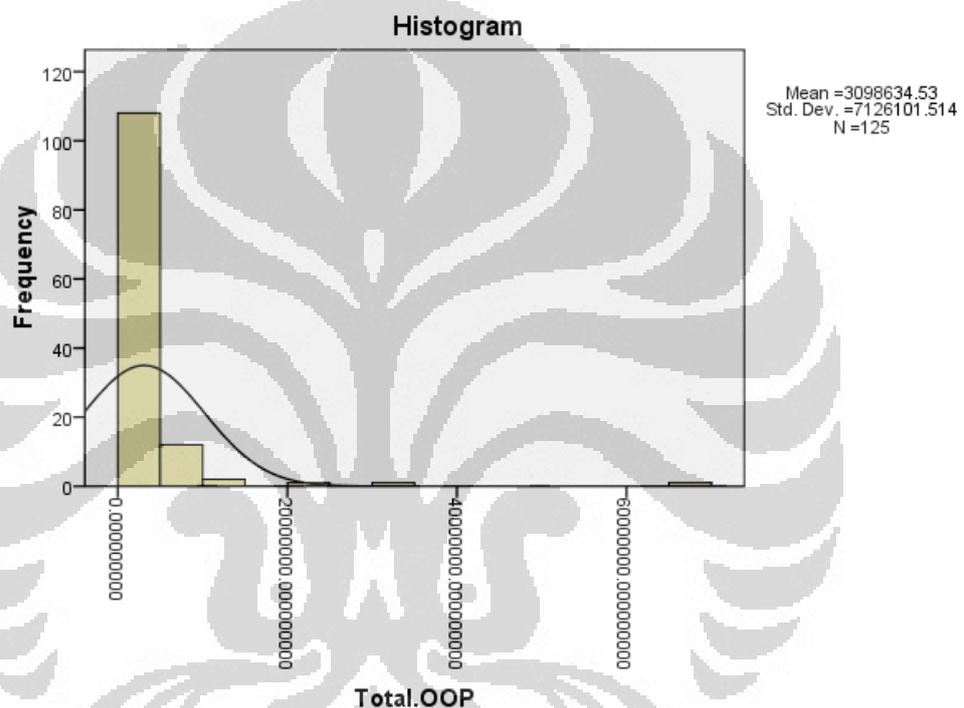
5.6 Analisis Data

5.6.1 Uji Kenormalan Data

Untuk mengetahui suatu data berdistribusi normal, ada 3 cara untuk mengetahuinya, yaitu:

1. Dilihat dari grafik histogram dan kurve normal, bila bentuknya menyerupai bel shape, berarti distribusi normal.
2. Menggunakan nilai Skewness dan standar errornya, bila nilai Skewness dibagi standar errornya menghasilkan angka ≤ 2 , maka distribusinya normal.

3. Uji kolmogorov smirnov, bila hasil uji signifikan ($p \text{ value} < 0,05$) maka distribusi normal. Namun uji kolmogorov sangat sensitif dengan jumlah sampel, maksudnya untuk jumlah sampel yang besar uji kolmogorov cenderung menghasilkan uji yang signifikan (yang artinya bentuk distribusinya tidak normal). Atas dasar kelemahan ini dianjurkan untuk mengetahui kenormalan data lebih baik menggunakan angka skewness atau melihat grafik histogram dan kurve normal (Hastono, 2006). Berikut adalah hasil uji kenormalan data.



Gambar 5.1 Grafik Histogram dan Kurve Normal dari Total Biaya *Out-of-Pocket*

Bentuk distribusi data dapat diketahui dari grafik histogram dan kurve normalnya. Dari tampilan grafik dapat dilihat bahwa distribusi variabel dependen, yaitu biaya *out-of-pocket* berbentuk menceng ke kanan atau tidak normal. Selain itu, hasil dari perbandingan skewness dan standard error didapatkan $7,304/0,217 = 33,65$, hasilnya jauh diatas 2, yang berarti distribusinya tidak normal.

Mengingat distribusi data yang menceng, berarti dalam data tersebut terdapat nilai ekstrim yang dapat mempengaruhi nilai mean. Dengan demikian mean tidak dapat mewakili rata-rata kumpulan nilai pengamatan. Oleh karena itu, dalam penelitian ini penulis menggunakan nilai median-yang mana nilai median

ini tidak dipengaruhi nilai ekstrim- dan bukan mean sebagai nilai rata-rata dari variabel dependen yaitu biaya *out-of-pocket*. Namun, nilai mean tetap ditampilkan dalam hasil dan penyajian data.

5.6.2 Analisis Univariat

Melakukan analisis univariat untuk mengetahui gambaran beban dan variasi penggunaan biaya *out-of-pocket* sesuai dengan yang dibutuhkan dalam penelitian ini.

5.6.3 Analisis Bivariat

Melakukan analisis bivariat untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan proporsi antar kelompok dan untuk mengetahui nilai *odds ratio* (OR), atau dengan kata lain melihat hubungan variabel berjenis kategorik. Selain itu, analisis bivariat juga dilakukan untuk mengetahui hubungan antar variabel berjenis numerik

5.7 Analisis dan Penyajian Hasil

Penelitian ini menggunakan analisis deskriptif univariat dan beberapa analisis bivariat yang nantinya penyajian hasil disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi.

BAB VI

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

1. Rumah sakit, yang mana merupakan tempat peserta mendapat pelayanan emergency sangat beragam dari segi kelas, wilayah, dan tarif. Dengan demikian variasi biaya pelayanan pun menjadi semakin lebar.
2. Pada penelitian ini, kelas perawatan dan kelas rumah sakit tidak bisa teridentifikasi karena keterbatasan data.
3. Pada penelitian ini tidak bisa menggambarkan lama hari rawat sesungguhnya, yaitu hari pertama pasien dirawat sampai dengan pasien pulang meninggalkan rumah sakit. Pada penelitian ini hanya melihat lama hari rawat sampai maksimal 7 hari rawat, sesuai dengan cakupan pelayanan PT Jamsostek (Persero) untuk perawatan di luar rumah sakit yang tidak ditunjuk.
4. Yang dimaksud *out-of-pocket* pada penelitian ini, diasumsikan dari selisih biaya yang ada (jumlah diajukan – jumlah dibayar) tanpa mengetahui apakah selisih biaya tersebut murni menjadi tanggungan peserta atau terdapat pihak lain (misal, perusahaan asuransi lain, perusahaan tempat ia bekerja) yang turut menanggungnya.

6.2 Analisis Univariat

6.2.1 Gambaran Umum Karakteristik Pasien Emergency Non Persalinan

Tabel 6.1 Distribusi Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, dan Status Pernikahan Tahun 2010

Variabel	Frekuensi (N)	Persen (%)
Umur:		
0 – 14 tahun	48	38,4
15 – 49 tahun	62	49,6
50+ tahun	15	12,0
Jenis Kelamin:		
Laki-laki	64	51,2
Perempuan	61	48,8
Status Pernikahan:		
Kawin	108	86,4
Lajang	17	13,6
Total	125	100.0

Tabel 6.1 menunjukkan bahwa distribusi pasien emergency non persalinan peserta PT Jamsostek (Persero) jika ditinjau dari umur, proporsi terbesar adalah pasien dengan umur 15 – 49 tahun (49,6%), yaitu sebanyak 62 orang.

Berdasarkan jenis kelamin peserta, proporsi antara laki-laki dan perempuan hampir berimbang, yaitu 51,2% laki-laki dan 48,8% perempuan. Berdasarkan status pernikahan, terjadi proporsi yang jauh berbeda, peserta dengan status “kawin” mendominasi pengajuan klaim kasus emergency yaitu sebesar 86,4% atau sebanyak 108 orang dari 125 orang peserta.

6.2.2 Distribusi Klaim Kasus Emergency Non Persalinan berdasarkan Diagnosis Penyakit

Tabel 6.2 Distribusi 5 Diagnosis Penyakit Terbesar berdasarkan ICD X pada Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

Jenis Penyakit	ICD X	Frekuensi (N)	Persen (%)
Infeksi dan Parasit	A00 - B99	69	55,2
Pencernaan	K00 - K93	24	19,2
Sistem Sirkulasi	I00 - I99	11	8,8
Pernapasan	J00 - J99	6	4,8
Keracunan, Cedera, Beberapa Penyebab Luar	S00 - T98	5	4,0

Berdasarkan tabel di atas, diketahui sebanyak 69 orang (55,2%) atau lebih dari separuh dari total pasien emergency non persalinan menderita penyakit infeksi dan parasit yang menurut penggolongan ICD X di coding dengan A00-B99. Maka penyakit dengan kasus tersering pada pasien emergency non persalinan disini adalah penyakit infeksi dan parasit. Sebagian besar dari penyakit tersebut adalah demam berdarah dengue (DBD) yaitu sebanyak 27 kasus. Diagnosis penyakit terbanyak kedua adalah penyakit yang berhubungan dengan sistem pencernaan (K00-K93) yaitu sebanyak 24 orang (19,2%), dimana sebagian besar penyakit tersebut adalah penyakit gastroenteritis yaitu sebanyak 8 kasus. Sedangkan untuk penyakit terbanyak ketiga adalah penyakit yang berhubungan dengan sistem sirkulasi, sebanyak 11 orang (8,8%). Contoh dari penyakit sistem sirkulasi dalam klaim emergency ini adalah penyakit jantung (3 kasus) dan stroke (3 kasus).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyakit terbanyak pada kasus emergency non persalinan adalah penyakit yang berkaitan dengan infeksi dan parasit (A00-B99). Jika dilihat dari gambaran klinis penyakit infeksi dan parasit ini adalah demam tinggi yang timbul mendadak terkadang disertai dengan kejang, sesak nafas, dan dehidrasi (Junaidi, Soemasto, dan Amelz, 1982). Gejala klinis yang muncul ini sering diartikan sebagai keadaan yang darurat oleh sebagian besar masyarakat. Gambaran klinis ini juga sesuai dengan kriteria kondisi gawat

darurat menurut PT Jamsostek (Persero). Oleh karena itu, butuh pertolongan medis segera dan tergolong kasus emergency.

6.2.3 Distribusi Klaim Kasus Emergency Non Persalinan menurut Asal Rumah Sakit berdasarkan Kepemilikannya

Tabel 6.3 Distribusi Klaim menurut Asal Rumah Sakit Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak berdasarkan Status Kepemilikannya Tahun 2010

Status Kepemilikan RS	Frekuensi (N)	Persen (%)
Pemerintah	26	20,8
Non-Pemerintah	99	79,2
Total	125	100,0

Dalam penelitian ini terdapat 15 rumah sakit pemerintah dan 45 rumah sakit non-pemerintah yang terlibat. Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa pasien emergency non persalinan peserta PT Jamsostek (Persero) didominasi oleh pasien yang berasal dari rumah sakit non-pemerintah yaitu sebanyak 99 orang (79,2%). Sedangkan yang berasal dari rumah sakit pemerintah hanya 26 orang (20,8%). Untuk memperjelas distribusi asal rumah sakit peserta, berikut adalah gambarannya sesuai dengan temuan di lapangan.

6.2.4 Distribusi Jenis Penyakit berdasarkan Biaya Rata-rata Diajukan

Tabel 6.4 Distribusi 5 Penyakit Terbesar berdasarkan Biaya Rata-rata yang Diajukan Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

Jenis Penyakit	ICD X	Frekuensi (N)	Total Biaya Diajukan	Median Biaya Diajukan	Mean Biaya Diajukan
Sistem Sirkulasi	I00-I99	11	Rp145.113.568	Rp5.999.900	Rp13.192.143
Pernapasan	J00-J99	6	Rp17.888.014	Rp2.848.000	Rp2.981.336
Infeksi dan Parasit	A00-B99	69	Rp192.639.077	Rp2.405.000	Rp2.791.871
Pencernaan	K00-K93	24	Rp158.544.432	Rp2.149.527	Rp6.606.018
Keracunan, Cedera, Penyebab Luar	S00-T98	5	Rp9.386.172	Rp1.281.000	Rp1.877.234

Tabel di atas merupakan tabel distribusi penyakit berdasarkan biaya rata-rata yang diajukan berturut-turut dari median yang terbesar ke terkecil. Berdasarkan tabel di atas, penyakit sistem sirkulasi (I00-I99) merupakan penyakit termahal dengan median biaya diajukan Rp5.999.900 dan mean Rp13.192.143 dengan jumlah kasus sebanyak 11 kasus. Sistem sirkulasi merupakan penyakit ketiga terbanyak dalam penelitian ini. Contoh kasus dari penyakit yang berkaitan dengan sistem sirkulasi ini adalah penyakit stroke (3 kasus).

Kemudian penyakit “tersering” yang muncul adalah jenis penyakit yang berhubungan dengan infeksi dan parasit (A00-B99), yaitu terdapat 69 kasus dari 125 kasus yang ada. Contoh penyakit infeksi dan parasit terbanyak adalah demam berdarah dengue (DBD) sebanyak 27 kasus.

Penyakit termahal yang muncul bukanlah penyakit tersering yang muncul. Begitu pula sebaliknya penyakit tersering yang muncul bukan menjadi penyakit yang termahal. Jika ditelusuri lebih lanjut, salah satu penyebabnya adalah karena jenis penyakit itu sendiri. Pada jenis penyakit termahal yaitu yang berkaitan dengan sistem sirkulasi (I00-I99) membutuhkan rawat inap yang lebih lama dibandingkan dengan penyakit tersering yaitu yang berkaitan dengan infeksi dan parasit. Selain itu, penyakit sistem sirkulasi (I00-I99) juga perlu untuk dirawat di ICU/HCU. Penyakit sistem sirkulasi (I00-I99) dalam penelitian ini seluruhnya

membutuhkan lama hari rawat maksimum yaitu 7 hari. Bahkan pada kenyataannya bisa lebih dari 7 hari. Sedangkan pada penyakit infeksi dan parasit (A00-B99) rata-rata lama hari perawatannya hanya 3 hari (median) atau 2,54 hari (mean).

Berdasarkan jumlah tindakan, penyakit sistem sirkulasi (I00-I99) juga membutuhkan tindakan yang lebih banyak dibandingkan dengan penyakit infeksi dan parasit (A00-B99). Pada kasus penyakit sistem sirkulasi sebanyak 5 kasus dari 11 kasus (45,4%) membutuhkan pemeriksaan radiologi dan sebanyak 6 kasus dari 11 kasus (54,5%) membutuhkan pemeriksaan elektromedik. Sedangkan pada kasus penyakit tersering (I00-I99) hanya sebanyak 13 kasus dari 69 kasus (18,8%) yang membutuhkan pemeriksaan radiologi dan 2 kasus dari 69 kasus (2,8%) yang membutuhkan pemeriksaan elektromedik. Sistem sirkulasi juga cenderung membutuhkan tindakan operasi. Pada penelitian ini sebesar 1 kasus dari 11 kasus (9%) pasien yang membutuhkan operasi. Sedangkan pada penyakit infeksi dan parasit pada penelitian ini, dari 69 kasus, seluruhnya tidak ada yang membutuhkan tindakan operasi.

Jika ditinjau dari jumlah, jenis, dan harga obat. Sistem sirkulasi juga membutuhkan jumlah obat yang lebih banyak, jenis obat yang lebih beragam, dan harga obat yang jauh lebih mahal. Hal ini bisa dilihat dari selisih biaya *out-of-pocket* obat per orang antar keduanya. Biaya *out-of-pocket* obat pada penyakit sistem sirkulasi sebesar Rp1.464.124/orang, angka ini lebih besar dari biaya rata-rata *out-of-pocket* obat per orang di dalam populasi yang sebesar Rp1.335.807, jika dibandingkan dengan tingkat pendapatan, angka ini 1,3 kali lebih besar dari UMP di Jakarta (Rp1.118.009), dan 1,2 kali lebih besar dari UMP di Depok (Rp1.157.000). Sedangkan untuk biaya *out-of-pocket* obat pada penyakit infeksi dan parasit sebesar Rp430.937/orang, tentu saja angka ini jauh lebih kecil dibandingkan dengan biaya rata-rata *out-of-pocket* obat per orang di dalam populasi dan lebih kecil dibandingkan dengan UMP di Jakarta ataupun di Depok.

6.2.5 Distribusi Lama Hari Rawat Pasien Emergency Non Persalinan

Tabel 6.5 Distribusi Lama Hari Rawat Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

Lama Hari Rawat	Frekuensi (N)	Persen (%)
0	10	8,0
1	7	5,6
2	16	12,8
3	24	19,2
4	21	16,8
5	25	20,0
6	10	8,0
7	12	9,6
Total	125	100,0

Tabel 6.6 Statistik Lama Hari Rawat Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

	Lama Hari Rawat
Mean	3,71
Median	4
Std. Deviation	1,94
Minimum	1
Maximum	7

Dari kedua tabel di atas menjelaskan bahwa pasien emergency non persalinan peserta PT Jamsostek (Persero) paling banyak yaitu sebanyak 25 orang (20%) membutuhkan lama perawatan 5 hari. Namun, jika diteliti lebih jauh, diketahui bahwa lama rata-rata hari perawatan pasien emergency non persalinan adalah 3,71 hari dengan standar deviasi 1,94 hari. Pada hasil juga menunjukkan bahwa median lama hari perawatan adalah 4 hari. Sementara itu hari rawat terkecil adalah 1 hari dan yang terlama adalah 7 hari.

6.2.6 Gambaran Komponen Biaya Klaim Kasus Emergency Non Persalinan

Tabel 6.7 Perbandingan Biaya Klaim Diajukan, Ditanggung, dan *Out-of-Pocket* pada Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

Total Biaya Diajukan Peserta	Total Biaya Ditanggung Jamsostek	Total <i>Out-of-Pocket</i>	Biaya Rata-rata <i>Out-of-Pocket</i> Per Orang
%	%	%	%
Rp574.470.138	Rp187.140.821	Rp387.329.317	Rp3.098.635
100%	32,6%	67,4%	58,2%

Dari tabel di atas, didapatkan bahwa total *out-of-pocket* yang ditanggung seluruh pasien emergency non persalinan peserta PT Jamsostek (Persero) adalah sebesar 67,4% dari total biaya klaim yang diajukan. Sedangkan biaya rata-rata *out-of-pocket* per orang adalah sebesar 58,2% dari setiap klaim yang diajukan. Angka ini relatif tinggi karena lebih dari separuh biaya kesehatan menjadi tanggungan peserta.

Menurut Ilyas (2006) keputusan unit klaim setelah proses verifikasi dapat berupa klaim ditolak seluruhnya, klaim diterima sebagian, klaim ditanggihkan penyelesaiannya, dan klaim diterima secara keseluruhan. Dalam penelitian ini, seluruh klaim yang masuk menghasilkan klaim diterima sebagian, yaitu ada sebagian tagihan klaim yang diajukan, tidak dijamin dalam cakupan PT Jamsostek (Persero) atau terkait berbagai peraturan seperti pengecualian, limitasi manfaat, atau peraturan lainnya seperti kesalahan prosedur, atau berkas klaim yang tidak lengkap, dan sebagainya. Oleh karena itu, ditemukan adanya selisih biaya yang cukup besar yang menjadi tanggungan peserta.

Hasil menunjukkan bahwa biaya *out-of-pocket* yang sebesar 67,4% dari total klaim yang diajukan tersebut tergolong tinggi karena lebih dari separuh biaya pelayanan kesehatan ditanggung peserta. Jika ditinjau dari bentuknya, PT Jamsostek (Persero) merupakan perusahaan asuransi sosial yang mengadaptasi sistem *managed care* dimana hal utama yang membedakannya dengan asuransi kesehatan tradisional adalah peserta diharuskan berobat melalui *health provider* yang sudah ditentukan dan secara *cashless*, kecuali pada pasien emergency.

Sedangkan dalam asuransi kesehatan tradisional peserta bebas memilih *provider* yang diinginkan, baik dalam kondisi emergency maupun tidak.

Dalam penelitian ini, kasus penyakit merupakan kondisi yang emergency sehingga peserta mendatangi rumah sakit terdekat yang dapat dijangkau. Dengan demikian status peserta menjadi pasien umum dan bukan merupakan pasien peserta asuransi. Dalam statusnya menjadi pasien umum, peserta tersebut otomatis melakukan pembayaran secara *fee-for-service* seperti pada pasien peserta asuransi kesehatan tradisional. Pembayaran semacam ini berisiko melambungkan biaya kesehatan karena tidak ada integrasi/kesatuan fungsi keuangan/pembiayaan dan pelayanan kesehatan seperti pada asuransi *managed care*. Kenyataan menunjukkan sistem *fee-for-service* yang mendominasi cara pembayaran kepada dokter mendorong mereka memberikan lebih banyak pelayanan. Selama penghasilan dokter langsung ditentukan oleh jumlah jasa yang mereka berikan atau jumlah pasien yang datang, kenaikan biaya pelayanan kesehatan sukar untuk dicegah. (PAMJAKI, 2008). Sementara itu, PT Jamsostek (Persero) sebagai perusahaan asuransi berbasis *managed care* mempunyai tarif/paket biaya tersendiri dalam hal penggantian biaya klaim. Dengan demikian, hal ini merupakan salah satu penyebab tingginya biaya *out-of-pocket* yang timbul dari kasus emergency non persalinan ini.

Jika dianalisis lebih jauh, pada kasus emergency non persalinan pada penelitian ini, melibatkan 45 rumah sakit non-pemerintah dan 15 rumah sakit pemerintah. Sangat beragamnya rumah sakit ini menyebabkan variasi tarif biaya yang sangat lebar. Tiap rumah sakit akan menetapkan tarif pelayanan sesuai dengan misinya masing-masing. Akan tetapi, ada pertimbangan yang relatif sama di dalam penetapan tarif rumah sakit, yaitu mendapatkan revenue yang mencukupi untuk menjalankan rumah sakit, baik dari sumber pengguna jasa maupun dari sumber lain. Jadi dapat dikatakan bahwa penetapan tarif pelayanan rumah sakit akan sangat bervariasi tergantung dari sifat rumah sakit itu sendiri (Thabrany, 1998). Hal tersebut juga dibuktikan dengan besarnya standard deviasi dari total biaya yang diajukan yaitu sebesar Rp7.125.101 (lihat tabel 6.8). Makin besar standard deviasi, makin besar variasinya (Hastono, 2006). Besarnya variasi biaya juga dapat dilihat dari nilai minimum dan maksimum dari biaya yang diajukan.

Dengan nilai minimum Rp575.200 dan nilai maksimum Rp80.105.543 (lihat tabel 6.8), *range* biaya yang dihasilkan sangat lebar. Oleh karena variasi biaya pelayanan kesehatan yang besar, sementara paket biaya penggantian biaya pelayanan kesehatan sama, maka hal ini dapat menjelaskan tingginya biaya *out-of-pocket* yang terbentuk dari pengajuan klaim kasus emergency non persalinan ini.

Hasil di atas jika dibandingkan dengan penelitian sebelumnya yang sejenis yang dilakukan oleh Fauziah (2011) memang jauh berbeda. Pada penelitian tersebut mendapatkan hasil bahwa *excess claim* peserta asuransi kesehatan PT X pada periode April 2010 – April 2011 di perusahaan asuransi yang juga berbasis *managed care* adalah sebesar Rp73.842.898 atau sebesar 28,6% dari total biaya klaim yang diajukan. Salah satu penyebabnya adalah pada penelitian tersebut bukan spesifik pada kasus emergency sehingga tidak menyebabkan pembayaran peserta menjadi *fee-for-service* dan meminta *reimbursement* pada asuransi tersebut. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Dianti (2011) yang meneliti klaim kumpulan di RS X di PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak pada bulan Desember 2010. Pada penelitian tersebut ditemukan selisih biaya sebesar 16% atau sekitar 76 juta rupiah, atau sekitar Rp254.825,6 per klaim per orang. Dari kedua penelitian tersebut bisa dibandingkan bahwa klaim perorangan kasus emergency menghasilkan biaya *out-of-pocket* yang lebih tinggi daripada klaim kumpulan non-emergency.

Berikut ini adalah statistik mengenai komponen biaya klaim seperti pada tabel 6.7 di atas.

Tabel 6.8 Statistik dari Biaya Klaim Diajukan, Ditanggung, dan *Out-of-Pocket* pada Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

	Biaya Diajukan Peserta	Biaya Ditanggung Jamsostek	Total <i>Out-of- Pocket</i>
Mean	Rp4.595.761	Rp1.497.127	Rp3.098.634
Median	Rp2.412.486	Rp978.186	Rp1.398.551
Std. Deviation	Rp8.555.517	Rp1.668.216	Rp7.126.101
Minimum	Rp575.200	Rp258.125	Rp8.000
Maximum	Rp80.105.543	Rp10.994.550	Rp69.110.993

Dari hasil di atas, nilai rata-rata dari biaya diajukan peserta, biaya ditanggung PT Jamsostek (Persero) dan biaya *out-of-pocket* dapat dilihat pada baris median. Nilai mean juga dapat dilihat pada baris mean. Sedangkan nilai standard deviasi dari masing-masing biaya dapat dilihat pada baris std. deviation. Rata-rata biaya diajukan peserta adalah sebesar Rp2.412.486, rata-rata biaya ditanggung PT Jamsostek (Persero) adalah sebesar Rp978.186, dan rata-rata biaya *out-of-pocket* adalah sebesar Rp1.398.551. Sementara itu mean dari biaya diajukan adalah sebesar Rp4.595.761, mean dari biaya ditanggung PT Jamsostek (Persero) adalah sebesar Rp1.497.127, dan mean dari biaya *out-of-pocket* adalah sebesar Rp3.098.634. Dengan biaya diajukan terkecil adalah sebesar Rp575.200, biaya ditanggung terkecil sebesar Rp258.125, dan biaya *out-of-pocket* terkecil sebesar Rp8.000. Sementara itu biaya diajukan terbesar adalah Rp 80.105.543, biaya ditanggung terbesar adalah Rp10.994.550, dan biaya *out-of-pocket* terbesar adalah Rp69.110.993.

Dari hasil di atas, rata-rata biaya *out-of-pocket* yang sebesar Rp1.398.551 adalah setara dengan 1,25 kali UMP di Jakarta, dan 1,2 kali UMP di Depok. Ternyata biaya *out-of-pocket* lebih besar daripada tingkat pendapatan sesuai UMP, dapat disimpulkan bahwa beban *out-of-pocket* yang ditanggung peserta memang tergolong tinggi.

Tabel 6.9 Distribusi Pengajuan Klaim menurut Jenis Pelayanan Kesehatan Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

	Frekuensi (N=125)	Persen (%)
Perawatan (Ranap)	115	92,0
Obat	105	84,0
Laboratorium	104	83,2
Radiologi	32	25,6
Elektromedik	13	10,4
Lain-lain (oksigen, hecting, fisioterapi)	11	8,8
Operasi	7	5,6
Patologi Anatomi	4	3,2

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa hampir seluruh pasien emergency memerlukan rawat inap yaitu sebanyak 115 dari 125 peserta (92%). Selain perawatan, hampir seluruh pasien emergency non persalinan melakukan pengajuan klaim obat, yaitu sebanyak 105 dari 125 peserta (84%). Dari tabel di atas juga dapat terlihat bahwa banyak pasien emergency non persalinan yang memerlukan pemeriksaan laboratorium, hal ini bisa dilihat dari 125 peserta terdapat 104 peserta (83,2%) yang mengajukan klaim pemeriksaan laboratorium.

Salah satu upaya penyembuhan pasien adalah melalui pengobatan dan perawatan yang dilaksanakan dalam ruang rawat inap di rumah sakit. Rawat inap merupakan pelayanan pengobatan kepada penderita disuatu fasilitas pelayanan kesehatan yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap di fasilitas kesehatan tersebut (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2004). Jika ditinjau dari kasusnya yang emergency yang berarti gawat darurat dan memerlukan perhatian medis segera, serta berpotensi mengancam kehidupan, hal ini cukup menjelaskan mengapa hampir seluruh pasien memerlukan perawatan inap. Dalam rawat inap, pasien mendapatkan perawatan berupa observasi dokter dan pengobatan.

Sama halnya dengan obat-obatan, obat merupakan sebuah substansi yang diberikan kepada manusia atau binatang sebagai perawatan, pengobatan, atau bahkan pencegahan terhadap berbagai gangguan yang terjadi di dalam tubuh (Alimul dan Uliyah, 2008). Obat merupakan salah satu komponen yang tidak

tergantikan dalam pelayanan kesehatan (Adisasmito, 2007). Hal ini menjelaskan kenapa angka pemanfaatan obat pada penelitian ini tinggi.

Setelah perawatan dan obat-obatan, selanjutnya adalah pemeriksaan laboratorium yang menjadi pemanfaatan pelayanan kesehatan tertinggi dan mengambil porsi yang cukup besar dalam beban *out-of-pocket* yang terjadi. Hal ini disebabkan pemeriksaan laboratorium sangat penting dilakukan demi proses medis yang lebih baik. Berikut ini adalah gambaran dari distribusi pengajuan klaim menurut jenis pelayanan kesehatan.

6.2.7 Distribusi Biaya *Out-of-Pocket* berdasarkan Jenis Pelayanan Kesehatan

Tabel 6.10 Distribusi Biaya *Out-of-Pocket* berdasarkan Jenis Pelayanan Kesehatan pada Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

Jenis Pelayanan	Jumlah Biaya <i>Out-of-Pocket</i>	<i>Out-of-Pocket</i> (%)
Obat	Rp167.495.186	43,2
Perawatan (Ranap)	Rp133.061.105	34,4
Laboratorium	Rp38.076.906	9,8
Operasi	Rp20.193.678	5,2
Emergency	Rp17.357.884	4,6
Elektromedik	Rp6.514.400	1,7
Lain-lain	Rp2.174.833	0,6
Radiologi	Rp2.092.825	0,5
Patologi Anatomi	Rp362.500	0,1
Total	Rp387.329.317	100,0

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui distribusi biaya *out-of-pocket* berdasarkan jenis pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan peserta. Dari tabel terlihat jumlah biaya dan persentase *out-of-pocket* berturut-turut dari yang terbesar ke yang terkecil. Ternyata, dari seluruh biaya *out-of-pocket* yang ada, proporsi terbesar yang menjadi beban *out-of-pocket* peserta terletak pada biaya obat-obatan. Hampir setengah dari total biaya *out-of-pocket*, yaitu 43,2% digunakan untuk membayar biaya obat. Biaya obat memang menempati porsi yang terbesar dari biaya pemeliharaan kesehatan. Diperkirakan, angka-angka persentase biaya

pemeliharaan kesehatan bagi suatu perusahaan di Jakarta adalah sebagai berikut: biaya obat 43,63%; rumah sakit 28,41% dan dokter 27,96% (Sulastomo, 2000). Penyebabnya karena obat memang merupakan salah satu komponen yang tidak tergantikan dalam pelayanan kesehatan (Adisasmito, 2007).

Pemicu lain yang menyebabkan tingginya biaya *out-of-pocket* dari obat adalah peresepan obat yang tidak sesuai standard PT Jamsostek (Persero) atau merupakan obat paten dan bukan obat generik DOEN. Melalui observasi partisipatif yang dilakukan penulis, ternyata sebagian besar klaim yang masuk mendapatkan resep obat yang tidak sesuai standard PT Jamsostek (Persero) atau bukan obat generik sehingga selisih harga obat yang signifikan pun terjadi.

Melalui wawancara tidak terstruktur kepada peserta PT Jamsostek (Persero) yang datang ke Kantor Cabang Cilandak, penulis mendapatkan beberapa informasi mengenai peresepan obat yang tidak sesuai standard ini. Hal tersebut bisa terjadi karena berbagai faktor, yaitu adanya asimetri informasi antara dokter dan pasien, ketersediaan obat generik, atau kaitannya dengan status peserta asuransi yang saat datang ke rumah sakit melalui IGD berstatus sebagai pasien umum yang melakukan pembayaran *fee-for-service*.

Di dalam praktik pelayanan kesehatan, sebagian besar dokter lebih sering meresepkan obat paten dibanding obat generik. Pada penelitian yang dilakukan Maricella (2010) mengenai tingkat kepatuhan dokter di rumah sakit pemerintah dalam meresepkan obat generik menemukan hasil bahwa selama bulan Februari diperoleh 71% dari sampel tergolong kategori kurang patuh. Selama bulan Maret, diperoleh 68% dari total sampel tergolong kategori kurang patuh. Selama bulan April, diperoleh 77% dari sampel tergolong kategori kurang patuh dalam meresepkan obat generik. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa tingkat kepatuhan dalam meresepkan obat generik selama tiga bulan berturut-turut tergolong tidak patuh.

Jika dilihat dari skala nasional, konsumsi obat generik di Indonesia paling rendah jika dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya. Di Thailand, konsumsi obat generik mencapai 25% dari penjualan obatnya sedangkan di Malaysia mencapai 20% pada tahun 2007. Sepanjang tahun 2007, penjualan obat generik yang dikonsumsi masyarakat Indonesia hanya mencapai 8,7% dari total

penjualan obat (www.chem.itb.ac.id). Uraian tersebut menjadi penjelasan mengapa biaya *out-of-pocket* obat yang terjadi pun menjadi tinggi.

Setelah obat, biaya perawatan juga menjadi salah satu yang menjadi proporsi terbesar, yaitu 34,4% dari biaya *out-of-pocket* digunakan peserta untuk membayar biaya perawatan. Terdapat beberapa hal yang dilakukan dalam perawatan inap, yaitu visit dan observasi dokter, pemberian obat-obatan yang mungkin tidak bisa dilakukan di rumah, seperti infus, oksigen, dan lain-lain. Oleh karena itu, perawatan merupakan jenis pelayanan kesehatan yang juga sangat diperlukan karena banyak proses medis yang tidak bisa dilakukan di rumah atau sekedar rawat jalan saja..

Tabel 6.11 Statistik Dari Biaya *Out-of-Pocket* berdasarkan Jenis Pelayanan Kesehatan pada Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

Jenis Pelayanan	Mean	Median	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Persen Rata-rata Per Orang (%)
Obat	Rp1.339.961	Rp488.920	Rp4.222.869	Rp0	Rp41.305.450	66,4
Perawatan(Ranap)	Rp1.064.489	Rp461.574	Rp1.982.418	Rp0	Rp13.650.000	40,1
Laboratorium	Rp304.615	Rp119.000	Rp857.002	Rp0	Rp8.965.700	44,5
Operasi	Rp161.549	Rp0	Rp765.448	Rp0	Rp5.326.725	2,7
Emergency	Rp138.863	Rp50.000	Rp219.400	Rp0	Rp1.283.843	59,9
Elektromedik	Rp52.115	Rp0	Rp361.597	Rp0	Rp3.906.000	4,8
Lain-lain	Rp17.399	Rp0	Rp117.337	Rp0	Rp1.210.000	2,0
Radiologi	Rp16.743	Rp0	Rp74.079	Rp0	Rp760.500	7,6
Patologi Anatomi	Rp2.900	Rp0	Rp20.194	Rp0	Rp193.000	1,3

Tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata nilai *out-of-pocket* tertinggi terdapat pada jenis pelayanan obat-obatan yaitu Rp488.920, dengan mean Rp1.339.961, dan dengan standard deviasi Rp4.222.869. Kemudian, untuk nilai maksimum dari *out-of-pocket* obat-obatan pun sangat ekstrim bila dibandingkan

dengan nilai maksimum lainnya yaitu sebesar Rp41.305.450. Jika ditinjau dari proporsi biaya rata-rata *out-of-pocket* obat per orang-nya pun, ternyata lebih dari separuh, yaitu sebesar 66,4% dari biaya yang diajukan merupakan beban *out-of-pocket* yang ditanggung seseorang.

Jika nilai median *out-of-pocket* obat dibandingkan dengan tingkat pendapatan sesuai UMP di Jakarta, ternyata beban *out-of-pocket* sebesar 43,7% dari tingkat pendapatan. Sedangkan jika dibandingkan dengan UMP di Kota Depok, ternyata beban *out-of-pocket* yang terjadi adalah sebesar 42,2% dari tingkat pendapatan.

Pada pembahasannya sebelumnya telah dibahas mengenai munculnya biaya *out-of-pocket* obat yang tinggi (lihat tabel 6.10). Sama halnya seperti pada hasil dalam tabel 6.11 ini. Biaya rata-rata *out-of-pocket* tertinggi terdapat pada jenis pelayanan obat-obatan dikarenakan merupakan salah satu komponen yang tidak tergantikan dalam pelayanan kesehatan (Adisasmito, 2007). Selain itu, pemicu lain yang tak kalah pentingnya adalah peresepan obat yang tidak sesuai standard PT Jamsostek (Persero) atau bukan obat generik. Hal ini sangat berkaitan dengan tingginya biaya rata-rata *out-of-pocket* obat. Hal ini sesuai dengan pernyataan Sulastomo (2000) dalam bukunya yang berjudul “Manajemen Kesehatan” bahwa biaya obat memang menempati porsi yang terbesar dari biaya pemeliharaan kesehatan.

6.2.8 Distribusi Biaya *Out-of-Pocket* berdasarkan Umur Pasien Emergency Non Persalinan

Tabel 6.12 Distribusi Biaya *Out-of-Pocket* berdasarkan Kelompok Umur Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

Umur	Frekuensi (N)	Total <i>Out-of-Pocket</i>	Median	Mean	Persen Rata-rata Per Orang (%)
0-14 th	48	Rp82.520.702	Rp1.214.642	Rp1.719.181	57,1
15 - 49 th	62	Rp225.346.921	Rp1.670.250	Rp3.634.628	58,2
50+ th	15	Rp79.461.694	Rp2.582.398	Rp5.297.446	61,8
Total	125	Rp387.329.317			

Tabel di atas menunjukkan bahwa biaya rata-rata *out-of-pocket* terbesar terdapat pada kelompok umur 50+ tahun, yaitu Rp2.582.398 untuk median dan Rp5.297.446 untuk mean, dan 61,8% dari total biaya yang diajukan per orang. Meskipun dalam jumlah kasus dan proporsi biaya secara keseluruhan kelompok umur 50+ ini merupakan proporsi terkecil, yaitu 15 untuk jumlah kasus dan 20,5% untuk proporsi biaya dari total biaya *out-of-pocket*.

Saat ditelusuri lebih jauh, hal ini dikarenakan dari 15 jumlah kasus sakit pada peserta lansia dengan kelompok umur 50+ tahun terdapat nilai ekstrim dari satu klaim, yaitu pada klaim kasus emergency penyakit *appendicitis acute* yang mencapai lebih dari 40 juta untuk biaya klaim yang diajukan. Padahal pada penelitian ini jika ditelusuri lebih jauh, terdapat 6 kasus *appendicitis* yang median dari biaya diajukannya hanya sebesar Rp8.828.425. *Appendicitis* termasuk ke dalam penyakit yang berhubungan dengan pencernaan dan di coding dengan K00-K93 sesuai penggolongan ICD X. Terdapat 24 kasus dalam jenis penyakit ini, jika ditinjau dari median biaya pengajuan klaim pada penyakit pencernaan ini juga hanya sebesar Rp2.149.527. Kemungkinan terbesar yang menyebabkan nilai ekstrim ini adalah kelas perawatan yang mungkin lebih tinggi dibanding standard PT Jamsostek (Persero) atau bahkan pasien tersebut dirawat di ruang perawatan khusus. Bisa juga disebabkan oleh lamanya hari perawatan yang panjang sehingga biaya pelayanan kesehatan pun menjadi tinggi. Sayangnya, hal tersebut merupakan keterbatasan penelitian ini yang tidak dapat menggambarkan kelas perawatan dan lama hari rawat pasien sebenarnya.

6.2.9 Distribusi Biaya *Out-of-Pocket* berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Emergency Non Persalinan

Tabel 6.13 Distribusi Biaya *Out-of-Pocket* berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

Jenis Kelamin	Frekuensi (N)	Total <i>Out-of-Pocket</i>	Median	Mean	Persen Rata-rata Per Orang (%)
Laki-laki	64	Rp 260.860.526	Rp1.591.628	Rp 4.075.946	57,0
Perempuan	61	Rp126.468.791	Rp1.308.100	Rp 2.073.259	59,4
Total	125	Rp387.329.317			

Berdasarkan tabel di atas, ternyata median dari biaya *out-of-pocket* pada jenis kelamin laki-laki lebih besar 1,2 kali dari jenis kelamin perempuan. Sedangkan mean-nya lebih besar 2 kali dari jenis kelamin perempuan. Biaya *out-of-pocket* jenis kelamin laki-laki mengambil porsi sebesar 67,3% dari seluruh biaya *out-of-pocket* yang ada. Sementara jenis kelamin perempuan mengambil porsi 32,7%. Akan tetapi, pada persentase biaya rata-rata per orang, ternyata pada perempuan beban *out-of-pocket*-nya sedikit lebih besar daripada laki-laki.

Pada beberapa tinjauan pustaka yang penulis temukan, menyebutkan bahwa jenis kelamin wanita memiliki potensi terpapar risiko lebih tinggi dari seorang pria karena daya tahan tubuh wanita lebih rendah dibandingkan pria sehingga jika dirawat inap akan membutuhkan waktu yang lebih panjang dan mempengaruhi juga besarnya biaya yang wajib dikeluarkan oleh seorang pasien (Azwar, 1996). Namun dalam penelitian ini biaya pelayanan kesehatan yang terjadi justru jauh lebih besar laki-laki dibanding perempuan meskipun proporsi biaya rata-rata *out-of-pocket* perorang-nya lebih besar perempuan.

Jika dibandingkan dengan penelitian sebelumnya yaitu pada penelitian Fauziah (2011), juga ditemukan perbedaan dalam distribusi biaya klaim berdasarkan jenis kelamin. Penelitian tersebut menemukan bahwa persentase biaya *excess claim* paling tinggi terdapat pada jenis kelamin perempuan yaitu sebesar 40,5% sedangkan yang paling rendah terdapat pada jenis kelamin laki-laki sebesar 21,5% dari total biaya klaim yang diajukan provider.

Penyebab perbedaan ini setelah penulis telusuri lebih jauh adalah karena adanya nilai ekstrim yang terjadi pada 3 kasus penyakit yang dialami oleh laki-laki. Kasus penyakit tersebut adalah penyakit stroke yang tergolong penyakit sistem sirkulasi (I00-I99) dengan biaya pengajuan klaim sekitar 80 juta, *appendicitis acute* (K00-K93) dengan biaya pengajuan sekitar 40 juta, dan multiple cholelithiasis (K00-K93) sekitar 28 juta. Dapat disimpulkan bahwa penyakit-penyakit termahal pada penelitian ini terjadi pada jenis kelamin laki-laki. Oleh karena itu biaya *out-of-pocket* laki-laki lebih besar dibandingkan perempuan.

Hal lain yang menyebabkan hasil biaya pelayanan kesehatan yang terjadi justru jauh lebih besar laki-laki dibanding perempuan adalah karena dalam

penelitian ini kasus emergency persalinan tidak dimasukkan dalam penelitian ini. Padahal dalam penelitian Indrawati (2012) menyebutkan bahwa distribusi utilisasi persalinan berdasar status kepesertaan, terlihat angka pemanfaatan kelompok peserta dengan status karyawan mencapai 100% pada pelayanan pra dan pasca melahirkan. Sedangkan pada kelompok status istri, terdapat 248 peserta dengan manfaat persalinan. Dari 248 peserta tersebut, jumlah pemanfaatan pelayanan pra dan pasca melahirkan mencapai 116 kunjungan dalam satu tahun periode polis ini. Kuantitas pemanfaatan peserta dengan kelompok status istri lebih besar dari peserta dengan kelompok status karyawan. Oleh karena pemanfaatan pelayanan kesehatan persalinan yang besar, maka hal ini menjelaskan mengapa pada penelitian ini jenis kelamin laki-laki biaya pelayanan kesehatannya lebih besar dibandingkan perempuan.

6.2.10 Distribusi Biaya *Out-of-Pocket* berdasarkan Status Pernikahan Pasien Emergency Non Persalinan

Tabel 6.14 Distribusi Biaya *Out-of-Pocket* berdasarkan Status Pernikahan Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

Status Pernikahan	Frekuensi (N)	Total <i>Out-of-Pocket</i>	Median	Mean	Persen Rata-rata Per Orang (%)
Kawin	108	Rp360.721.773	Rp1.424.739	Rp3.340.016	59,2
Lajang	17	Rp26.607.544	Rp1.117.748	Rp1.565.150	51,8
Total	125	Rp387.329.317			

Tabel menunjukkan bahwa biaya rata-rata pasien emergency non persalinan dengan status pernikahan “kawin” lebih besar dibandingkan dengan status lajang. Proporsi biaya rata-rata *out-of-pocket* per orang lebih besar dibandingkan dengan peserta lajang, yaitu sebesar 59,2% per orang. Dari segi pemanfaatan pelayanan kesehatan jumlah peserta dengan status menikah jauh lebih banyak dibandingkan dengan peserta lajang. Sesuai dengan literatur yang penulis temukan bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda, salah satunya disebabkan oleh ciri individu dengan status perkawinan (PAMJAKI, 2005). Dengan statusnya yang

“menikah” berarti yang menjadi tanggungan perusahaan asuransi bukan saja hanya peserta tetapi juga pasangannya (istri atau pun suami) dan maksimal tiga orang anaknya. Terbukti dari distribusi peserta terbanyak adalah pada usia 15 – 49 tahun adalah usia dewasa muda yang memang usia menikah. Berbeda dengan status lajang, yang berarti saat peserta tersebut mengajukan klaim adalah mutlak untuk klaim biaya kesehatan dirinya sendiri. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian ini yang menemukan biaya *out-of-pocket* terbesar ditanggung oleh peserta dengan status menikah.

6.2.11 Distribusi Biaya *Out-of-Pocket* berdasarkan Jenis Penyakit Pasien Emergency Non Persalinan

Tabel 6.15 Distribusi Biaya *Out-of-Pocket* berdasarkan Jenis Penyakit Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

Jenis Penyakit	ICD X	Frekuensi (N)	Total <i>Out-of-Pocket</i>	Median	Mean	Persen Rata-rata Per Orang (%)
Sistem Sirkulasi	I00-I99	11	Rp112.695.963	Rp3.827.498	Rp10.245.088	64,7
Pencernaan	K00-K93	24	Rp107.309.962	Rp1.192.947	Rp4.430.408	58,6
Infeksi dan Parasit	A00-B99	69	Rp120.244.526	Rp1.368.043	Rp1.742.674	57,4
Pernapasan	J00-J99	6	Rp8.968.999	Rp1.559.776	Rp1.494.833	55,8
Keracunan, Cedera, Penyebab Luar	S00-T98	5	Rp6.221.061	Rp783.000	Rp1.244.212	63,4

Berdasarkan tabel 6.15 di atas, didapatkan bahwa jenis penyakit dengan biaya rata-rata *out-of-pocket* tertinggi adalah penyakit yang berhubungan dengan sistem sirkulasi, yaitu sebesar Rp3.827.498, dengan mean Rp10.245.088. Penyakit sistem sirkulasi merupakan jenis penyakit ketiga terbanyak yang muncul dalam kasus emergency non persalinan ini. Sedangkan untuk penyakit tersering dalam penelitian ini adalah penyakit yang berhubungan dengan infeksi dan parasit. Meskipun tersering, ternyata penyakit infeksi dan parasit (A00-B99) tidak menghasilkan biaya pelayanan kesehatan yang tinggi. Penyakit ini berada di urutan ke delapan dari urutan biaya *out-of-pocket* dari yang terbesar ke terkecil.

Tidak berbeda jauh dengan pembahasan sebelumnya pada penjelasan tabel 6.3 bahwa penyakit sistem sirkulasi (I00-I99) merupakan penyakit temahal berdasarkan biaya rata-rata yang diajukan. Sesuai dengan hasil tersebut, ternyata penyakit sistem sirkulasi juga menghasilkan biaya *out-of-pocket* tertinggi. Selain itu, berkaitan dengan pembahasan sebelumnya bahwa jumlah tindakan, dan kecenderungan operasi, serta jumlah, jenis, dan harga obat lebih besar dibandingkan dengan penyakit tersering muncul yaitu infeksi dan parasit (A00-B99).

Jika dibandingkan dengan UMP nilai rata-rata (median) dari biaya *out-of-pocket* penyakit sistem sirkulasi (I00-I99) ini mengambil porsi sebesar 342% atau 3,42 kali lebih besar dari UMP di Jakarta, dan 330% atau 3,3 kali lebih besar dari UMP di Depok. Dengan demikian, beban *out-of-pocket* pada penyakit sistem sirkulasi ini bisa dikatakan menjadi beban kastatropik bagi peserta.

6.2.12 Distribusi Biaya *Out-of-Pocket* berdasarkan Jenis Rumah Sakit pada Pasien Emergency Non Persalinan

Tabel 6.16 Distribusi Biaya *Out-of-Pocket* berdasarkan Jenis Rumah Sakit pada Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT (Jamsostek) Persero Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

Jenis RS	Frekuensi (N)	Total <i>Out-of-Pocket</i>	Median	Mean	Persen Rata-rata Per Orang (%)
Pemerintah	26	Rp72.310.705	Rp1.087.873	Rp2.781.181	49,4
Non-Pemerintah	99	Rp315.018.612	Rp1.542.177	Rp3.182.006	60,5
Total	125	Rp387.329.317			

Berdasarkan tabel di atas, ternyata biaya rata-rata *out-of-pocket* pada pasien emergency non persalinan yang berasal dari rumah sakit pemerintah lebih murah dibandingkan dengan pasien yang berasal dari rumah sakit non-pemerintah. Median pada rumah sakit pemerintah sebesar Rp1.087.873 dan mean Rp2.781.181, proporsi biaya rata-rata *out-of-pocket* per orangnya pun sebesar. Sedangkan pada rumah sakit non-pemerintah, median dan mean, berturut-turut adalah Rp1.542.177 dan Rp 3.182.006.

Biaya *out-of-pocket* per orang pada pasien emergency non persalinan yang berasal dari rumah sakit pemerintah adalah sebesar 49,4% dari total klaim yang diajukan per orang, dan 60,5% % dari total klaim yang diajukan per orang pada rumah sakit non-pemerintah. Perbedaan ini berkaitan dengan penetapan tarif yang dilakukan masing-masing rumah sakit. Rumah sakit non-pemerintah atau swasta, baik yang bersifat mencari laba maupun yang nirlaba harus mampu mendapatkan biaya untuk membiayai segala aktifitasnya dan untuk dapat terus memberikan pelayanan kepada masyarakat sekitarnya. Selain itu juga untuk mendapatkan revenue yang mencukupi untuk menjalankan rumah sakit, baik dari sumber pengguna jasa maupun dari sumber lain.

Pada rumah sakit non-pemerintah atau swasta lebih leluasa dalam menetapkan tarif. Sedangkan rumah sakit pemerintah tarif ditetapkan berdasarkan peraturan daerah, yang disetujui oleh dewan perwakilan rakyat daerah (Thabrany, 1998). Dengan terdapatnya peraturan penetapan tarif rumah sakit ini tentunya penetapan tarif rumah sakit pemerintah menjadi lebih terikat. terlebih lagi rumah sakit juga memiliki misi sosial dan tidak semata-mata mencari *revenue*. Akan tetapi, mempertimbangan kondisi komunitas di sekitarnya atau komunitas yang menjadi target pelayanan seringkali sangat dominan di dalam penetapan tarif rumah sakit. Hal ini terkait dengan fungsi sosial dan aspek komoditas umum (publik) pada berbagai pelayanan kesehatan (Thabrany, 1998).

6.3 Analisis Bivariat

6.3.1 Korelasi dan Regresi Linear Lama Hari Rawat dengan Biaya *Out-of-Pocket* Perawatan

Tabel 6.17 Hasil Analisis Korelasi dan Regresi Linear Lama Hari Rawat dengan Biaya *Out-of-Pocket* Perawatan Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT (Jamsostek) Persero Kantor Cabang Cilandak Tahun 2010

R	R ²	Persamaan Garis	P Value
0,407	0,166	<i>Out-of-Pocket</i> Perawatan = -841.812,6 + 495.632*Hari Rawat	0,0005

Dari hasil di atas, dapat diketahui bahwa kekuatan korelasi lama hari rawat dengan biaya *out-of-pocket* hari rawat menunjukkan korelasi sedang ($r=0,407$) dan berpola positif artinya semakin bertambahnya hari rawat semakin besar biaya *out-of-pocket* perawatannya. Nilai koefisien dengan determinasi 0,166 artinya, persamaan garis regresi yang diperoleh dapat menerangkan 16,6% variasi biaya *out-of-pocket* perawatan. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara lama hari rawat dengan biaya *out-of-pocket* perawatan ($p=0,0005$).

Berdasarkan hubungan antara lama hari rawat dengan biaya *out-of-pocket* perawatan yang berpola positif ini, dapat ditelusuri lebih lanjut bahwa dengan makin lamanya hari rawat yang dibutuhkan, maka makin banyak pula obat-obatan yang diperlukan, makin banyak pula visit dokter yang terjadi, makin banyak pula pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium yang berfungsi sebagai monitoring terapi. Oleh karena itu biaya *out-of-pocket* berhubungan dengan lama hari rawat. Makin lama hari rawatnya makin besar pula biaya *out-of-pocket*-nya.

6.3.2 Analisis Chi-square Total *Out-of-Pocket* menurut Jenis Pelayanan yang Diajukan

Tabel 6.18 Hasil Analisis Chi-square Distribusi Pasien Emergency Non Persalinan Peserta PT Jamsostek (Persero) menurut Jenis Pelayanan yang Diajukan Tahun 2010

Jenis Pelayanan	Total <i>Out-of-Pocket</i>				Total		OR (95% CI)	P Value
	< median		≥ median		N	%		
	N	%	N	%				
Rawat Inap								
Tidak	7	70,0%	3	30,0%	10	100%	2,545	0,205
Ya	55	47,8%	60	52,2%	115	100%	0,627 – 10,334	
Jumlah	62	49,6%	63	50,4%	125	100%		
Obat								
Tidak	12	60,0%	8	40,0%	20	100%	1,65	0,441
Ya	50	47,6%	55	52,4%	105	100%	0,624 - 4,366	
Jumlah	62	49,6%	63	50,4%	125	100%		
Laboratorium								
Tidak	12	57,1%	9	42,9%	21	100%	1,44	0,604
Ya	50	48,1%	54	51,9%	104	100%	0,559 - 3,709	
Jumlah	62	49,6%	63	50,4%	125	100%		
Operasi								
Tidak	61	51,7%	57	48,3%	118	100%	6,421	0,115
Ya	1	14,3%	6	85,7%	7	100%	0,75 - 54,99	
Jumlah	62	49,6%	63	50,4%	125	100%		
Radiologi								
Tidak	48	51,6%	45	48,4%	93	100%	1,371	0,574
Ya	14	43,8%	18	56,2%	32	100%	0,611 - 3,077	
Jumlah	62	49,6%	63	50,4%	125	100%		
Patologi Anatomi								
Tidak	61	50,4%	60	49,6%	121	100%	3,05	0,619
Ya	1	25,0%	3	75,0%	4	100%	0,309 - 30,15	
Jumlah	62	49,6%	63	50,4%	125	100%		
Elektromedik								
Tidak	59	52,7%	53	47,3%	112	100%	3,711	0,084
Ya	3	23,1%	10	76,9%	13	100%	0,969 - 14,206	
Jumlah	62	49,6%	63	50,4%	125	100%		

Jenis Pelayanan	Total Out-of-Pocket				Total		OR (95% CI)	P Value
	< median		≥ median		N	%		
	N	%	N	%				
Lain-lain								
Tidak	59	51,8%	55	48,2%	114	100%	2,861	0,217
Ya	3	27,7%	8	72,7%	11	100%	0,722 - 11,334	
Jumlah	62	49,6%	63	50,4%	125	100%		

Hasil analisis hubungan antara total biaya *out-of-pocket* dengan ada tidaknya jenis pelayanan yang diterima diperoleh bahwa ada sebanyak 3 (30%) peserta yang tidak menerima pelayanan rawat inap menanggung beban biaya *out-of-pocket* \geq median. Sedangkan diantara peserta yang menerima pelayanan rawat inap sebanyak 60 (52,2%) peserta menanggung beban biaya total *out-of-pocket* \geq median. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,205$ yang berarti tidak terdapat perbedaan yang signifikan dalam hal menanggung biaya *out-of-pocket*. Meskipun demikian, dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=2,545$, artinya peserta yang menerima pelayanan rawat inap mempunyai peluang 2,545 kali untuk menanggung total *out-of-pocket* lebih besar atau sama dengan median, yaitu Rp1.398.551.

Pada peserta yang tidak menerima pelayanan obat terdapat sebanyak 8 (40%) peserta yang tidak menerima pelayanan obat menanggung beban biaya *out-of-pocket* \geq median. Sedangkan diantara peserta yang menerima pelayanan obat sebanyak 55 (52,4%) peserta menanggung beban biaya total *out-of-pocket* \geq median. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,441$ yang berarti tidak terdapat perbedaan yang signifikan dalam hal menanggung biaya *out-of-pocket*. Meskipun demikian, dari hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=1,65$, artinya peserta yang menerima pelayanan obat mempunyai peluang 1,65 kali untuk menanggung total *out-of-pocket* lebih besar atau sama dengan median.

Pada peserta yang tidak menerima pelayanan laboratorium terdapat 9 (42,9%) peserta yang menanggung beban biaya total *out-of-pocket* \geq median. Sementara itu, untuk peserta yang menerima pelayanan laboratorium sebanyak 54 (51,9%) peserta menanggung biaya total *out-of-pocket* \geq median. Nilai $p=0,604$

yang berarti tidak ada perbedaan yang signifikan dalam hal menanggung biaya *out-of-pocket*. Namun, nilai OR menunjukkan bahwa peserta yang menerima pelayanan laboratorium mempunyai peluang 1,44 kali untuk menanggung total *out-of-pocket* lebih besar atau sama dengan median.

Pada peserta yang tidak menerima pelayanan operasi terdapat 57 (48,3%) peserta yang menanggung beban biaya total *out-of-pocket* \geq median. Sementara itu, untuk peserta yang menerima pelayanan operasi sebanyak 6 (85,7%) peserta menanggung biaya total *out-of-pocket* \geq median. Nilai $p=0,115$ yang berarti tidak ada perbedaan yang signifikan dalam hal menanggung biaya *out-of-pocket*. Meskipun demikian, nilai $OR=6,421$ menunjukkan bahwa peserta yang menerima pelayanan operasi mempunyai peluang 6,421 kali untuk menanggung total *out-of-pocket* lebih besar atau sama dengan median.

Pada peserta yang tidak menerima pelayanan radiologi terdapat 45 (48,4%) peserta yang menanggung beban biaya total *out-of-pocket* \geq median. Sedangkan untuk peserta yang menerima pelayanan radiologi sebanyak 18 (56,2%) peserta menanggung biaya total *out-of-pocket* \geq median. Nilai $p=0,574$ yang berarti tidak ada perbedaan yang signifikan dalam hal menanggung biaya *out-of-pocket*. Namun, nilai OR menunjukkan bahwa peserta yang menerima pelayanan radiologi mempunyai peluang 1,371 kali untuk menanggung total *out-of-pocket* lebih besar atau sama dengan median.

Pada peserta yang tidak menerima pelayanan patologi anatomi terdapat 60 (49,6%) peserta yang menanggung beban biaya total *out-of-pocket* \geq median. Sementara itu, untuk peserta yang menerima pelayanan patologi anatomi sebanyak 3 (75%) peserta menanggung biaya total *out-of-pocket* \geq median. Nilai $p=0,619$ yang berarti tidak ada perbedaan yang signifikan dalam hal menanggung biaya *out-of-pocket*. Meskipun demikian, nilai $OR=3,05$ menunjukkan bahwa peserta yang menerima pelayanan operasi mempunyai peluang 3,05 kali untuk menanggung total *out-of-pocket* lebih besar atau sama dengan median.

Peserta yang tidak menerima pelayanan elektromedik terdapat 53 (47,3%) peserta yang menanggung beban biaya total *out-of-pocket* \geq median. Sementara itu, untuk peserta yang menerima pelayanan elektromedik sebanyak 10 (76,9%) peserta menanggung biaya total *out-of-pocket* \geq median. Nilai $p=0,084$

yang berarti tidak ada perbedaan yang signifikan dalam hal menanggung biaya *out-of-pocket*. Meskipun demikian, nilai $OR=3,711$ menunjukkan bahwa peserta yang menerima pelayanan operasi mempunyai peluang 3,711 kali untuk menanggung total *out-of-pocket* lebih besar atau sama dengan median.

Pada peserta yang tidak menerima pelayanan lain-lain(oksigen, hecting, fisioterapi) terdapat 55 (48,2%) peserta yang menanggung beban biaya total *out-of-pocket* \geq median. Sementara itu, untuk peserta yang menerima pelayanan lain-lain sebanyak 8 (72,7%) peserta menanggung biaya total *out-of-pocket* \geq median. Nilai $p=0,217$ yang berarti tidak ada perbedaan yang signifikan dalam hal menanggung biaya *out-of-pocket*. Meskipun demikian, nilai $OR=2,861$ menunjukkan bahwa peserta yang menerima pelayanan operasi mempunyai peluang 2,861 kali untuk menanggung total *out-of-pocket* lebih besar atau sama dengan median.

Dari hasil di atas, terlihat bahwa setiap ada pelayanan kesehatan yang diterima maka beban biaya *out-of-pocket* makin besar.

BAB VII PENUTUP

7.1 Kesimpulan

1. Besarnya klaim perorangan kasus emergency non persalinan di PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2010 yang diajukan adalah Rp574.470.138.
2. Besarnya selisih biaya atau *out-of-pocket* pada klaim perorangan kasus emergency di PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2010 adalah sebesar Rp387.329.317 atau sebesar 67,4% dari total klaim yang diajukan.
3. Variasi penggunaan biaya *out of pocket* pada klaim perorangan kasus emergency non persalinan PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2010 adalah sebagai berikut:
 - Penggunaan untuk biaya obat sebesar Rp167.495.186 atau 43,2% dari total *out-of-pocket*.
 - Penggunaan untuk perawatan (rawat inap) sebesar Rp133.061.105 atau 34,4% dari total *out-of-pocket*.
 - Penggunaan untuk biaya pemeriksaan laboratorium sebesar Rp38.076.906 atau 9,8% dari total *out-of-pocket*.
 - Penggunaan untuk biaya operasi sebesar Rp20.193.678 atau 5,2% dari total *out-of-pocket*.
 - Penggunaan untuk biaya emergency sebesar Rp17.357.884 atau 4,6% dari total *out-of-pocket*.
 - Penggunaan untuk biaya elektromedik sebesar Rp6.514.400 atau 1,7% dari total *out-of-pocket*.
 - Penggunaan untuk biaya pemeriksaan radiologi sebesar Rp2.092.825 atau 0,5% dari total *out-of-pocket*.
 - Penggunaan untuk biaya pemeriksaan patologi anatomi adalah sebesar Rp362.500 atau 0,1% dari total *out-of-pocket*.

- Penggunaan untuk biaya lain-lain sebesar Rp2.174.833 atau 0,6% dari total *out-of-pocket*.
4. Variasi penggunaan biaya rata-rata *out of pocket* pada klaim perorangan kasus emergency non persalinan PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak tahun 2010 per orang adalah sebagai berikut:
- Penggunaan untuk biaya obat sebesar 66,4% dari biaya yang diajukan per orang.
 - Penggunaan untuk perawatan (rawat inap) sebesar 40,1% dari biaya yang diajukan per orang.
 - Penggunaan untuk biaya pemeriksaan laboratorium sebesar 44,5% dari biaya yang diajukan per orang.
 - Penggunaan untuk biaya operasi sebesar 2,7% dari biaya yang diajukan per orang.
 - Penggunaan untuk biaya emergency sebesar 59,9% dari biaya yang diajukan per orang.
 - Penggunaan untuk biaya elektromedik sebesar 4,8% dari biaya yang diajukan per orang.
 - Penggunaan untuk biaya pemeriksaan radiologi sebesar 7,6% dari biaya yang diajukan per orang.
 - Penggunaan untuk biaya pemeriksaan patologi anatomi adalah sebesar 1,3% dari biaya yang diajukan per orang.
 - Penggunaan untuk biaya lain-lain sebesar 2,0% dari biaya yang diajukan per orang.

7.2 Saran

7.2.1 Untuk Peserta PT Jamsostek (Persero)

1. Segera mengurus surat jaminan ke PT Jamsostek (Persero) sesegera mungkin setelah masuk IGD guna untuk penjaminan pelayanan kesehatan hari berikutnya, jika yang bersangkutan berasal dari rumah sakit jaringan PT Jamsostek (Persero).
2. Segera melakukan pindah perawatan dari rumah sakit yang bukan jaringan ke rumah sakit jaringan PT Jamsostek (Persero) sambil mengurus surat jaminan untuk penjaminan pelayanan kesehatan berikutnya, jika yang bersangkutan berasal dari rumah sakit diluar jaringan PT Jamsostek (Persero).

7.2.2 Untuk PT Jamsostek (Persero)

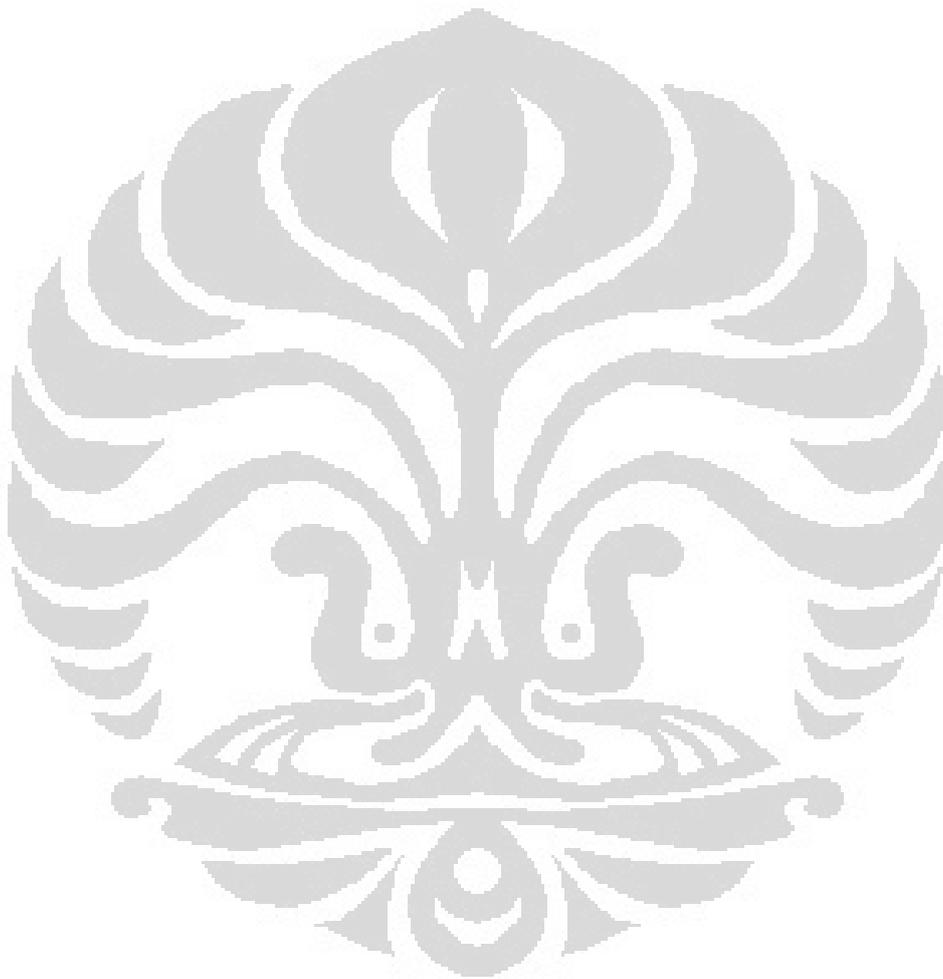
1. Memperluas jaringan provider, agar pasien emergency dapat lebih mudah dalam mengurus surat jaminan (tidak perlu pindah rumah sakit) setelah peserta tersebut masuk IGD.
2. Memperluas cakupan/benefit agar pelayanan yang dapat dijamin lebih banyak, salah satu caranya dengan menaikkan premi, namun tetap sesuai dengan prinsip-prinsip penetapan premi yaitu, *adequacy*, *reasonableness*, *equity*, dan *competitiveness*.

7.2.3 Untuk Penelitian Selanjutnya

1. Sebaiknya dilakukan penelitian yang serupa agar bisa membandingkan hasilnya guna melihat trend biaya *out-of-pocket* pada kasus emergency.
2. Pada penelitian selanjutnya sebaiknya keterbatasan pada penelitian ini bisa dihilangkan, yaitu kelas rumah sakit dan kelas perawatan dapat diidentifikasi. Selain itu, lama hari rawat yang sesungguhnya juga diperhitungkan.
3. Sebaiknya data mengenai ada tidaknya penanggung biaya pelayanan kesehatan lain (selain perusahaan asuransi yang diteliti) bisa didapatkan. Data tersebut berguna sebagai acuan untuk melihat

seberapa besar sebenarnya beban *out-of-pocket* yang ditanggung peserta asuransi.

4. Pada penelitian berikutnya akan sangat lebih baik jika klaim persalinan pada kasus emergency ikut diteliti.



DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku. 2007. *Sistem Kesehatan*. Penerbit: Rajagrafindo Persada, Jakarta.
- Alimul, A. Aziz dan M. Uliyah. 2008. *Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan ed.2*. Penerbit: Salemba Medika, Jakarta.
- Anwar, khoiril. 2007. *Asuransi Syariah Halal dan Maslahat*. Tiga Serangkai, Solo.
- Buku Panduan Program Kesehatan Karyawan dan Pensiunan PT Jamsostek (Persero) Beserta Keluarga*. 2006. PT Jamsostek (Persero), Jakarta.
- Buku Petunjuk Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta*. 2006. PT Jamsostek (Persero), Jakarta.
- Buku Prinsip dan Praktek Jaminan Sosial Tenaga Kerja*. 2007. PT Jamsostek (Persero), Jakarta.
- Cannoodt, Luk T. 1984. *The Effect of Hospital Characteristic and Organizational Factors On Pre and Post Operative Length of Hospital Stay*. Health Service Research, New Jersey.
- Dianti, Astri. 2011. *Analisis Selisih Biaya Kasus Klaim RS X di PT Jamsostek (Persero) Cabang Cilandak Tahun 2011*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Depok

Dwiprahasto, Iwan. 2010. *Isu Kebijakan Obat Generik*. Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada. 26 April 2010. (<http://kebijakankesehatanindonesia.tk/?q=node/125>). Diunduh 20 Juni 2012, pukul 20.30 WIB.

Graham Brown, Robin. 2005. *Lecture Notes Dermatology*. Edisi ke Delapan. Erlangga, Jakarta.

Gross, D. J., L. Alexih, M. J. Gibson, J. Corea, C. F. Caplan, and N. Brangan. 1999. *Out-of-Pocket Health Spending by Poor and Near-Poor Elderly Medicare Beneficiaries*. Washington, DC: Public Policy Institute, American Association of Retired Persons. HSR: Health Service Research 34:1

Hastono, Sutanto Priyo. 2006. *Analisis Data*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Depok.

<http://kamusbahasaindonesia.org>

Husna, Lailatul. 2011. *Laporan Prakesmas Bidang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PT Jamsostek (Persero) Kantor Cabang Cilandak Jakarta selatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok

Ilyas, Yaslis. 2006. *Mengenal Asuransi Kesehatan - Review Utilisasi, Manajemen Klaim dan Fraud*. Cetakan Kedua. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.

Indrawati, Dinda. 2012. *Analisis Utilisasi dan Biaya Klaim PT X Periode Polis Agustus 2010 – Juli 2011 Di Pt. Kaissar Healthcare*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.

- Jacobs P, dalam Djuhaeni, Henni. 2007. *Modul Belajar Mengajar: Asuransi Kesehatan dan Managed Care*. Universitas Padjajaran. Bandung.
- Junadi, Purnawan., Soemasto A.S., Amelz H. 1982. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi Kedua*. Penerbit: Media Aesculapius, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Kristiyadi, Johannes Eko. 2007. *Analisis Beban Biaya Sendiri Pasien Rawat Inap Peserta Askes Di RSUD dr. Achmad Diponegoro – Putussibau, Kalimantan Barat Tahun 2005*. FKM UI, Depok.
- PAMJAKI. 2008. *Managed Care Bagian A*. PAMJAKI, Jakarta.
- Maricella, Adrianie. 2010. *Tingkat Kepatuhan Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah dalam Meresepkan Obat Generik di RSUD dr. Pringadi Medan*. Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Obat Generik*. 2011. Institut Teknologi Bandung. 4 Maret 2011. (<http://www.chem.itb.ac.id>). Diunduh 20 Juni 2012, pukul 20.40 WIB.
- PAMJAKI. 2005. *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan Bagian A*. PAMJAKI, Jakarta.
- Pemeriksaan Laboratorium. (16 s.d. 22 April 2012). *Koran Tokoh*, Edisi 689.
- Ruger, Jennifer Prah; Hak-Ju Kim. 2007. *Out-of-Pocket Healthcare Spending by the Poor and Chronically Ill in the Republic of Korea*. American Journal of Public Health. ProQuest pg. 804.
- Standard Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur*. 2004. Dinkes Provinsi Jawa Timur, Surabaya.

Stewart, Susan T. 2004. *Do Out-of-Pocket Health Expenditures Rise With Age Among Older Americans?*. The Gerontologist, ProQuest pg. 48.

Sulastomo. 2000. *Manajemen Kesehatan*. Penerbit: Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

Thabrany, Hasbullah. 1998. *Penetapan dan Simulasi Tarif Rumah Sakit*. Disampaikan pada pelatihan RSPAD, 2 – 6 Nopember 1998. Jakarta.

Undang-undang No.2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian.

Weinerman, E. R., Robert S. Ratner, Anthony Robbins, Marvin A. Lavenhar. 1966. *Use of Hospital Emergency Services*. A.J.P.H Vol.56. No.7.

WHO. 2004. *Retrospective Mortality Survey Among the Internally Displaced Population, Greater Darfur, Sudan, August 2004*. European Programme for Intervention Epidemiology Training. WHO, Sudan.

Yuldirim J dan Yilmas E. 2011. *The Determinants of Out of Pocket Payments: Evidence from Turkey*. Applied Economic Letters, Vol. 18, Issue 12.